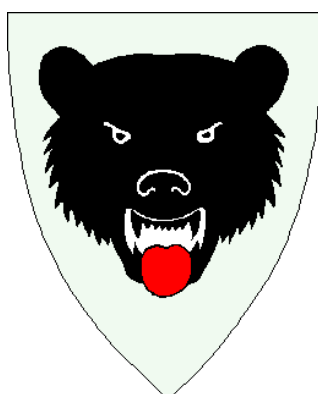


Smittevernplan



FLÅ KOMMUNE

2010

Arkivsak: 10/746
Arkivkode: 147 G16 &30
Sakstittel: RULLERING AV SMITTEVERNPLAN FOR FLÅ KOMMUNE 2010

Innhold

1	INNLEDNING	4
1.1	Oppbygging av planen	4
1.2	Godkjenning – revisjon	4
1.3	Fordelingsliste for smittevernplan	4
2	TILGJENGELIGE RESSURSER I SMITTEVERNARBEIDET	5
2.1	Personell i helsetjenesten	5
2.1.1	Leger	5
2.1.2	Helsesøster	5
2.1.3	Tilsynslege og sykepleiere i institusjon	5
2.1.4	Bedriftshelsetjenesten	5
2.1.5	Andre sykepleiere utenfor institusjon	5
2.2	Helsetjenestens samarbeidspartnere	6
2.2.1	Kommunalt	6
2.2.2	Regionalt	6
2.2.3	Privat	6
2.2.4	Fylket	6
2.2.5	Stat	7
2.3	Utstyr	7
3	INFORMASJONSSTRATEGI	8
3.1	Løpende informasjon, opplæring, råd og veiledning (under normaltilstander)	8
3.1.1	Smittevernplanen	8
3.1.2	Helsestasjonen	8
3.1.3	Helseopplysning	8
3.1.4	Hallingdølen	8
3.1.5	Helseopplysning personlig til smittebærere og smitteutsatte	8
3.2	Informasjonsprosedyrer i beredskapssituasjoner	9
4	PROSEDYRER FOR FOREBYGGING, DIAGNOSTI-SERING OG BEHANDLING AV INFEKSJONSSYKDOMMER	10
4.1	Forebygging av infeksjonssykdommer	10
4.1.1	Barnesykdommer	10
4.1.2	Bakterielle, virale, importerte sykdommer	10
4.1.3	Døde dyr	10
4.1.4	Tuberkulose	10
4.1.5	HIV/AIDS	13
4.1.6	Zoonoser	14
4.1.7	Influenza	14
4.1.8	Fugleinfluenza	15
4.1.9	Pandemisk influensa	15
4.1.10	Pneumokokksykdom	15
4.1.11	MRSA (Meticillinresistente Staphylococcus aureus)	16
4.1.12	Hepatitter	16

4.1.13	Seksuelt overførbare sykdommer (SOS)	19
4.2	Diagnostisering og behandling	19
4.3	Varsling av utbrudd	20
5	<i>VAKSINASJON</i>	21
5.1	Barnevaksinasjonsprogrammet	21
5.2	Influensavaksinerings	21
5.3	Vaksine mot pneumokokksykdom	22
5.4	Vaksinevedlikehold hos voksne	22
5.5	Reisevaksinerings	23
5.5.1	Beskyttelse mot malaria	23
5.5.2	Vaksinering før reisen	23
6	<i>DRIKKEVANNFORSYNINGEN</i>	24
7	<i>NÆRINGSMIDLER</i>	25
8	<i>AVFALLSHÅNTERING</i>	26
9	<i>SKADEDYRKONTROLL</i>	27
10	<i>HYGIENEKONTROLL</i>	28
10.1	Helseinstitusjoner, sykehjemmet	28
10.2	Hygiene ved skoler og barnehager	28
10.2.1	Sykdom i barnehagen	28
10.3	Hygiene i andre forsamlingslokaler, og andre virksomheter som campingplasser, overnattingssteder, svømmebasseng, frisørsalonger osv.	28
10.4	Ansettelse av helsearbeidere fra land utenfor Norden	29
11	<i>DIVERSE</i>	30
11.1	Tilhørende lovverk, forskrifter og veiledere	30
11.2	Nye utfordringer i fremtiden blir	30
11.3	Tilhørende litteratur	31
11.4	Vedleggsversikt	31

1 INNLEDNING

Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55) trådte i kraft 01.01.95 og etterfulgte den tidligere Sundhetsloven fra 1860. Kommunene er pålagt å ha en plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer. Egen *forskrift om tuberkulosekontroll* (FOR-2009-02-13-205) med veileder pålegger kommunene å utarbeide egne tuberkulosekontrollprogram. Kommunene er også pålagt å ha egne prosedyrer for arbeidet med HIV/AIDS, samt å utarbeide en pandemiplan.

Arbeidsmarkedet er i stadig endring, og dette gjør at arbeidstakere fra land utenfor Norden må gjennom spesielle prosedyrer før de kan jobbe i yrker innen helse, omsorg, skole etc i Norge. Dette for å forebygge importsykdom.

