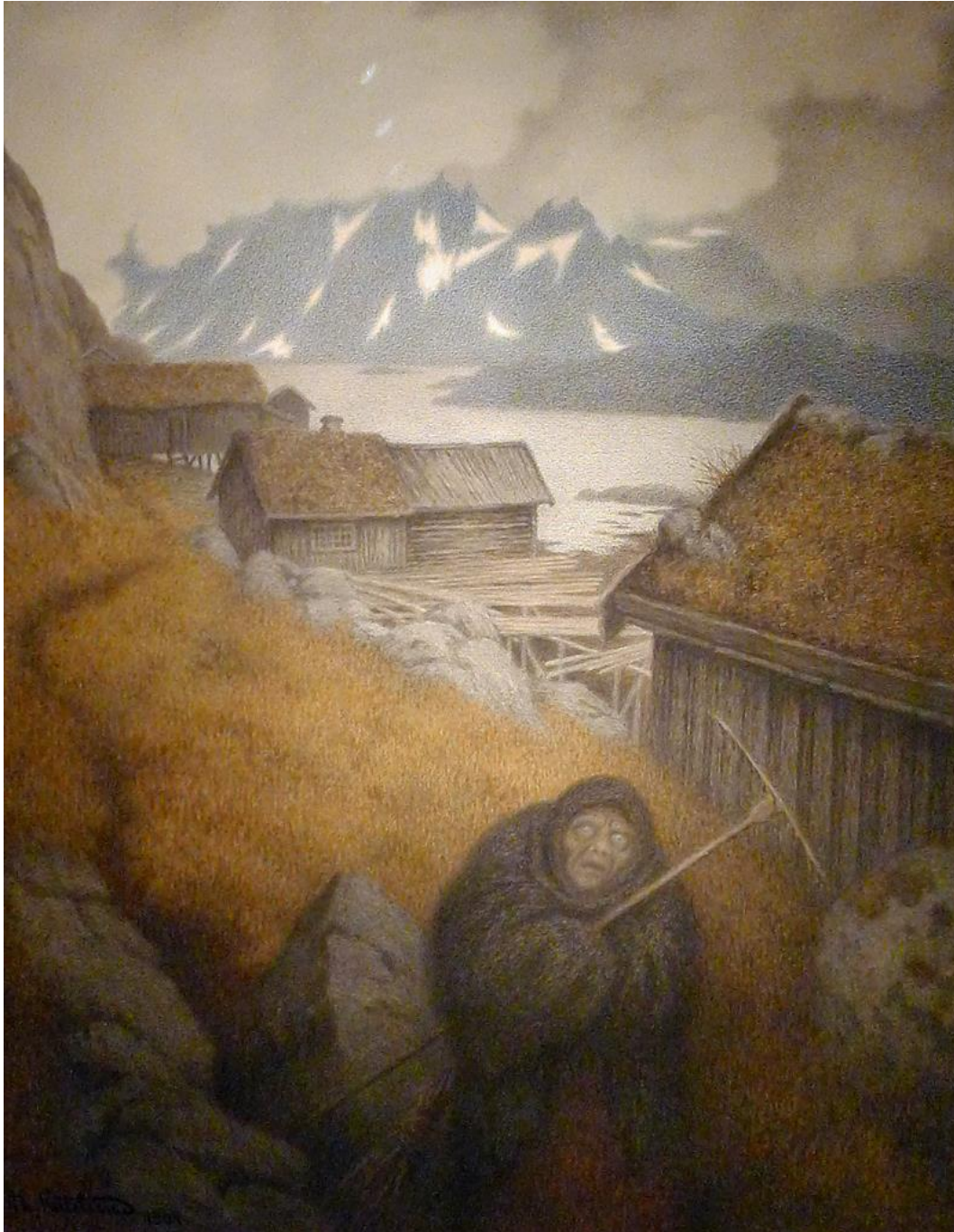


SMITTEVERNPLAN FOR SØR-FRON KOMMUNE 2023-2024



«Pesta farer landet rundt» malt av Theodor Kittelsen i 1904. Illustrasjon på hvordan folk oppfattet Svartedauden som herjet Norge i 1349-1350 og tok livet av 50-60 % av befolkningen.

Innholdsfortegnelse

Innhold

Innholdsfortegnelse	2
1. Formål og oppdatering	4
2. Lovhjemler	4
3. Aktører i smittevernarbeidet.....	4
3.1 Stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen	5
4. Vaksinasjon	5
4.1 Barnevaksinasjonsprogrammet	5
4.2 Reisevaksiner	5
4.3 Vaksine mot hepatitt B.....	5
5. Nasjonal kampanje for å utrydde hepatitt C i Norge.....	6
6. Antibiotikaresistens	7
7. Melde- og varslingsrutiner ved smittsomme sykdommer	7
7.1 Meldingssystem for smittsomme sykdommer – MSIS	7
7.2 Varsling	7
7.3 Registrering av utbrudd.....	8
8. Spesielle utbruddssituasjoner	8
8.1 Næringsmiddelbåren smitte.....	8
8.2 Utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.....	9
8.3 Ansvarsfordeling ved slike utbrudd	9
8.4 Meningokokksykdom – smittsom hjernehinnebetennelse	10
8.5 Informasjon ved utbrudd og saker knyttet til smittevern	10
9. Drikkevann	11
9.1 Offentlig kommunalt drikkevann	11
9.2 Private drikkevannskilder.....	11
10. Avfallshåndtering og skadedyr.....	11
10.1 Særskilt om smittefarlig avfall	12
11. Influensa	12
11.1 Rutine for influensavaksinering	12
12. Tuberkulose	14
12.1 Oversikt over ansvaret for tuberkulosearbeidet i kommunen	15
12.2 Tuberkulosekontroll av ansatte i kommunen m/skjema.....	15
Egenerklæringsskjema – tuberkulose og MRSA	16
12.3 Rutine for tuberkuloseundersøkelse på helsestasjon	18
13. Helseundersøkelse av innvandrere	18

13.1 Tuberkulose:.....	19
13.2 Førstegangs helseundersøkelse	19
13.3 Hepatitt B, hepatitt C, HIV og syfilis:.....	19
13.4 MRSA.....	19
13.5 Vaksinasjon av innvandrere:	20
14. Stikkskader – håndtering	20
15. Plan for legionella	22
15.1 Krav til internkontroll i kommunale dusjanlegg for å forebygge legionella:.....	23
16. Rutiner ved smitteoppsporing	24

1. Formål og oppdatering

Alle kommuner er pålagt å ha en plan for arbeidet mot smittsomme sykdommer. Kommuneoverlegen er pålagt å utarbeide en slik plan. Planen beskriver hvordan kommunen skal arbeide for å forebygge og håndtere smittsomme sykdommer, både enkelttilfeller og utbrudd.

Planen skal revideres og oppdateres hvert andre år. Ved behov skal det utarbeides en ny plan. Kommuneoverlegen er ansvarlig for oppdatering av planen. Oppdatert plan godkjennes av kommunestyret.

2. Lovhjemler

Smittevernarbeidet er hjemlet i ulike lover og forskrifter. Her nevnes de viktigste. Ansvar for smittevernet er fordelt på kommunalt og statlig nivå. Det er viktig at man kjenner til de omfattende maktmidlene kommunen har myndighet til å iverksette av smittevernhensyn.

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer
- Lov om helse- og omsorgstjenester
- Lov om matproduksjon og mattrygghet
- Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Lov om helsepersonell
- Folkehelseloven

3. Aktører i smittevernarbeidet

Kommunale tjenester:

Kommuneoverlegen er smittevernoverlege i kommunen og har overordnet ansvar for smittevernarbeidet i kommunen.

Fastlegetjenesten/legevakt melder tilfeller av smittsomme sykdommer og er sentral i diagnostikken og behandling/oppfølging av smittede personer.

Helsestasjon har ansvar for barnevaksinasjonsprogrammet og førstegangs helseundersøkelse av flyktninger.

Ansatte ved helsestasjon skal bistå kommuneoverlegen i smitteoppsporingsarbeid dersom dette er nødvendig av kapasitetshensyn. Hjelpepersonale ved legetjenesten må bistå i dette arbeidet dersom ansatte på helsestasjonen ikke kan delta eller det trengs ytterligere kapasitet.

I praksis har de fleste kommunale tjenester et ansvar for smittevernarbeid innen sitt område. Det gjelder både skoler, barnehager, helse- og omsorgstjenesten og tekniske tjenester. Kommuneoverlegen fungerer som rådgiver for disse ved behov.

Statlige og internasjonale aktører i smittevernarbeidet:

- Folkehelseinstituttet
- Helsedirektoratet
- Spesialisthelsetjenesten
- Mattilsynet
- Statsforvalteren
- WHO – verdens helseorganisasjon

3.1 Stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen skal kunne ivareta oppgaver beskrevet blant annet i denne planen og i lovverket. Kommuneoverlege er samtidig smittevernlege. I større kommuner kan smittevernansvaret ligge hos en annen lege enn hos kommuneoverlegen.

Stedfortredere for smittevernlegen:

- Om kommuneoverlege ikke er tilgjengelig skal helsestasjonslege ivareta denne funksjonen.
- Dersom verken kommuneoverlegen eller helsestasjonslegen er tilgjengelig skal kommuneoverlege i nabokommune tre inn, det vil si et av medlemmene i samfunnsmedisinsk team Sør-Gudbrandsdal.
- Kommuneoverlege har ikke vaktordning, men kan kontaktes utenom vanlig arbeidstid, og vil stille opp dersom de har anledning.
- Dersom det ikke er mulig å mobilisere en av legene som er tillagt ansvaret for smittevernet, og det ikke kan vente, skal vakthavende legevakslege ved Lillehammer interkommunale legevakt utføre oppgaver som smittevernlege. På dagtid vil dette da være lege med dagberedskap.
- Kontaktinformasjon til kommuneoverlege og aktuelle stedfortredere finnes som vedlegg i den overordna beredskapsplanen for kommunen.
-

For kontaktinformasjon om sentrale kommunale personer og innenfor generell beredskap, se kontaktinformasjon i den Overordnet beredskapsplan for kommunen.

4. Vaksinasjon

4.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

Vaksinasjon skjer i henhold til anbefalinger fra Folkehelseinstituttet. Å sørge for størst mulig oppslutning til vaksinasjonsprogrammet er kanskje det viktigste smittevernarbeidet kommunen gjør. Det er mål om at vaksinasjonsgraden skal ligge over 90 %. Helsestasjonen er ansvarlig for barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjon rapporteres inn til Folkehelseinstituttet (FHI) og tallene for vaksinedekning publiseres hvert år. Helsestasjon har selvstendig ansvar for å følge med på disse tallene og skal melde ifra til kommuneoverlegen dersom det er flere enn forventet som takker nei til vaksine.

God vaksinedekning beskytter også de uvaksinerte pga. såkalt flokkimmunitet. God vaksinedekning i befolkningen gir mindre forekomst av infeksjonssykdommer. Dette kan også bidra til lavere forbruk av antibiotika og dermed hindre resistensutvikling.

4.2 Reisevaksiner

De over 20 år skal henvende seg til legekontoret for reisevaksine. Helsestasjonen har ansvaret for reisevaksiner for dem i alderen 0-20 år. Reisevaksinasjon skjer i henhold til anbefalinger fra Folkehelseinstituttet.

[Trykk her for å komme til retningslinjene for reisevaksiner.](#)

4.3 Vaksine mot hepatitt B

Siden 2016 er vaksine mot hepatitt B en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Hepatitt B vaksine bør tilbys til personer som av ulike grunner er utsatt for økt smittefare. Dette omfatter flere ulike grupper. Se hjemmesiden til Folkehelseinstituttet for oversikt over dette. De viktigste gruppene for kommunen er:

- Alle ansatte innen helse- og omsorgstjenestene

- Personer under 25 år med foreldre fra land med mellom- eller høy forekomst av hepatitt B
- Personer med økt risiko for smitte eller alvorlig sykdom (se kriterier hos FHI)
- Personer som er eksponert for virus (post-eksponeringsvaksine)

Det finnes ingen statlig refusjonsordning for vaksiner av ansatte og reisende. Ansatte får som hovedregel dekket av arbeidsgiver. Reisende må dekke vaksine selv. Utsatte pasientgrupper får dekket vaksine gjennom §4 i blåreseptforskriften. Flyktninger som er under 25 år anbefales også vaksiner. Dette skjer gjennom førstegangs helseundersøkelse og oppfølging i forlengelsen av dette på helsestasjonen. Det er viktig å merke seg at flyktninger som er over 25 år også må vurderes for hepatitt B-vaksine etter risiko slik som andre.

5. Nasjonal kampanje for å utrydde hepatitt C i Norge

Helse- og omsorgsdepartementet har i «Nasjonal strategi mot hepatitter 2018-2023» fastsatt to hovedmål:

- Redusere forekomsten av hepatitt C med 90 % innen utgangen av 2023
- Ingen i Norge skal dø eller bli alvorlig syke forårsaket av hepatitt C-virus

Alle kommuner i landet har innbyggere som er smittet med hepatitt C. Kommunene skal forebygge videre smitte. Flertallet av landets kommuner har innbyggere med kronisk hepatitt C-infeksjon. Disse skal få tilbud om behandling. I mange tilfeller er det nødvendig å individuelt tilpasse oppfølgingen av pasientene.

Det viktigste kommunen kan gjøre for å bidra i dette arbeidet er å teste personer som er anbefalt testing. Hepatitt C-infeksjon er ofte uten symptomer, og man må derfor teste mange personer for å avdekke flest mulig med akutt eller kronisk infeksjon. Testing foregår på legekontoret, men det er viktig at alle kommunale tjenester er kjent med dette slik at man kan nå ut med informasjon om dette til flest mulig. Testing og evt. behandling er gratis. Følgende personer er anbefalt å teste seg for hepatitt C i forbindelse med den nasjonale kampanjen:

- Personer som noen gang har injisert stoff med sprøyte er en høyrisikogruppe
- Mottakere av blodprodukter før 1992 i Vest-Europa (inkludert Norge), Nord-Amerika, Japan, Ny- Zealand og Australia og mottakere av blodprodukter uansett tidspunkt i andre enn de nevnte landene
- Innvandrere fra land med høy forekomst av hepatitt C (fhi.no)
- Personer som kan ha blitt utsatt for urene sprøyter eller kirurgiske instrumenter i helsetjeneste (særlig i utlandet – obs tannlegebehandling)
- Personer som har vært utsatt for sprøytetikk ved uhell
- Menn som har sex med menn, særlig hiv-positive
- Pasienter i LAR og annen rusbehandling
- Innsatte i fengsel
- Pasienter uten opplysninger om annen risiko, men med forhøyet ALAT i over 6 måneder
- De som ber om undersøkelse for hepatitt C, selv om de ikke ønsker å oppgi årsak

6. Antibiotikaresistens

Resistens mot antibiotika er et stort problem internasjonalt. Dette pga. uvetting høyt forbruk av antibiotika. I Norge er forbruket lavere. Likevel oppleves også økt resistens i bakteriefloraen i Norge blant annet som følge av spredning fra utlandet. Norge skal også redusere sitt forbruk av antibiotika for å forebygge resistensutvikling. Det var en stor nedgang i forbruket fra 2012 og fram til 2021. Tiltakene under pandemien bidro også til nedgang i forbruket pga. smitteverntiltak og dermed mindre forekomst av infeksjonssykdommer generelt. Det siste året har det igjen vært en økning av forbruket og det er viktig at helsetjenesten og befolkningen er flinke til ikke å forskrive/etterspørre antibiotikabehandling unødig. God vaksinedekning kan også gi lavere antibiotikaforbruk.

År	2017	2019	2021
Geografi			
Hele landet	321	311	262
Nord-Fron	328	359	267
Sør-Fron	259	265	209
Øyer	321	288	264
Gausdal	298	284	226

Her er en oversikt over antall resepter med antibiotika per 1000 innbygger. Målsettingen har vært å komme under 250.

7. Melde- og varslingsrutiner ved smittsomme sykdommer

7.1 Meldingssystem for smittsomme sykdommer – MSIS

MSIS er det nasjonale overvåkingsorganet for smittsomme sykdommer i Norge. Det er fastsatt fra myndighetene hvilke sykdommer leger og andre er pålagt å melde ifra om til dette registeret. Ved melding til MSIS går det samtidig melding til kommuneoverlegen. Se oversikt over meldepliktige sykdommer hos FHI. [Trykk her for å komme til oversikt over sykdommer som omfattes av meldeplikt til MSIS.](#)

Mikrobiologiske laboratorium som påviser slik smitte har også meldeplikt. Det går derfor som regel to meldinger til MSIS, en fra legen som rekvirerer prøven, og en fra laboratoriet hvor prøven blir analysert.

Kommuneoverlegen skal vurdere MSIS-meldinger og hvordan de skal håndteres. Som regel vil kommuneoverlegen kontakte aktuelle pasient på telefon for et intervju for å kartlegge mulig smitekilde og omfang av smitten i nærmiljøet rundt pasienten. MSIS-meldingene makuleres etter håndtering ettersom meldingen uansett lagres i registeret hos FHI digitalt.