1.1 Oppbygging av planen

Smittevernplanen er sammensatt av en normalsituasjonsbeskrivelse som er en del av vår **Kvalitetssikring og Internkontroll**, og krisesituasjonsbeskrivelse som er en del av kommunens **helsemessige og sosiale beredskapsplan**. Smittevern- og beredskapsplanene baseres på blant annet på kommunens totale risiko og sårbarhetsanalyse (ROS).

1.2 Godkjenning – revisjon

Det er et smittevernsteam i kommunen, og det består av smittevernlege, stedfortreder for smittevernlegen og ledende helsesøster. Andre fagpersoner knyttes til etter behov. Dette teamet er ansvarlig for revisjon av planen v/behov eller minst hvert 2. år.

1.3 Fordelingsliste for smittevernplan

Engangs utsending	Utsending av oppdateringer	Utsending av revisjoner
Fylkeslegen i Buskerud		X
Mattilsynet avd Gol		X
Legekontoret	X	X
Helsestasjon	X	X
Flåheimen	X	X
Interne tjenester	X	X

2 TILGJENGELIGE RESSURSER I SMITTEVERNARBEIDET

2.1 Personell i helsetjenesten

2.1.1 Leger

Kommunelege/smittevernlege Roger Hyldmo, Flå legekantor, tlf. **32 05 36 27**, tlf privat **481 32 475**

Kommunelege Sajid Ahmed Arain, Flå legekantor, tlf **32 05 36 27**, privat **410 30 276**

Smittevernlegen kjenner loven, har ansvar for og utfører informasjonsarbeid.

2.1.2 Helsesøster

Ledende helsesøster Flå kommune, Siv Merethe Glesne, tlf kontor **32 05 36 22**, privat **32 05 04 69 / 95 14 80 61**. Helsesøster utfører informasjonsarbeid, vaksinasjon, kan bistå smitteoppsporing og hygienekontroller ved skoler og barnehager, og gir helseopplysning.

2.1.3 Tilsynslege og sykepleiere i institusjon

Enhetsleder pleie og omsorg/ sykepleiefaglig ansvarlig: Odd Øverli, tlf kontor: **32 05 36 60**, privat **32 14 96 31 / 984 80 416**

Nestleder pleie og omsorg: Bente Tollefsen (vikar for Gina Borghild Heggliid) , tlf kontor: **32 05 36 60**, privat **32 05 01 18 / 997 21 093**

Tilsynslege/medisinsk faglig ansvarlig: Sajid Ahmed Arain

2.1.4 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten er et hjelpemiddel i bedrifters internkontroll, med vekt på forebyggende helsearbeid, som omfatter hygiene og smittevern. Samarbeidspartner er Hallingdal og Valdres bedriftshelsetjeneste (HaVaBHT), 3570 Ål, tlf **32 08 63 80**.

2.1.5 Andre sykepleiere utenfor institusjon

Alle offentlig ansatte sykepleiere har et personlig hygieneansvar på sitt arbeidssted, ved legekantor, hjemmesykepleie, osv. Personelloversikt se "*Plan for helsemessig og sosial beredskap*".

2.2 Helsetjenestens samarbeidspartnere

2.2.1 Kommunalt

Interne tjenester:

Enhetsleder Kolbjørn Ødegård, tlf **32 05 36 14 / 971 30 841**, privat **32 05 25 16 / 924 01 802**.
Ansvarlig for oppgaver vedrørende generell planlegging, miljøvern, avfall, vann og kloakk

Landbruk:

Nes/Flå kommuner: jordbruksleder Svein Magne Bråten, tlf jobb **32 06 83 28**, mob
41659308.

Skog:

Jon Andreas Ask, tlf 41510404.

2.2.2 Regionalt

Mattilsynet distriktskontor for Hallingdal:

Gamlevegen 6, 3550 Gol, tlf. **32 02 38 02**, fax **32 02 38 01**. Leder for mattilsynet er Svein T Furuhaug, mob 91518610. Dette er et statlig organ for tilsyn av produksjon og frambud av matvarer og vann. Jobber med dyrehelse og dyrevern.

Miljørettet helsevern Hallingdal:

Line Aasli Moen, Gamleveien 6, 3550 Gol, tlf **32 02 80 08**, fax **32 02 80 01**.

2.2.3 Privat

Skadedyrbekjempere:

Østlandske Skadedyrkontroll v/ Jørgen Lie, Liodden, 3540 Nesbyen. Tlf. **32 07 21 76**

Anticimex A/S, Oscarsgt. 27, postboks 5314, Majorstua, 0304 Oslo, tlf **815 48 250**. Fax: **22 54 28 90**.

Begravelsesbyrå:

Flå: Pernille - klær, blomster og begravelsesbyrå, 3539 Flå. Tlf. **32 05 01 77**, Randi **977 41 768**, Aud **402 01 229**

Gol Begravelsesbyrå, 3550 Gol. Tlf. 32077551, mob**48023477** .

Avdeling Nesbyen : Tel. **41420808**

2.2.4 Fylket

BSS' mikrobiologisk laboratorium, 3004 Drammen. Tlf. **32 80 36 11**. Mette Walberg 90927707 er smittevernoverlege i Buskerud, han gir råd og opplysninger om lokale tiltak, tvangstiltak, samordner tiltak.