7.2 Varsling

Med varsling menes umiddelbar formidling av beskjed, som regel per telefon, i motsetning til melding som skjer på papir. [Trykk her for å åpne informasjon om varsling av sjukdomsutbrudd fra Folkehelseinstituttet.](#) Ved noen tilfeller skal man varsle, eventuelt i tillegg til å melde i MSIS. Varsling skjer til kommuneoverlegen per telefon. Varsel er ikke gitt før man har fått kontakt med kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen har ansvar for å varsle videre hvis nødvendig til Folkehelseinstituttet, Mattilsynet eller andre ved behov.

Varslingsplikt inntreffer hovedsakelig ved tre situasjoner:

- Utbrudd
- Påvist enkelttilfelle av bestemte sykdommer

- Andre spesielle smittesituasjoner

Med utbrudd menes enten at det er flere tilfeller enn det man normalt forventer av en bestemt sjukdom, eller at det er to eller flere tilfeller med samme sjukdom som har antatt felles smittekilde. Det kan altså være nok med ett enkelt tilfelle for å definere et utbrudd dersom sjukdommen er veldig sjelden i Norge.

Basert på denne definisjonen av utbrudd skal det varsles til kommuneoverlegen ved følgende utbrudd:

- Utbrudd av sjukdom som omfattes av meldeplikt til MSIS
- Utbrudd som mistenkes å ha sammenheng med næringsmidler eller drikkevann
- Utbrudd av særlig alvorlig sjukdom (som ikke omfattes av MSIS)
- Særlig omfattende utbrudd – mange smittede personer
- Utbrudd i helseinstitusjon

Andre helt spesielle smittesituasjoner som også omfattes av varslingsplikt er følgende. Her gjelder varslingsplikt som alltid både ved mistanke og påvist sjukdom:

- Smitte fra dyr
- Smitte hos blodgiver – blodbank hvor vedkommende har gitt blod skal varsles
- Smitte fra medisinsk utstyr, kosmetika, legemidler, blodprodukter, vev eller organer
- Dersom pasient overført fra annen helseinstitusjon har en smittsom sykdom, f. eks MRSA, skal den andre institusjonen pasienten kommer ifra varsles
- Smitte forårsaket av overlagt spredning av smittestoffer

7.3 Registrering av utbrudd

Kommuneoverlegen skal registrere utbrudd i utbruddsportalen vesuv. Dette sikrer oversikt over utbrudd i kommunen og sikrer samtidig nødvendig informasjonsoverføring til Folkehelseinstituttet og Statsforvalteren. Registrering kan delegeres til annen lege i kommunen ved behov.

8. Spesielle utbruddssituasjoner

8.1 Næringsmiddelbåren smitte

Lege/annet helsepersonell:

Ved mistanke om utbrudd forårsaket næringsmiddelbåren infeksjon smitte skal kommuneoverlegen varsles umiddelbart. Med dette menes smitte fra alle næringsmidler inkludert vann/drikkevann. Dette gjelder både i private husholdninger og fra offentlige steder som restauranter/serveringssteder.

Kommuneoverlege:

Kommuneoverlegen skal innhente samtykke fra syke pasienter om intervju av Mattilsynet for gjennomgang av hva man har spist for å kunne finne en smittekilde.

Kommuneoverlegen har ansvar for smittesporing og kartlegge smitteomfang blant mennesker. Kommuneoverlegen skal varsle Mattilsynet som har ansvar for tilsyn og undersøkelse av næringsmiddelbransjen, serveringssteder, matproduksjon, vannproduksjonsanlegg og dyr. I praksis vil kommuneoverlege og mattilsyn samarbeide i en slik situasjon.

Kommuneoverlegen skal registrere slike utbrudd på vesuv og påse at informasjon tilkommer Folkehelseinstituttet og Statsforvalteren. Ved behov for faglig bistand kan man kontakte smittevernvakta hos Folkehelseinstituttet.

Mattilsynet:

Mattilsynet vil drive smittesporing innenfor matkjeden. Det er utarbeidet en egen samarbeidsavtale mellom kommunen og Mattilsynet som blant annet omhandler samhandling ved et utbrudd. Det vises til denne avtalen for avklaring av ansvarsområder som tilhører henholdsvis Mattilsynet og kommunen ved kommuneoverlegen i en slik situasjon.

Fastlege:

Den enkelte fastlege og legevakt vil ha ansvar for behandling og oppfølging av den enkelte pasient. Avføringsprøver tas også hos fastlege. Det er sterkt ønskelig med avføringsprøver. Dette for å kunne finne nøyaktig agens fordi man da kan sammenlikne agens mellom ulike pasienter for å bekrefte at det er samme utbrudd. Agens kan også sammenliknes med funn på evt. næringsmidler fra Mattilsynet.

REFERANSER:

Utbruddsveiledere fra Folkehelseinstituttet:

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

8.2 Utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom

Rutinen skal bidra til å håndtere situasjoner med allmennfarlig smittsom sykdom. Hensikten er å beskytte befolkningen mot smitte, og sikre behandling av de syke. Kommunen må iverksette nødvendig smitteverntiltak og samordne disse med overordna myndigheter og andre aktører. Rettsikkerheten for smittede og de som omfattes av tiltakene må ivaretas.

8.3 Ansvarsfordeling ved slike utbrudd

Kommunen har ansvar for at de som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.

Ansaret omfatter:

- Forebyggende tiltak. Kommunen skal sørge for at forebyggende tiltak blir satt i verk. Kommunen har omfattende myndighet etter smittevernloven for å hindre smittespredning. Kommuneoverlegen kan fatte vedtak i hastesaker i henhold til samme lovverk.
- Undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten.

Smitteverntiltakene må tilpasses den aktuelle situasjonen. Mange tiltak kan planlegges på forhånd, men selve iverksettelsen av dem må skje etter en konkret i hvert tilfelle.

Smittevernlegen kan søke råd fra Folkehelseinstituttet.

Kommunen har omfattende myndighet for å stanse smittespredning. Det være stenging av virksomheter, forbud mot møter/sammenkomster, isolering av personer og andre pålegg. Tiltakene må være forholdsmessige med tanke på helserisiko. Denne typen tiltak vil som regel ikke iverksettes før man har rådført seg med nasjonale myndigheter. Det vises til smittevernlovens bestemmelser og tilhørende forskrifter for mer informasjon. Det er viktig at kommunestyret og kommunens ledelse er kjent med de omfattende maktmidlene kommunene er gitt i smittevernloven.

8.4 Meningokokksykdom – smittsom hjernehinnebetennelse

Utbrudd med meningokokker er en såpass spesiell og særegen smittesituasjon som krever rask handling. Derfor er denne omtalt eksplisitt i planen. Dersom meningokokksykdom påvises skal kommuneoverlegen varsles umiddelbart – dette vil normalt skje fra sykehus som fastsetter diagnosen. Viktige oppgaver videre da blir:

1. Smitteoppsporing: Lete etter andre smittede personer blant pasientens nærkontakter, det vil si personer som har hatt kontakt med pasienten inntil syv dager før symptomdebut. Alle med tegn til infeksjonssykdom må vurderes med tanke på meningokokksykdom med lav terskel for henvisning til sykehus.
2. Informasjon: Når meningokokksykdom er mistenkt/påvist må informasjon om dette spres til nærmiljø (familie/husstand, skoleklasse, barnehage, kontakter ellers). Pasient/pårørende må orienteres om at dette gjøres. Helsevesen ved legekontor/legevakt/sykehus må også informeres. Det må gis informasjon om symptomer (feber, hudblødninger, hodepine og svekket bevissthet). Ved uklar febertilstand skal man observere etter hudblødninger (som ikke lar seg avbleke under glassavtrykk) med noen timers mellomrom – også på natten. Informasjon om hvor man skal henvende seg.
3. Utrydde bærerskap: Bærerskapsutryddning er aktuelt for personer som har vært i nærkontakt med den syke fra 7 dager før innsykning og til han har vært behandlet med antibiotika i 24 timer. Det er ingen øvre tidsbegrensning for hvor lenge etter mulig smitteeksponering man kan gi bærerskapsutrydding. Ved utbrudd av systemisk meningokokksykdom bør det vurderes å raskt tilby bærerskapsutrydding til større grupper i nærmiljøet. Vurderingen gjøres av kommuneoverlegen i samråd med Folkehelseinstituttet.
4. Vaksinasjon i tillegg til bærerskapsutrydding rundt et tilfelle av meningokokksykdom reduserer ytterligere risikoen for nye tilfeller blant den smittedes nærkontakter. Vaksinasjon av nærkontakter rundt et enkelttilfelle er ikke indisert hvis det ikke samtidig tilbys bærerskapsutryddning. Vaksinasjon (i tillegg til bærerskapsutrydding) anbefales til pasientens husstand og andre med pågående nær omgang med pasienten. Nærkontakter som har mottatt bærerskapsutrydding, men som ikke skal ha videre nær omgang med pasienten (for eksempel helsepersonell) bør ikke tilbys vaksinasjon. Det anbefales at pasienter som har gjennomgått meningokokksykdom tilbys vaksinasjon på lik linje med nærkontakter.

Ved påvist meningokokksykdom hvor disse tiltakene skal iverksettes vil det være hensiktsmessig å sette krisestab. Ansatte ved helsestasjon og legetjeneste vil måtte bistå i smittesporing/kartlegging av nærkontakter. Helsestasjon vil ha ansvar for gjennomføring av vaksinasjon. Resept for gjennomføring av bærerskapsutryddning må gis av den enkeltes fastlege ved å henvende seg til fastlege via telefon og vise til avtale med kommuneoverlegen om dette. Det må avklares med FHI om gjennomføringen av vaksinasjon bør skje på et annet sted enn helsestasjon eller legekontor av smittevern hensyn.

8.5 Informasjon ved utbrudd og saker knyttet til smittevern

Kommunen har ansvar for informasjon til publikum og mediene. I utgangspunktet gjelder kommunens beredskapsplan for håndtering av kommunikasjon. Se overordnet beredskapsplan for kommunen. Likevel vil kommuneoverlegen som fagperson kunne uttale seg i media når det er dreier seg om smittevernsaker.

9. Drikkevann

Forskrift om drikkevann trådte i kraft 01.01.2017. [Trykk her for å åpne forskrift om drikkevann.](#) Viktige elementer i forskriften er:

- Farekartlegging og håndtering – økt krav om kontinuerlig kartlegging av faktorer som kan hindre levering av trygt og tilstrekkelig mengder drikkevann og plikt til å redusere denne risikoen.
- Vannforsyningssystemene skal fysisk sikres mot uautorisert tilgang og bruk.
- Også de minste vannforsyningssystemene må registres. Hvis man eier en vannkilde/brønn (et vannforsyningssystem) som leverer drikkevann til minst 2 abonnenter/husstander, skal dette registreres hos Mattilsynet. Dette er nytt i forhold til drikkevannsforskriften.

Mattilsynet har utarbeidet en ny veileder for den nye forskrifta. [Trykk her for å åpne veilederen til forskrift om drikkevann.](#)

9.1 Offentlig kommunalt drikkevann

Dersom drikkevannet fra offentlig vannverk blir forurensset er skal kommuneoverlegen varsles – altså umiddelbart via telefon. Abonentene må varsles så raskt som mulig slik at hver enkelt får nødvendig informasjon om hva de skal foreta seg. Mattilsynet vil måtte varsles og kan bistå i vurderingen av nødvendige tiltak.

9.2 Private drikkevannskilder

Private drikkevannsforekomster som er tilknyttet minst to abonnenter eller en institusjon / næringsmiddelbedrift skal ha godkjent drikkevann etter de nye drikkevannsforskriftene. Alle vannverk skal ha de nødvendige barrierer for å sikre en stabil og god vannkvalitet. Vannkilden må sikres slik at forurensning fra omgivelsene blir minst mulig. Kommunen har, i likhet med andre kommuner med spredt bosetting, mange innbyggere med egen drikkevannsforsyning. Dette er viktig å huske på når man skal kartlegge mulige kilder til smittsomme sykdommer. Mattilsynet bistår med råd dersom man mistenker smitte fra drikkevannskilde. Viktige risikofaktorer for smitte i vannkilde er om det er borrevann/grunnvannskilde eller overflatevann. Overflatevann kan lettere kontamineres av døde dyr, dyremøkk eller andre faktorer. Kommunen har ikke ansvar for private drikkevannskilder, men bistår med rådgiving sammen med Mattilsynet ved behov.

10. Avfallshåndtering og skadedyr

Avfallshåndtering er regulert gjennom avfallsforskriften. [Trykk her for å åpne avfallsforskriften.](#)

God avfallshåndtering er viktig for å hindre oppvekst av skadedyr og hindre oppvekst av smittsomme mikrober. Det viktigste tiltaket er å unngå at særlig matavfall blir tilgjengelig i naturen noe som kan gi økt bestand av skadedyr.

Rottebestanden holdes nede ved å påse at det ikke er tilgang på mat eller yngleplasser i kommunen.

Andre skadedyr/insekter i kommunale bygg skal meldes om. For barnehager, skoler og helseinstitusjoner skal forhold som kan virke inn på helse meldes til kommuneoverlegen. Skadedyr er en slik faktor.

Kommunen har tvungen renovasjon med kildesortering for samtlige husstander. Den interkommunale renovasjonen er ikke kjent som smittekilde for sykdommer i kommunen.

De som vil starte *hjemmekompostering* av matavfall må søke kommunen om tillatelse. Vedkommende søker blir inspisert for å se om forholdene tilfredsstiller kravene i gjeldende forskrift om hjemmekompostering av matavfall. For å hindre smitte eller ubehagelig lukt, må de hygieniske restriksjonene i forskriften følges.

10.1 Særskilt om smittefarlig avfall

Omfattes av forskrift gjeldende fra 1/1-2006. [Trykk her for å åpne forskrift om smittefarlig avfall.](#) For kommunen vil det gjelde avfall fra blant annet legekontor, sykehjem, helsestasjon og hjemmetjenesten. Slikt avfall er typisk sprøytespisser, kanyler og utstyr som er tilsølt med blod eller puss. Annet avfall regnes ikke generelt som smittefarlig. Smittefarlig avfall samles i egne beholdere som sendes til SI-Lillehammer for videre håndtering.

11. Influensa

Dette avsnittet omfatter plan for håndtering av vanlig sesonginfluensa. For planverk for pandemi – se kommunens pandemiplan.

Influensa er så omfattende at man har egne rutiner for å forebygge den. For de fleste er influensa en forbigående sykdom, men for spesielle grupper kan influensa være farlig. Derfor er det anbefalt vaksinerings av enkelte pasientgrupper i tillegg til enkelte yrkesgrupper, blant annet helsepersonell. Vaksinen må tas årlig.

Dette er hovedsakelig pasienter med kroniske sykdommer, gravide og personer over 65 år. [Trykk her for å se oversikt over hvem som anbefales vaksinasjon mot influensa.](#)

Influensasesongen varer normalt fra uke 40 på høsten til uke 20 våren året etter.

Smittetoppen er som regel rundt årsskiftet, men kan variere fra år til år.

Vaksiner til befolkningen tilbys hos fastlegen. Ansatte i legetjenesten gjør en stor og viktig jobb med å vaksinere mange innbyggere hvert år mot influensa. Helsestasjonen skal bidra med informasjon til barn i målgruppen om influensavaksinasjon. Barna kan få influensavaksine på helsestasjonen eller hos fastlegen.

Ansatte i helsetjenesten som anbefales vaksine får dette i regi av arbeidsgiver. Det er en klar forventning om at ansatte i helsetjenesten tar vaksinen i tråd med anbefalinger fra Folkehelseinstituttet. Ledelsen i kommunen, og den enkelte leder i tjenesten skal bidra til at flest mulig følger anbefalingen. For å oppnå dette må ansatte få god informasjon, og tilbudet om vaksinasjon må være lett tilgjengelig.

11.1 Rutine for influensavaksinering

Det er utarbeidet egen rutine for influensavaksinering i kommunen. Dette for å systematisere arbeidet og øke vaksinedekningen både blant befolkningen og de ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Influensavaksine bestilles innen gitt frist før sommeren fra FHI. Antall vaksiner som bestilles bestemmes ut fra tilbakemelding fra legetjenesten, helsestasjon og helsetjenesten ellers i kommunen.

Ledende helsesekretær bestiller og bestillingen signeres av daglig leder av legesenteret. Vaksinedoser leveres vanligvis i september eller oktober. Levering skjer til legekantoret som har ansvar for videre distribusjon.

RUTINE FOR INFLUENSAVAKSINERING

Denne rutinen beskriver hvordan vaksinering mot influensa skal foregå blant ansatte innen helse- og omsorg. Rutinen er utarbeidet av kommuneoverlegen og godkjent av kommunalsjef helse og omsorg.

Kommuneoverlegen er ansvarlig for å oppdatere rutinen når nødvendig. Endringer skal godkjennes av kommunalsjef helse og omsorg.

Helsepersonell og personer med pasientkontakt er anbefalt å ta influensavaksine hvert år. Dette for å beskytte pasienter og helsetjenesten mot smitte. Vaksinerer er frivillig. Ingen skal tvinges til å ta vaksine. Det betyr likevel ikke at det er akseptabelt å utsette pasienter/brukere og andre for smitterisiko på jobben. Utgangspunktet er at alle ansatte og vikarer tar vaksinen. Den som ikke ønsker vaksine, må takke nei til sin avdelingsleder. Vaksinerer for ansatte er gratis.