2.2.5 Stat

Lensmannen i Flå: Geir Vidme, tlf **32 05 35 20 / 917 40 282**

Politi nødtlf. 112 er behjelpelig ved iverksetting av tvangstiltak.

Nasjonalt folkehelseinstitutt, p.b.4404 Nydalen, 0403 Oslo, tlf **22 07 70 00**. Fax **22 35 36 05**.

Folkehelseinstituttets mål er å bidra til en god folkehelse; ved å fremme helse, og forebygge sykdom, helseskade og ulykker.

Folkehelse har avdelinger som angår smittearbeid i sterkere grad: Aids-informasjonsenhet, avdeling for bakteriologi, for vaksine, virologi, osv.

Fylkesnemda for sosiale saker i Buskerud og Vestfold: tlf **32 26 69 30**, - ved vedtak etter kap.5 i Smittevernloven

Fylkesmannen i Buskerud, helseavdelingen: Statens Hus, Grønland 32, 3045 Drammen, tlf. **32 26 66 00**.

Fylkeslegen, den statlige helsemyndighets representant i fylket som fører tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket, skal gjennom råd og veiledning medvirke til at behovet for helsetjeneste blir dekket, samt medvirke til at regelverket for helsetjenesten blir kjent og overholdt, og at helsetjenesten fører kontroll med sin virksomhet på forsvarlig måte.

2.3 Utstyr

Prøvetakingsutstyr, som legekantor er utstyrt med.

Prøvetakingsutstyr på helsestasjonen. Utplassering av prøvetakingsutstyr er et beredskapstiltak i tilfelle matforgiftning, drikkevannsforurensning mv. utenom ordinær arbeidstid og andre tilfeller der mattilsynets personell ikke er å få tak i.

Vaksiner og medisiner finnes på helsestasjonen og på legekantorene.

Utstyr for emballasje av smitteavfall finnes på de steder det er behov, på legekantor og helsestasjon, syke- og aldershjem.

Utstyr til håndvask og engangsmaterialer, som engangshansker, munnbind, plastforklær osv. finnes på steder med behov for dette; legekantoret, Flåheimen.

3 INFORMASJONSSTRATEGI

3.1 Løpende informasjon, opplæring, råd og veiledning (under normaltilstander)

3.1.1 Smittevernplanen

Smittevernlegen, tilsynslege og helsesøster gir informasjon om denne, den skal inngå i helsetjenestens opplæring. Opplæring er en del av internkontroll / kvalitetskontrollsystemet i helseavdelingen.

3.1.2 Helsestasjonen

Helsestasjon v/helsesøster gir informasjon til alle småbarnsforeldre om vaksiner mot allmennfarlige sykdommer som er anbefalt av Statens Helsetilsyn.

3.1.3 Helseopplysning

Helseopplysning; noe rettet mot politikere, annet til publikum. Skolehelsetjenesten gir bred informasjon om smittsomme kjønnsykdommer i ungdomsskolen, samt i videregående skole i kommuner der de finnes. I tillegg er det ekstra kampanjer over for bestemte målgrupper som f.eks russ.

3.1.4 Hallingdølen

Hallingdølen er også et fint medium for informasjon om influensavaksine, lus i barnehager, meningittepideemi osv.

3.1.5 Helseopplysning personlig til smittebærere og smitteutsatte

Oppsøkende informasjon til smittebærere og smitteutsatte gis primært fra behandlende lege eller smittevernlegen. Viktig å opplyse om både rettigheter og plikter. Samt ivaretagelse av taushetsplikt.

NB: Viktig med dokumentasjon i journal.

3.2 Informasjonsprosedyrer i beredskapssituasjoner

Den generelle informasjon skjer i størst mulig grad som tidligere; opplæring av helsearbeidere, barnehagepersonell og lærere ved helsesøster og lege.

Ved drikkevannforurensinger og matforgiftninger av litt omfang, bør kommunen og mattilsynet samordne sin informasjon.

Ved utbrudd av spesielt alvorlige eller smittsomme infeksjonssykdommer eks meningitt, kobles smittevernlege inn og iverksetter tiltak og gir nødvendig informasjon.

Ved ulykker og katastrofer henvises til kommunens egen "*Plan for helsemessig og sosial beredskap*" (oppbevares på Flå legekantor/sevicekontoret), samt kommunens "*Handlingsplan for kriseledelse*" (oppbevares ved hver enhet, samt at hver enkelt ansvarlig i forhold til planen har denne i privat eie).

4 PROSEDYRER FOR FOREBYGGING, DIAGNOSTISERING OG BEHANDLING AV INFEKSJONSSYKDOMMER

4.1 Forebygging av infeksjonssykdommer

4.1.1 Barnesykdommer

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten vaksinerer etter gjeldende anbefalinger. Det er viktig å holde en så god vaksinasjonsdekning som mulig. Ingen vaksiner av barn er i utgangspunktet pålagt, og det er viktig å være observant på visse trender i tiden mot vaksiner av barn. Et grundig informasjonsarbeid er her viktig overfor foreldre. Faren ved for lav vaksinasjonsdekning (under 80%) er utbrudd med mer epidemisk smitte av for eksempel barnesykdommer.