Avdelingsleder på legekantoret sender ut felles forespørsel **til alle aktuelle tjenester** og avdelinger om behov for antall vaksiner med tilbakemeldingsfrist. Dette gjøres normalt i mai, men er avhengig av når Folkehelseinstituttet åpner for bestilling av vaksiner. Alle aktuelle tjenester omfatter alle helse- og omsorgstjenester i kommunen, herunder hjemmetjenesten, langtidsavdelinger, miljøtjeneste, legekantore, helsestasjon, psykisk helse/rus, og tannklinikk. Denne fristen bestemmes ut ifra bestillingsfristen for vaksiner hos Folkehelseinstituttet.

Avdelingsleder kartlegger behovet for antall vaksiner og melder dette tilbake til avdelingsleder på legekantoret. **Kartleggingen skjer ved at ansatte som IKKE ønsker vaksine skal gi beskjed om dette til avdelingsleder.** Dersom ansatt ikke melder ifra går man ut ifra at vedkommende ønsker vaksine.

Avdelingsleder på langtidsavdeling og hjemmetjeneste melder samtidig ifra om antall influensavaksiner man trenger til brukere som skal ha egen type influensavaksine for spesielt sårbare grupper.

Ansvar: Avdelingsleder på legekantoret og den enkelte avdelingsleder i helse- og omsorgstjenesten.

Hvem tar influensavaksinen:

- Alle ansatte/vikarer innen helse- og omsorgstjenesten som har pasientkontakt.
- Annet personell tilknyttet helse- og omsorgsinstitusjoner bør også ta vaksinen for å hindre smittespredning i helsetjenesten.

Influensavaksinering foregår hver høst i kommunen. Det legges til rette for vaksinering i hver avdeling, slik at det er enkelt for den ansatte å la seg vaksinere. Det er den enkelte avdelingsleder som har ansvar for å rigge et vaksinetilbud på den enkelte arbeidsplass. Der det er hensiktsmessig kan avdelinger samarbeide om dette.

Vaksinering bør fortrinnsvis skje på dagtid fra 08-16 når det er lege på jobb i kommunen. Vaksiner skal registreres i sysvak og det skal være beredskap med adrenalin lett tilgjengelig når man setter vaksine (adrenalin å trekke opp eller epipen).

Vaksinering av pasienter/brukere

Sykehjemmet har ansvar for å vaksinere egne beboere.

Andre personer som anbefales influensavaksine får tilbud om dette på legekantoret.

Apotekene tilbyr også vaksinering, men her må man betale fullpris. Legekantoret har eget opplegg for vaksinering av pasienter.

Ansvar: Den enkelte avdelingsleder.

Informasjon til ansatte

Hver avdeling gjennomfører personalmøte i september. Kommuneoverlegen blir kalt inn for en gjennomgang om årets vaksineringsplan. Husk innkalling i god tid.

Ansvar: Avdelingsleder

Informasjonsmaterieell bestilles fra Folkehelseinstituttet

Dette bestilles samla for hele kommunen og fordeles til avdelingene. Informasjonsmateriellet må være levert til avdelingene innen utgangen av august hvert år. Informasjonsmaterieell rettet mot pasienter må også bestilles og legges ut på venterom på legekontoet, psykisk helse rus, på helsestasjonen, tannklinikken og andre steder det er naturlig fra slutten av august og utover.

Ansvar: Avdelingsleder korttid/rehabilitering

Informasjon fra kommuneoverlegen

Hver vår kalles kommuneoverlegen inn til felles ledermøte i helse for å ta en gjennomgang av rutinen for vaksineringsplan (ca. 1 time).

Ansvar: Kommunalsjef helse og omsorg kaller inn.

12. Tuberkulose

Tuberkulose forårsakes av bakterien mycobacterium tuberculosis. Den forårsaker hovedsakelig sykdom i lungene, men kan ramme alle organer. Det er svært få personer som smittes i Norge. De fleste tilfeller i Norge oppstår hos utenlandskfødte personer som har «sovende» tuberkulosebakterier som reaktiveres. Det er kun aktiv lungetuberkulose som er smittsom. Smitte skjer da via små aerosoler når man hoster, nyser, snakker etc og at disse aerosolene inhaleres ned i lungene på andre. Bare en av ti som blir smittet blir sjuke i løpet av livet. De fleste blir sjuke innenfor ett år etter smitte, men man kan bli sjuke først flere år seinere. Såkalt latent (sovende) tuberkulose er ikke smittsomt.

Av historiske årsaker er tuberkulose underlagt et spesielt kontrollregime. I nyere tid er arbeidet mot tuberkulose igjen blitt viktig pga. økende migrasjon og reiseaktivitet – noe som øker smittefaren også i Norge.

Arbeidet for bekjempelse av tuberkulose er underlagt flere regelverk:

[Forskrift om tuberkulosekontroll](#)

[Tuberkuloseveileder](#)

BCG-vaksine mot tuberkulose er ikke lenger en del av barnevaksinasjonsprogrammet. De to viktigste forebyggende oppgavene i bekjempelse av tuberkulose kommunen har er følgende:

- Obligatorisk undersøkelse av alle innvandrere for tuberkulose etter egne retningslinjer.
- Obligatorisk undersøkelse av ansatte som skal jobbe innen helse eller oppvekstsektoren.

I tillegg til forebyggende arbeid har kommunen også ansvar for at smittede personer kommer til undersøkelse og får behandling. Fastlegene har ansvar for å undersøke og henvise videre til spesialisthelsetjenesten for endelig diagnose og oppstart av behandling. Behandlingen for tuberkulose består av svært langvarig antibiotikabehandling. For å hindre at pasienter ikke følger oppsatt behandlingsplan skal dette derfor skje gjennom DOT – direkte observert terapi. Her vil ofte det kommunale hjelpeapparatet få ansvar for å gjennomføre DOT.

12.1 Oversikt over ansvaret for tuberkulosearbeidet i kommunen

Arbeidsoppgaver	Ansvarlig
Hovedansvar for kommunalt tuberkulosearbeid	Kommuneoverlegen
Info. til publikum, skoler og arbeidsplasser	Kommuneoverlegen
Tuberkulosekontroll innvandrere	Helsestasjon
Følge opp positive funn hos innvandrere og henvise til spesialist	Helsestasjonslege
Ha oversikt over hvem som har gjennomgått tuberkuloseundersøkelse og resultater av dette	Helsestasjon
Undersøkelse og behandling av smittet person	Sykehuset Innlandet Lillehammer
Direkte observert terapi	Hjemmetjenesten, Andre hvis bedre egnet
Holde oversikt over smittede personer og deres behandling	Sykehuset Innlandet - tuberkulosekoordinator
Oversendelse av resultater til ny bostedskommune	Helsestasjonen
Smitteoppsporing rundt tuberkulosetilfeller	Kommuneoverlegen, men denne kan delegerer dette til helsestasjon hvis nødvendig av kapasitetshensyn
Innhenting og oversendelse av journal og TB-resultater fra andre kommuner/mottak (innvandrere)	Helsestasjon
Kontroll av kommunens ansatte	Den enkelte arbeidsgiver skal påse at nødvendig undersøkelse blir gjort. Hvis undersøkelse er påkrevd skjer det ved å henvende seg til helsestasjonen

12.2 Tuberkulosekontroll av ansatte i kommunen m/skjema

HENSIKT: Å forhindre at barn og ungdom, samt pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenestene blir smittet med tuberkulose av ansatte.

ANSVAR:

Arbeidsgiver på den enkelte arbeidsplass der personalet har kontakt med barn, eller innenfor helse- og omsorgstjenester, har ansvar for å kontrollere at ansatte som fyller kriteriene nedenfor, kommer til undersøkelse.

Helsestasjon har ansvar for å sørge for at undersøkelse skjer når de er informert om personer som skal sjekkes.

Kommunale arbeidstakere: Arbeidsplassen gir ut skjemaet. De får beskjed om å ta kontakt med helsestasjonen for å vurdere behovet for testing, hvis de krysser på de punktene som krever testing eller hvis de er i tvil om det.

Egenerklæringsskjema – tuberkulose og MRSA

Gjelder for ansatte som skal jobbe med barn, pleietrengende eller syke.