4.1.2 Bakterielle, virale, importerte sykdommer

Forebyggende vaksine, helse- og hygieneopplysning ved helsesøster og lege. Svært viktig med god forebyggende strategi overfor personer som skal på utenlandsopphold, jfr kap.5 i denne plan.

4.1.3 Døde dyr

Det er eier som har ansvar for å fjerne døde husdyr. Bønder står ellers fritt til å grave ned dyrekadaver på egen eiendom. Kravet her er minst 50 cm overdekning av jord.

Det er en ettersøksgruppe som tar seg av skadet hjortevilt v/Kjell Sævre. Annet skadet/dødt småvilt etter veiene blir fjernet av vegvesent.

Det er en ordning med henting av dyrekadavre fra husdyrhold (sau og storfe) v/Gilde slakterier.

4.1.4 Tuberkulose

Det vises til [forskrift om tuberkulosekontroll](#) samt den nye [Tuberkuloseveilederen](#).

4.1.4.1 Epidemiologi

Nedgangen i forekomsten av tuberkulose i Norge gjennom mange tiår har stanset opp, og har vist en svak økning igjen fra slutten av 1990-tallet. Forekomsten av tuberkulose i våre nærområder og globalt er fortsatt svært høy. Andelen tilfeller av resistent tuberkulose øker, samtidig med økt reisevirksomhet og migrasjon. Antallet intravenøse stoffmisbrukere i Norge er høy, og dette er en spesiell risikogruppe både for hiv-infeksjon og tuberkulose. Tuberkulose krever langvarig behandling, fra 6 til 24 måneder. Dette stiller store krav til samarbeid mellom pasient, sykehus/spesialist og kommunehelsetjenesten. En økende andel av tuberkulosepasientene er født utenfor Norge. Dette stiller spesielle krav til kommunikasjon mellom pasient og helsetjeneste. Ved tuberkulose er feil eller ufullstendig behandling verre

enn ingen behandling. Det kan føre til resistensutvikling med store konsekvenser for pasient og omgivelser. I dag skjer det mange feil og forsinkelser i diagnostikk, behandling og smitteoppsporing. Her er det stort rom for forbedringer. Selv om det totale antall tuberkulosepasienter i Norge er lavt, skaper dette mye ekstraarbeid og problemer for pasient og helsevesen.

4.1.4.2 Grupper med plikt til undersøkelse

- Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket, og som ikke er unntatt fra krav om visum/oppholdstillatelse, samt flyktninger og asylsøkere.
- Helse- og omsorgspersonell og lærere som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose (liste i Tuberkuloseveilederen), eller som har oppholdt seg i slike land sammenhengende over tre måneder i løpet av de siste 3 år.
- Helse- og omsorgspersonell som er arbeidsinnvandrere.
- Andre personer kan pålegges å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse hvis det er mistanke om at de er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose.

Det er viktig at undersøkelse gjennomføres så raskt som mulig. For flyktninger og innvandrere innen 2 uker.

4.1.4.3 Melding

- Et nytt tilfelle av tuberkulose, eventuelt residiv etter behandling, skal meldes på samme måte som enhver annen nominativt meldingspliktig smittsom sykdom. En lege som oppdager eller får mistanke om tuberkulose, skal gi melding til kommunelegen, tuberkulosekoordinatoren og Folkehelseinstituttet.
- Kommunelegen skal gi melding til Folkehelseinstituttet om oppstart av behandling og resultat av behandling til Folkehelseinstituttet. Det skal også gis melding om resultat av smitteoppsporing (egne skjema, se Tuberkuloseveilederen).

4.1.4.4 Hvem har ansvar for hva

- Politiet skal informere utlendinger som skal oppholde seg i Norge utover tre måneder, om plikten til tuberkuloseundersøkelse etter Smittevernloven/Tuberkuloseforskriften. Politiet skal gi helsemyndigheten melding om navn og adresse på dem dette gjelder.
- Kommunehelsetjenesten skal ta kontakt med personer som ikke innen rimelig tid møter fram på eget initiativ.
- Arbeidsgivere har plikt til å påse at tuberkuloseundersøkelser er gjennomført før tiltredelse. Dette gjøres ved å fylle i et egenmeldingsskjema (vedlegg 1 egenmeldingsskjema v/ansettelser i Flå kommune).

Oppgave	Ansvar
Sjekke at tuberkuloseundersøkelse er gjennomført	helsesøster
Sikre at positive funn blir fulgt opp av spesialisthelsetjenesten	kommunelege

Iverksette tuberkuloseundersøkelser hvis dette ikke er gjort	helsesøster/kom.lege
Tilby BCG-vaksine til uvaksinerte tuberkulinnegative m/risiko for smitte	helsesøster
Oversende journal med bl a opplysninger om tuberkuloseundersøkelser til kommunelegen i ny oppholdskommune ved flytting	helsesøster

4.1.4.5 Metoder ved tuberkuloseundersøkelse

- Tuberkulinprøve. Dersom funnene gir grunnlag for å mistenke tuberkulosesmitte, skal kommuneoverlegen sørge for henvisning til spesialist.
- Røntgenundersøkelse av lungene. Alle personer som har fylt 15 år, som kommer fra land med høy forekomst av tuberkulose. Ved mistanke om lungetuberkulose skal rekvirent henvises pasienten til spesialisthelsetjenesten som øyeblikkelig hjelp.
- BCG vaksinasjon. Tilbys uvaksinerte personer fra land med høy forekomst av tuberkulose < 35 år med negativ tuberkulinprøve. Et tydelig arr etter tidligere BCG-vaksinasjon anses som tilstrekkelig dokumentasjon på tidligere utført vaksinasjon. BCG-vaksine er kontraindisert hos hiv-smittede på grunn av fare for generalisert BCG-infeksjon . Helsepersonell må forsikre seg om at hiv-status er kjent før vaksinen settes. For barn < 2 år bør mors hiv-status være kjent.
- Blodtester. Når tuberkulinprøve gir mistanke om latent tuberkuløs infeksjon, skal resultat av IGRA-test være en del av beslutningsgrunnlaget for eventuell henvisning til spesialist. Denne kan tas på Hallingdal sjukestugu eller Sykehuset Buskerud.

4.1.4.6 Vurdering og oppfølging av funn ved tuberkuloseundersøkelse

Vurdering og oppfølging er avhengig av tuberkulinresultat, røntgenfunn og alder (se flytskjemaer i Tuberkuloseveileder).

- Mistenkt tuberkuløs sykdom hos voksne. Uansett tuberkulin- og BCG-status skal disse personene henvises lungepoliklinikk/relevant spesialist. Ved sannsynlig lungetuberkulose skal pasienten henvises øyeblikkelig, de øvrige pasientene bør henvises innen 14 dager.
- Mistenkt latent tuberkulose hos voksne. Henvises skriftlig til vurdering ved lungepoliklinikk. Hos personer som ikke gis forebyggende kjemoterapi, gjøres videre oppfølging etter klinisk vurdering av spesialist.
- Mistenkt tuberkulosesmitte hos barn <16 år. Bør henvises til vurdering ved lungepoliklinikk eller ved barneavdeling.

4.1.4.7 Rusmisbrukere

Det er viktig at alle som har kontakt med rusmisbrukere har i tankene at tuberkulose kan forekomme. Fastlegen har et særlig ansvar, og sosialtjenesten må oppfordre til legeundersøkelse hvis misbrukeren ikke har kontakt med legen sin. Muligheten for tuberkulosesmitte vurderes i forbindelse med legeundersøkelsen før inntak i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

4.1.4.8 Direkte observert behandling (DOT)

Når diagnosen er stilt skal tuberkulosekoordinator innkalle til møte med kommunelege, helsesøster og sykepleier fra det ansvarsområde som skal følge opp pasienten (sykehjem, hjemmebasert) sammen med pårørende. Det etableres en behandlingsplan mellom pasienten og behandlerne.

Direkte observert behandling innebærer at helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Dette kan skje ved at:

- Pasienten møter opp på behandlingsstedet f eks et sykehjem.
- Hjemmesykepleier møter opp hjemme hos pasienten til avtalt tid
- Hvis pasienten oppholder seg på institusjon observeres medikamentinntaket der.

Når det gjelder gjennomføringen vises til Tuberkuloseveilederen.

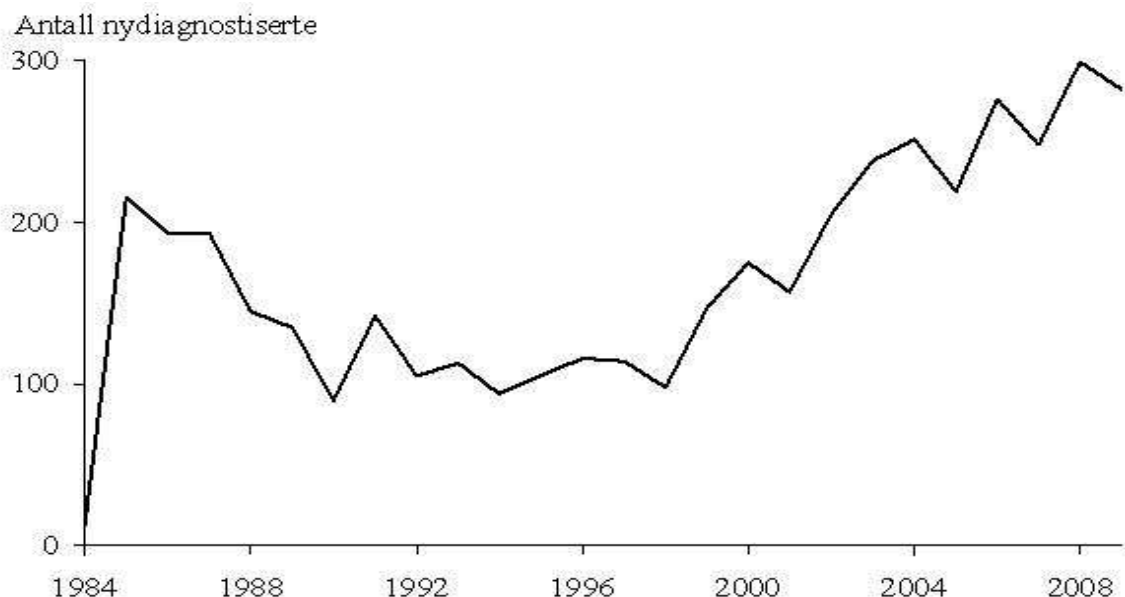
Ved DOT skal Folkehelseinstituttets skjema *Dokumentasjonsskjema for direkte observert behandling* nyttes. Kopi av skjema sendes Tuberkulosekoordinator hver 3. måned i hele behandlingsperioden.