Navn:		Fødselsnr. (11 siffer)	
Adresse:		Telefon:	
Arbeidssted:		Stilling:	
Oppstartsdato:			
TUBERKULOSE: Gjelder alle i målgruppen		MRSA: Gjelder kun helsearbeidere som skal jobbe i helse- og omsorgstjenesten	
1. Har du oppholdt deg i land med høy forekomst av tuberkulose i mer enn 3 måneder i løpet av de siste 3 årene? (Se liste over land på side 2)	Ja ☐ Nei ☐ Land:	7. Har du i løpet av de siste 12 månedene:	
2. Har du vært utsatt for tuberkulose-smitte i privatlivet/arbeidslivet?	Ja ☐ Nei ☐ År:	• fått påvist MRSA?	Ja ☐ Nei ☐
3. Har du vært i arbeid /praksis/ hospitering ved sykehus/helse- og omsorgstjenesten i land med høy forekomst av tuberkulose?(Se side 2)	Ja ☐ Nei ☐ År: Land:	• bodd sammen med eller hatt nær kontakt med personer som har fått påvist MRSA?	Ja ☐ Nei ☐
4. Har du symptomer som hoste - over tre uker varighet - særlig med oppspytt, feber, nattlig svetting og vekttap?	Ja ☐ Nei ☐	• vært i arbeid/praksis/ hospitering eller innlagt/undersøkt/ fått poliklinisk behandling innen en helse tjeneste (inkl. tannhelsetjeneste) i land utenfor Norden?	Ja ☐ Nei ☐
5. Er du fra land med høy forekomst av tuberkulose og tidligere ikke undersøkt for tuberkulose? (Se side 2)	Ja ☐ Nei ☐ Land:	• vært i arbeid/praksis/hospitering eller innlagt ved helseinstitusjon med utbrudd av MRSA i Norden?	Ja ☐ Nei ☐
		• oppholdt deg i barnehjem eller flyktningleir utenfor Norden?	Ja ☐ Nei ☐
		• oppholdt deg sammenhengende i mer enn 6 uker i land utenfor Norden og har hud-/sårinfeksjon, kroniske hudlidelser eller innlagt medisinsk utstyr som for eksempel kateter, sonde eller kanyler?	Ja ☐ Nei ☐
Jeg bekrefter at opplysningene som er gitt, er korrekte. Dersom jeg på et senere tidspunkt skulle bli utsatt for smitte, forplikter jeg meg til å gi beskjed til min leder. Dato: Signatur:		8. Har du tidligere (for mer enn 12 mnd siden) fått påvist MRSA?	
		Ja ☐ Nei ☐	
Dersom du har svart JA på noen av spørsmålene SKAL resultatene av undersøkelsene dokumenteres av lege/helsepersonell på denne erklæringen. Tidligere utstedt dokumentasjon kan legges ved. Tuberkuloseundersøkelse: Ta kontakt med helsestasjonen i kommunen. MRSA undersøkelse: Kontakt din fastlege undersøkelse. Undersøkelse for tuberkulose og MRSA er gratis.			
Tuberkuloseundersøkelse gjennomført og godkjent Dato/sted: Underskrift lege/helsesykepleier:		MRSA-undersøkelse gjennomført og godkjent Dato/sted: Underskrift lege:	

Leder har ansvar for å påse at nødvendig undersøkelser er utført før oppstart i arbeid/praksis.

Dato: Underskrift leder:

Informasjon til Egenerklæringsskjema for tuberkulose og MRSA

Målgruppe: utøvende personell i helse- og velferdstjenesten, i barnehager, skoler og andre stillinger knyttet til barneomsorg (faste tilsetninger, vikarer, hospitanter, lærlinger og andre i praksisopplæring). Gjelder ved nytilsetninger, etter permisjoner og/eller ferier dersom arbeidstaker kan ha vært utsatt for smitte med tuberkulose og/eller MRSA. Dersom man kan ha blitt utsatt for smitte med MRSA eller tuberkulose plikter man å gjennomgå ny undersøkelse for dette, selv om man ikke er nyansatt. Vanligst årsaken til dette vil være at man har vært i kontakt med helsevesen i utlandet på ferie. Man må også være obs på pasienter/brukere som kan være smittet med MRSA og sørge for at disse også blir testet.

MRSA er gule stafylokokker (bakterier) som er motstandsdyktig for flere typer antibiotika. Bakterien smitter først og fremst ved kontaktsmitte. Målsettingen er at denne bakterien ikke skal etablere seg og spres i våre helseinstitusjoner. Prøver tas fra nese, hals og eventuelt sår, eksem eller andre hudforandringer. Utbrudd av MRSA skyldes hovedsakelig import fra helsevesen i utlandet.

Tuberkulose er en bakteriesykdom som smitter ved luftsmitte. Alle som kan ha vært utsatt for tuberkulosesmitte og skal jobbe i helse- og velferdstjenesten, i barnehager, skoler eller innen barneomsorg, må teste seg for tuberkulose. Disse gruppene vil i sitt arbeid ha nær kontakt med mange mennesker slik at smittepotensialet er stort. Dessuten vil mange av nærkontaktene være særlig mottakelige for smitte, for eksempel barn og pasienter med svekket immunforsvar.

Liste over land med høy forekomst av tuberkulose (alfabetisk)

Afghanistan	Gabon	Laos		Tadsjikistan
Algerie	Gambia	Lesotho	Namibia	Tanzania
Angola	Georgia	Liberia	Nauru	Thailand
Aserbajdsjan	Ghana	Libya	Nepal	Togo
Bangladesh	Grønland (Danmark)	Litauen	Nicaragua	Tsjad
Benin	Guam		Niger	Turkmenistan
Bhutan	Guinea	Macao	Nigeria	Tuvalu
Bolivia	Guinea-Bissau	Madagaskar	Nord-Korea	Uganda
Botswana	Guyana	Malawi	Pakistan	Ukraina
Brasil	Haiti	Malaysia	Palau	Usbekistan
Brunei Darussalam	Hong Kong	Mali	Panama	Vanuatu
Burkina Faso	India	Marianaøyene	Papua Ny-Guinea	Venezuela
Burundi	Indonesia	Marokko	Paraguay	Vietnam
Den dominikanske republikk	Jemen	Marshalløyene	Peru	Zambia
Djibouti	Kambodsja	Mauritania	Romania	Zimbabwe
Ecuador	Kamerun	Mikronesia	Russland	Øst-Timor
Ekvatorial Guinea	Kapp Verde	Moldova	Rwanda	
El Salvador	Kasakhstan	Mongolia	Salomonøyene	
Elfenbenskysten	Kenya	Mosambik	Sao Tome og Principe	
Eritrea	Kina	Myanmar	Senegal	
Eswatini	Kirgisistan		Sentralafrikanske republikk	
Etiopia	Kiribati		Sierra Leone	
Fiji	Kongo DRC		Singapore	
Filippinene	Kongo-Brazaville		Somalia	
			Sri Lanka	
			Sudan	
			Sør-Afrika	
			Sør-Korea	
			Sør-Sudan	

12.3 Rutine for tuberkuloseundersøkelse på helsestasjon

1. Helsestasjon skal kalle inn innvandrere til undersøkelse på helsestasjon. Kommunen får melding om asylsøkere og flyktninger. Andre typer innvandrere skal man innhente informasjon om fra politiet.
2. Alle vurderes av helsestasjonslegen basert på [Flytskiema for obligatorisk undersøkelse for tuberkulose](#). Helsestasjonslege henviser til røntgenthorax og IGRA-test på SI Lillehammer.
3. Røntgenavd. SIHFL skal snarest mulig granske røntgenbildene og alle svar sendes helsestasjonen. Helsestasjonslege er ansvarlig for å henvise og motta svar på lunge-røntgen. Helsestasjonslegen er ansvarlig for å følge opp svar.
Negative funn journalføres. Positive funn vurderes av helsestasjonslege før de eventuelt henvises Medisinsk poliklinikk eller til videre utredning andre steder. Helsestasjonslege skal henvise til utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten hvis positive funn på røntgen/IGRA. Etter henvisning kan helsestasjonslegen overlate videre oppfølging til fastlegen hvis dette er tildelt. Det skal da sendes e-link til vedkommende fastlege om dette og informasjon om positive funn og henvisning.
4. Medisinsk poliklinikk er ansvarlig for kontroll og oppfølging av personer med positive funn ved røntgen eller IGRA. Helsestasjonslege er ansvarlig for å henvise til dette.
5. Ved flytting til andre kommuner skal det gå melding til kommuneoverlege eller annen offentlig myndighet om det videre kontrollopplegget rundt hver enkelt pasient. Sendes fra Helsestasjonen.
6. Kommuneoverlegen og helsestasjonslege kan innhente opplysninger om tuberkuloseundersøkelse av asylsøkere som er flyttet til kommunen etter oppholdet på asylmottaket.

13. Helseundersøkelse av innvandrere

HENSIKT: Å sikre at innvandrere gjennomgår lovpålagt helseundersøkelse for å hindre utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunen.

ANSVAR: Smittevernlegen har det overordnede ansvaret. Helsestasjon og helsestasjonslegen utfører undersøkelsen.

REFERANSE Anbefalinger i denne planen bygger på veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente.

Definisjoner:

Flyktninger: Personer som har fått innvilget opphold i Norge og skal bosettes i en kommune.