Hvis 2 påfølgende doseringer ikke kan gjennomføres skal det meldes som avvik til smittevernlegen.

4.1.5 HIV/AIDS

4.1.5.1 Epidemiologi

Hiv-infeksjon i Norge 1984-2009 etter diagnoseår (ref: www.fhi.no):



Den svake nedgangen i 2009 skyldes i hovedsak noe nedgang i gruppene innvandrere heteroseksuelt smittet før ankomst Norge og homoseksuelt smittede menn. I de siste årene har disse to gruppene utgjort 70-80 % av alle nydiagnostiserte tilfeller i Norge (tab 1). Totalt er det nå diagnostisert 4 368 hiv-positive i Norge (2 931 menn og 1 437 kvinner).

Hiv-infeksjon i Norge etter smittemåte og diagnoseår.

Smittemåte	Før 06	06	07	08	09	Tot.	% tot.
Heteroseksuell	1570	164	141	185	170	2230	51
<i>-sm. mens bosatt Norge</i>	<i>519</i>	<i>42</i>	<i>41</i>	<i>46</i>	<i>44</i>	<i>692</i>	-
<i>-sm. før ankomst Norge</i>	<i>1051</i>	<i>122</i>	<i>100</i>	<i>139</i>	<i>126</i>	<i>1538</i>	-
Homoseksuell	1019	90	77	92	87	1365	31
Sprøytemisbruk	521	7	13	12	11	564	13
Blod/blodprodukter	46				1	47	1
Mor til barn	40	6	9	4	4	63	2
Annen/ ukjent	67	9	8	6	9	99	2
Totalt	3263	276	248	299	282	4368	100

4.1.5.2 Tiltak i Flå

- Skolehelsetjenesten gjennomfører undervisning om emnet i samlivsundervisningen til 10. klasse årlig, inkl. informasjon om kondombruk og risikofatferd.
- Helsestasjonen for ungdom gir HIV/AIDS-informasjon v/behov.
- Helsestasjon for ungdom deler ut gratis kondomer og oppfordrer til kondombruk som tilleggsprevensjon.
- Helsesøster gir HIV/AIDS-informasjon til utenlandsreisende.
- Alle gravide testes rutinemessig.
- Alle leger tilbyr testing, men tilfeldig HIV-testing uten at et evt. positivt resultatet kan følges opp av legen skal ikke forekomme. Viktig med informasjon til stoffmisbrukere om risikofatferd via behandlende instans. Legetjenesten har ansvar for slike tiltak.
- Diagnostiserende lege har plikt til å igangsette smitteoppsporing.
- Sikre grundig informasjon til den smittede.
- Smittede har plikt til å informere seksualpartnere og kondom må brukes ved seksuell kontakt som medfører risiko for smitte.

4.1.6 Zoonoser

Arbeidet med disse skjer i samarbeid med mattilsynet. (Se litteratur: [Zoonoserapporten 2009](#)).

4.1.7 Influensa

4.1.7.1 Epidemiologi

Influensa regnes ikke til de allmennfarlige smittsomme sykdommene og er ikke nominativ meldepliktig. Likevel er sykdommen så omfattende under epidemier, at vi har bestemte rutiner for å forebygge den. Influensaepidemier er globale, det vil si at de kommer i epidemier som ofte begynner i Østen, for deretter å spre seg hurtig videre til mange land og verdensdeler. Epidemien kan følges i utbredelse, og vi kan regne ut omtrent når den vil nå vårt land.

Sykdommen er i seg selv ikke farlig, og vil helbrede seg selv i løpet av et par uker. Imidlertid kan den være farlig for svekkede mennesker på grunn av ettersykdommer, særlig

lungebetennelse. Dette gjelder små barn og eldre, samt personer med hjerte- eller lungesykdom og personer med nedsatt immunitet på grunn av behandling med cellegift eller av andre årsaker.

Ut fra de influensastammer som er fremherskende under den siste epidemien, fastsetter Verdens helseorganisasjon hvert år hvilke stammer som skal inngå i neste års vaksineproduksjon. Staten tilbyr vaksine til redusert pris til risikogruppene.

I Flå tilbys vaksinen ved Flå legekantor og til alle som er under omsorg i enhet for pleie og omsorg, jfr. retningslinjer fra Folkehelseinstituttet.