Asylsøkere: Personer som har søkt om asyl i Norge. Bor på asylmottak til søknaden er behandlet.

Familiegjenforente: Personer som har fått opphold i Norge pga. familierelasjon til en person med opphold.

Arbeidsinnvandrere: Har opphold i Norge på bakgrunn av arbeid. Hovedsakelig fra EU.

Helsestasjon er ansvarlig for å kalle inn til undersøkelse:

Kommunen får melding om flyktninger som skal bosettes. Disse kalles inn til undersøkelse på helsestasjon.

Asylsøkere som oppholder seg på asylmottak i kommunen skal undersøkes for tuberkulose.

Politiet sender informasjon om andre innvandrere, blant annet arbeidsinnvandrere, som oppholder seg i kommunen. Disse skal kalles inn til helsestasjon for undersøkelse dersom det er indikasjon for dette avhengig av opprinnelsesland og type innvandrerstatus.

13.1 Tuberkulose:

Alle asylsøkere, flyktninger og familieegjenforente skal undersøkes for tuberkulose. Alle andre typer innvandrere skal undersøkes for tuberkulose dersom de skal oppholde seg i Norge i mer enn tre måneder og i tillegg kommer fra et land med høy forekomst av tuberkulose. Se liste over land med høy forekomst av tuberkulose på hjemmesiden til Folkehelseinstituttet.

Det er ulike rutiner for hvem som skal undersøkes med IGRA og røntgen av lungene. Dette framgår av flytskjema fra Folkehelseinstituttet.

For asylsøkere som kommer til Norge vil tuberkuloseundersøkelse som regel gjennomføres rett etter ankomst til landet. Flyktninger som kommer direkte til kommunen skal til tuberkuloseundersøkelse konsekvent seinest innen 48 timer etter ankomst i kommunen. Flyktningkonsulent er ansvarlig for å organisere transport til/fra sjukehuset på Lillehammer. For å sikre at man kommer fram til undersøkelse til rett tid skal det som hovedregel benyttes drosje, alternativt at flyktningkonsulent selv kjører til undersøkelse. På grunn av lang reiseveg for undersøkelse skal det tas både røntgen thorax og IGRA av alle som skal til sjukehuset for tuberkuloseundersøkelse. Helsestasjonslege må da tolke resultatene basert på flytskjema.

Helsestasjonen er ansvarlig for å klargjøre tuberkulosestatus og ha oversikt over resultat av obligatorisk tuberkuloseundersøkelse. Hvis dette ikke er mulig å oppdrive må vedkommende gjennom ny undersøkelse.

13.2 Førstegangs helseundersøkelse

Alle bosatte i kommunen skal til førstegangs helseundersøkelse. Dette skal gjennomføres i tråd med Veilederen for helsetjenestetilbudet til flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente. Slik undersøkelse skal gjennomføres på helsestasjon og utføres av helsestasjonslegen så fort som mulig etter ankomst i kommunen og seinest innen tre måneder.

BCG-vaksine til innvandrere:

Innvandrere som ikke er BCG vaksinert, og som kan ha nytte av BCG vaksinasjon bør tilbys dette. Vurdering av mulig nytte må basere seg på om de kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose, og kan tenkes å reise tilbake til tidligere hjemland eller ha omgang med tilsvarende miljøer i Norge. Dette gjelder alle innvandrergupper, og er spesielt viktig for familieinnvandrere.

13.3 Hepatitt B, hepatitt C, HIV og syfilis:

Ved førstegangs helseundersøkelse på helsestasjon skal innvandrere også tilbys undersøkelse for hivinfeksjon, hepatitt B, hepatitt C og syfilis. Folkehelse har utarbeidet en oversikt over innvandrere fra hvilke land som bør undersøkes for hvilke av disse sykdommene.

13.4 MRSA

Det anbefales ikke rutinemessig screening for MRSA hos alle innvandrere. Her gjelder vanlige MRSA-retningslinjer ved innleggelse i sjukehus/sjukehjem med undersøkelse for MRSA hvis man har oppholdt seg lenge utenfor Norge, oppholdt seg i flyktningeleir eller

mottatt helsehjelp i utlandet blant annet. Dersom det er personer man regner med kommer til å få behov for helsetjenester etter ankomst til Norge (handicappede, kronisk syke, pleietrengende etc.) skal man undersøke for MRSA hos vedkommende og hos personer i samme husstand/familie. Det skal da tas prøve fra nese, svelg og perineum. Det er viktig å være klar over at hensikten med MRSA-tiltakene er å hindre smitte inn i helseinstitusjoner.

13.5 Vaksinasjon av innvandrere:

Oppvaksinering av barn i henhold til norske barnevaksinasjonsprogrammet anbefales startet opp snarest mulig. Hvilke vaksiner den enkelte mangler/trenger kartlegges på helsestasjonen. Hos barn under 2 år bør vaksinasjon komme i gang raskt, mens den generelle anbefalingen for alle er oppstart av vaksiner innen tre måneder etter ankomst til Norge. Hepatitt vaksine gis hvis man er under 25 år eller tilhører noen risikogruppe jfr. vaksinerutiner for hepatitt B tidligere i planen. I tillegg vurderes BCG-vaksine. Se vaksinasjonsveilederen til FHI for indikasjon for BCG-vaksinasjon.

14. Stikkskader – håndtering

Det er viktig å sikre forsvarlig vurdering og oppfølging når personer stikker seg på instrumenter eller sprøytespisser. Stikkskader kan innebære aksidentell eksposisjon som betyr at man ved et uhell blir utsatt for blod eller kroppsvæsker som inneholder smittestoffer.

FREMGANGSMÅTE:

Førstehjelp

1. Tilstrebe blødning fra sår og deretter vaskes med såpe og vann i minst 10 minutter. Deretter desinfiseres området med ett av følgende midler:
klorhexidin spritløsning 5 mg/ml
klorhexidin vandig oppløsning 1 mg/ml
eventuelt 70 % sprit / 60 % isopropanol dersom ingen av ovennevnte er tilgjengelig). Blodsprut i øyne, munn eller nese skylles rikelig med vann i minst 10 minutter.
2. Vurder konkret smitterisiko nøye dersom det er kjent hvilken pasient sprøytespiss eller instrument er brukt på. Diskuter med lege. De fleste tilfeller vil da løse seg uten behov for videre tiltak! Det må vurderes konkret om kilden er bærer av hepatitt B eller C, HIV eller om kilden er ukjent.
3. **Posteksponeringsprofylakse mot HIV.** Dersom noen blir smittet med blod fra HIV-positiv person, skal det umiddelbart settes i verk profylakse med HIV-blokkerende medisin. Henvis personen hyperakutt til infeksjonsmedisiner på SIHF Lillehammer for vurdering av behandling. Denne behandlingen bør startes innen 4 timer.
4. **Posteksponeringsprofylakse mot hepatitt B.** Spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG) brukes sammen med vaksine når kilden er kjent HBsAg positiv og den eksponerte er uvaksinert, delvis vaksinert eller har fått påvist antistoffnivå < 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose. Dersom det er gått mer enn 48 timer siden eksponering har immunglobulin ikke effekt og gis ikke. Dersom den eksponerte er vaksinert og antistoffnivå er ukjent eller ≥ 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose anses det ikke indisert med immunglobulin selv om kilden er kjent positiv. Ta kontakt med Lillehammer sykehus, medisinsk avd. eller FHI for tilgang til immunglobuliner. Slik behandling bør gis så raskt som mulig, og har ikke effekt etter 48 timer.

5. Vurdere vaksinasjon mot hepatitt B. Dette avhenger av hepatitt b-status hos kilde og vaksinestatus og titer-verdi etter vaksinasjon hos den eksponerte. Er hepatitt B-status hos kilden ukjent eller kjent positiv, og den eksponerte ikke er fullvaksinert, eller ikke har kjent titermåling – så skal det straks gis en vaksinedose.
6. Sørg, om mulig, for å ta blodprøver av den pasienten som instrument/sprøytespiss er brukt på dersom vedkommende er kjent. Pasienten må gi tillatelse til slik blodprøvetaking. Prøven sendes Mikrobiologisk avdeling til analyse på hepatitt B antigener og antistoff, Hepatitt C antistoff og viruspåvisning (PCR) og HIV screening. Den skadede person skal også levere blodprøver (0-prøve) på de samme antistoffer og antigener.

For videre oppfølging se informasjon hos Folkehelseinstituttet:

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

FØRSTEHJELP



Ved blodsprut

I øye, munn og nese:

- Skyll med vann i 10 minutter

I sår:

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

Ved stikk

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

15. Plan for legionella

HENSIKT: Forebygge og begrense forekomst av legionella

ANSVAR: Den enkelte virksomhet (private og offentlige) som er underlagt reglene for legionellakontroll.

DEFINISJONER:

Legionella: Bakterie som forårsaker utbrudd med legionellose (legionærsykdom/Pontiac feber)

BESKRIVELSE:

Legionella er en bakterie som finnes i ferskvann. Den formerer seg imidlertid først tilstrekkelig til å forårsake sykdom i vann med temperatur mellom 20-50 grader. Legionærsyke gir alvorlig lungebetennelse, mens pontiacfeber gir et mildt influensaliknende sykdomsbilde. Smitte skjer via aerosoler fra VVS-anlegg som inhaleres ned i lungene. Det er først og fremst dusjanlegg som produserer slike aerosoler, men også boblebad og andre typer VVS-anlegg.

Legionella vokser best under en såkalt biofilm som dannes i vannrørsystemet. Faktorer som gir økt sjanse for oppvekst er for lav temperatur i varmtvannstank, blindrør uten tappepunkter eller tappepunkter som ikke brukes regelmessig slik at det dannes «brakkvann» i rørsystemet, samt manglete rutiner for hetvannspyling og resing av utsatte anlegg.

Forebygging av legionellasmitte gjøres gjennom internkontroll etter 2 prinsipper:

1. Kartlegging av risikoforhold i VVS-anlegg, med påfølgende utbedring av kritiske punkter mht legionellasmitte. Viktige punkter her er å kartlegge blindpunkter og tappepunkter som er lite i bruk og få fjernet disse for å sikre god sirkulasjon i alle deler av rørsystemet.
2. Drifts-, vedlikeholds- og kontrollrutiner av VVS-anlegg. Viktigst her er tilstrekkelig temperatur i varmtvannstank, hetvannspyling og rensing, samt sikre tilstrekkelig jevn bruk av alle tappepunkter. Det er også tilgjengelig ulike renseapparater som dreper legionellabakterier.

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

Spesielt høy smitterisiko: Betydelig smitterisiko:

- Kjøletårn
- Offentlige boblebad
- Luftskrubbere
- Dusjer i fellesanlegg
- VVS-systemer i institusjoner
- Innretninger med luftbefuktning
- Badstuer, badeanlegg, faste og mobile vaskeanlegg

Kommuneoverlegen:

- Skal gi råd til eiere av aktuelle VVS-anlegg for hvilke tiltak som kan og bør iverksettes for å forebygge mot legionellasmitte.
- Kan ved behov føre tilsyn med om aktuelle VVS-anlegg har adekvat internkontroll iht. forskrift.

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

- Skal gjennomføre kartlegging av risikoforhold og gjennomføre nødvendige tiltak i egen virksomhet ut fra de føringer som gis i veiledningen til forskriften.
- Skal implementere internkontroll ut fra de føringer som gis i [Vannrapport 123](#)

- Hvis det påvises legionella i vannprøver eller mistanke om smitte skal kommuneoverlegen varsles.

15.1 Krav til internkontroll i kommunale dusjanlegg for å forebygge legionella:

For fullstendig liste over hvilke krav anleggseier må forholde seg til, se Folkehelseinstituttets legionellaveileder: [Legionellaveilederen - FHI](#)

Hva er legionella og hvorfor må det forebygges?

Legionella er en bakterie som kan gi alvorlig lungebetennelse. Den forekommer naturlig i vann i naturen, og er sjelden et problem. Den gir først lungebetennelse når det inhaleres gjennom små vanndråper dypt ned i lungene. Inhalasjon av små vanndråper skjer blant annet når en dusjer. Alle kan i teorien bli smittet og syke, men eldre er mest utsatt. Norske myndigheter gir føringer for hvordan virksomheter kan hindre forekomst av legionella i vannledningssystemet til blant annet dusjanlegg. Legionellabakterien vokser best ved temperaturer mellom 20 og 50 °C, og i varmtvannsanlegg som ikke har god internkontroll er det større mulighet for oppvekst.

Kartlegging av risiko:

Alle dusjanlegg skal kartlegges for hvilken risiko for legionellaoppvekst anlegget har. Kartleggingen skal gjennomføres i henhold til veiledning i Vannrapport 123. Risikokartleggingen skal oppdateres ved tekniske endringer og ved endret bruk.

Kartleggingen må blant annet beskrive:

- Oppbygning av dusjanlegg/ledningsnett med installasjoner, spesielt risikomomenter (bl.a. blindrør)
- Hva slags risiko det kan være for vekst av legionellabakterier i anlegget
- Hvor mange som kan bli eksponert for legionellaforurenset aerosol (Volum og brukergrupper)
- Hvilke utsatte grupper som kan bli eksponert (gamle, syke mv.)
- Eksisterende tiltak som hindrer legionellaspredning via aerosol (Drifts-/vedlikeholdsrutiner)
- Vurdere å foreslå nye forebyggende tiltak, basert på funn i risikokartleggingen

Dokumentasjonskrav

Oppdatert risikokartlegging skal kunne forevises til enhver tid.

Fjerne blindledninger

Alle blindrør og ubrukte tappesteder som oppdages ved kartlegging av risiko, skal vurderes fjernet ut fra funn i risikokartleggingen. Rørene skal kuttes inntil sirkulasjonsledningen, eventuelt avblendes eller gjenfylles inntil sirkulasjonsledning eller hovedledning, slik at stillestående vann unngås.

Internkontroll

Det stilles krav om at det må etableres nødvendig internkontroll med dusjer og ledningsnett for vannledningsnett iht. risikokartleggingen og gjeldende regelverk.

Hovedprinsipper for hva internkontrollen skal sikre

Hold varmtvannet varmt, og kaldtvannet kaldt! Temperatur på vannet ved tappested skal nå minst 60 °C innen ett minutt etter at kranen er åpnet. Alt vann i varmtvannsberedere skal være oppvarmet til minst 70 °C.

Gjennomspyling

Dusjanlegg som ikke er i bruk flere uker i strekk skal gjennomspyles før de tas i bruk. Dette vil typisk gjelde dusjanlegg på skolene etter ferier. Disse skal gjennomspyles minst to ganger årlig etter sommerferie og etter juleferie. Det skal spyles med varmtvann. Det skal gjennomspyles med en vanntemperatur på minst 60 °C i minst 5 minutter. Det samme gjelder andre dusjanlegg som står flere uker uten å være i bruk i f.eks. idrettsanlegg.

Rengjøring/desinfeksjon av dusjhoder

Alle dusjhoder og dusjslanger desinfiseres minst to ganger årlig. Dette gjøres samtidig med gjennomspylingen på anleggene ved skolene. Dette gjøres ved å la dem ligge 30 minutter i en ti liters bøtte med vann tilsatt to korker husholdningsklør, etter først å ha fjernet slam. Blandingen må fylle hele ledningen/dusjhodet.

Desinfeksjon Vannprøver

Det skal tas prøver fra offentlige dusjanlegg minst to ganger årlig. Dette gjøres i sammenheng med varmtvannspyling og rengjøring av dusjhoder. Dersom prøvene er stabile over tid kan prøveintervallet justeres etter konkrete vurderinger i hvert enkelt tilfelle.

Dokumentasjonskrav

- Det skal kunne dokumenteres at det utføres jevnlige stikkkontroller med temperaturmåling på tappepunkt, og at temperatur i varmtvannsbereder er minst 70 °C.
- Rutine for gjennomspyling må være utarbeidet og dokumenteres utført.
- Rutine for desinfeksjon og rengjøring av dusjhoder må være utarbeidet og dokumenteres utført.
- Rutine for taking av vannprøver må være utarbeidet og dokumentert gjennomført.

16. Rutiner ved smitteoppsporing

Ved mistanke om spredning av smittsom sykdom som krever smitteoppsporing gjelder denne oppgavefordelingen. Kommuneoverlegen er ansvarlig for smitteoppsporingsarbeidet og skal ha oversikt over hvilke personer så må undersøkes og testes. Videre skal kommuneoverlegen ha oversikt over testresultatene til de personene som testes. Fastlegene utfører selve testingen. Ved behov for ekstra kapasitet til smittesporing skal ansatte ved helsestasjonen bistå med dette. Dersom de er forhindret eller de trengs ytterligere kapasitet skal hjelpepersonale ved fastlegetjenesten bistå. Smittesporingsarbeidet handler om å kartlegge indekstilfeller (smittede personer) og deres nærkontakter og avklare tiltak som for eksempel testing, isolering, karantene, personlige smitteverntiltak osv. Ved behov for testing i smitteoppsporingsøyemed skal dette foregå ved fastlegekontoret. Testresultater må formidles tilbake til dem som jobber med smittesporing når det foreligger. Personer som trenger helsehjelp som følge av sykdommen skal benytte vanlig behandlingsapparat. Alle personer som pålegges testing av kommunelege i smittoppsporingsøyemed har rett på gratis undersøkelse og behandling.