4.1.8 Fugleinfluensa

Fugleinfluensavirus er alminnelig forekommende hos fugler, især andefugler, og de smitter hovedsaklig mellom fugler. Vanligvis gir de lite eller ingen sykdom hos smittet fugl, men virusvarianter som gir alvorlig sykdom oppstår fra tid til annen hos fjørfe, typisk hos høns eller kalkun. Ved nær kontakt med smittet fugl har det også i noen tilfeller skjedd at andre dyr, og mennesker, har blitt smittet. Dersom man finner flere døde fugler innenfor et avgrenset område, skal man melde fra til Mattilsynets distriktskontorer på **06040** så raskt som mulig.

Det ser ikke ut til at viruset så langt har utviklet evne til å smitte lett mellom mennesker. Hvis det gjør det, kan vi få en alvorlig pandemisk epidemi.

4.1.9 Pandemisk influensa

”Plan for pandemisk influensa Flå kommune 2009”. Vedtatt i kommunestyret, sak 72/09, 24.09.09 (forside og innholdsfortegnelse, vedlegg 8). Denne planen er en del av smittevernberedskapen i Flå kommune.

4.1.10 Pneumokokksykdom

Epidemiologi: Det vanligste sykdomsbildet er lungebetennelse, men blodforgiftning og hjernehinnebetennelse forekommer også. Forekomsten av alvorlig pneumokokksykdom har økt betydelig her i landet med en 10-dobling fra 1975 til 1995. Dødeligheten ved pneumokokksykdom anslås til 5-10 %. De alvorlige infeksjonene rammer særlig små barn, eldre, og personer med visse predisponerende grunnsykdommer som kronisk hjerte- og lungesykdom, manglende milt o.l.

Et tilleggsproblem er økende utvikling av antibiotikaresistens.

Systemisk (alvorlig) pneumokokksykdom meldt MSIS 2004-2009 etter diagnoseår og aldersgrupper

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-9	103	136	117	71	38	52
10-19	21	16	10	15	8	16
20-59	356	328	287	293	281	259
> 59	646	603	600	579	529	472
Totalt	1126	1083	1014	958	856	799

Infeksjon og bærerskap forårsaket av pneumokokker med penicillinresistens (MIC \geq 2 mg/L) meldt MSIS 2004-2009 etter diagnoseår og aldersgrupper. For 2004 kun infeksjon.

Aldersgruppe	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-9	2	13	16	13	4	3
10-19			1			
20-59	1	6	5	7	7	4
> 59		7	14	4	3	1
Totalt	3	26	36	24	14	8

Systemisk pneumokokksykdom har vist en økende insidens i Norge siden 1990-tallet (fig 1). Dette samsvarer med observasjoner i flere andre nordeuropeiske land.

4.1.11 MRSA (Meticillinresistente Staphylococcus aureus)

Undersøkelse før innleggelse eller arbeid i sykehjem:

- MRSA-prøve av alle som tidligere har fått påvist MRSA, men som ikke senere har hatt 3 negative kontrollprøver.

- Alle som siste 12 mnd har fått påvist MRSA eller bodd i samme husstand som MRSA-positiv eller hatt nær kontakt med MRSA-positiv uten å bruke beskyttelsesutstyr.

- Alle som siste 12 mnd har vært i land utenfor Norden og der har vært innlagt i helseinstitusjon, eller fått omfattende undersøkelser/ behandling i helsetjenesten, eller arbeidet som helsearbeider, eller oppholdt seg i flyktningeleir eller barnehjem.

Prosedyre: For prøvetakingsprosedyre, evt isolering, smitteoppsporing og sanering henvises til [MRSA-veileder](#).

4.1.12 Hepatitter

4.1.12.1 Hepatitt A

Epidemiologi: Hepatitt A er en virussykdom som vanligvis smitter via avføring. Ved dårlig håndhygiene kan smittestoffet bli tilført næringsmidler som fører smitten videre. Virus kan også overføres via urensset vann som er tilblandet avføring. Det er også påvist smitteoverføring blant injiserende misbrukere ved bruk av urene sprøyter eller stoff som er forurenset. Ekstra risiko er det for turister som reiser utenfor Europa og er uforsiktig med vann, is og matvarer.

Hepatitt A helbredes vanligvis av seg selv i løpet av 6- 8 uker uten spesifikk behandling. Hos enkelte, spesielt middelaldrende kvinner, kan den bli kronisk og etter hvert utvikle leversvikt.

Prosedyre:

Vaksine:

- Ved lengre opphold i områder der smitterisikoen er stor.

Immunoglobulin (Beriglobin):

- Preeksposisjonelt til reisende gravide og barn < 1 år til områder der hepatitt A er endemisk.

Ved utbrudd:

Vaksine:

- Andre i samme risikogruppe
- Personer som har matfellesskap med smittet

Immunglobulin (Beriglobin):

- Brukes **posteksponisjonelt** til personer som har hatt matfellesskap, eller seksuell kontakt med eller delt sprøyte med en person som utvikler hepatitt A.
- Helsepersonell som gjennom pleie av person med hepatitt A kommer i direkte kontakt med avføring eller oppkast.
- Ansatte og barn i barnehage med tilfelle av hepatitt A.
- **En dose** senest 14 dager etter at indekspersonen ble syk.

4.1.12.2 Hepatitt B

Epidemiologi: Hepatitt B forårsakes av et virus som bare smitter gjennom blod og ved seksuelt samvær. En vanlig smittemåte er at injiserende misbrukere bytter sprøyter som er brukt og inneholder rester av blod. Ved uhell kan blod fra positive pasienter overføres til andre ved blodsøl, stikk eller lignende. Seksuell overføring skjer mest ved hyppig partnerskifte og ved homofil praksis.

Hos de fleste dannes det antistoffer i blodet, som reduserer smittefaren. Enkelte kan imidlertid bli kroniske smittebærere, som må vise spesiell varsomhet for ikke å smitte andre. I praksis regnes blod som smittebærende hos alle som har hatt sykdommen, og de kan ikke bli blodgivere

Prosedyre:

Det er ingen spesifikk behandling av sykdommen. Vi tilbyr vaksinerings for visse risikogrupper etter ["Retningslinjer gitt av Sosial- og helsedepartementet for immunisering mot hepatitt A og B, 19.5.2000"](#). Det er også viktig at injiserende misbrukere kan få tilgang på rene sprøyter, så de ikke behøver å ta sjanse på å bruke blodinfiserte, brukte sprøyter.

Prosedyre for hepatitt B testing:

Jfr. *Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B gitt av Sosial- og helsedep. 19.5.2000.*

Folkehelseinstituttet har i 2008 revidert hvilke områder som nå regnes som lavendemiske for hepatitt B (basert på data fra Verdens helseorganisasjons publikasjon International travel and health 2007). Disse er:

- Hele Vest-Europa (inkludert Hellas, Kypros)
- Øst-Europa: Estland, Latvia, Polen, Ungarn, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia
- Nord-Amerika: USA, Canada (unntatt urbefolkning i Alaska, Nord-Canada og Grønland)
- Latin-Amerika: Argentina, Chile, Cuba, Uruguay
- Oseania: Australia, Ny Zealand
- Asia: Japan

Personer fra ikke lav-endemiske land kan vi møte som flyktninger, arbeidssøkere, hjemvendte turister eller bistandsarbeidere, ektefeller/samboere, og adoptivbarn.

Ingen av disse gruppene kan vaksineres uten forutgående testing. En må teste både på **HBsAg** og **Anti-HBc**. Bare hvis begge disse er negative, er det aktuelt med vaksinerings.

Grunner til testing:

- Det er aktuelt med vaksine
- Det er viktig å avklare smitterisiko
- Sykdomstegn

Andre særlig smitteutsatte personer er stoffmisbrukere, menn som har sex med menn, prostituerte, pasienter som gjennomgår hemodialyse, pasienter med økt blødningstendens, personer med Down syndrom, og personer med langvarig omgang med kjente smittebærere.

Testing bør vurderes før eventuell vaksine.

Prosedyre for bestilling av gratis Hepatitt B vaksine fra Folkehelse:

Når man har rett til gratis vaksine - jfr. *Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B* gitt av Sosial- og helsedep. 19.5.2000 – rekvireres vaksinen via helsestasjonen fra Folkehelse.

- Det er kommunelegen med ansvar for smittevern som skal rekvirere vaksine som Folkehelse skal betale for.
- Vaksiner og journalføring angående hepatitt B oppbevares på Flå helsestasjon.
- Vaksinerings av voksne gjøres på helsestasjonen.
- Vaksinerings av småbarn og skolebarn gjøres innenfor ordinær helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jfr neste punkt.

4.1.12.3 Andre hepatitter

Det er andre grupper av hepatitt, som meget sterkt ligner hepatitt B, og som trolig smitter på lignende måte. Særlig hepatitt C har en tendens til å bli kronisk og ende i skrumplever og død. Det er for tiden ikke utviklet vaksine mot disse gruppene.

4.1.12.4 Prosedyre for sykdomsforebygging etter uhell med mulig smitte.

Gjelder ved stikk/kutt på skarpe gjenstander som har vært i kontakt med blodholdig materiale, eller ved at smitteholdig materiale kommer i kontakt med ferske sår, skadet hud eller slimhinne.

- Hvis sår/skade, tilstreb blødning på skadestedet.
- Spyling/skylling med rikelig vann for øyeblikkelig fortykning, evt. vask med såpe og vann og desinfeksjon med 2 % jod sprit eller 70 % sprit.
- Ved sprut av blod eller blodholdig kroppsvæske i øyne eller munn, skylles godt med vann.
- Lege kontaktes snarest for vurdering av indikasjon for immunprofylakse.
- Hvis mulig bør smitekilden undersøkes umiddelbart med henblikk på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV.

- Den eksponerte skal ta blodprøve (0-prøve) umiddelbart med tanke på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV for å avklare om vedkommende kan være smittet fra før.
- Den eksponerte skal ta ny blodprøve med tanke på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV etter 3 og 6 måneder for å avklare om vedkommende kan ha blitt smittet.
- Eventuell immunprofylakse av den eksponerte iverksettes umiddelbart og helst innen 48 timer. Det er aktuelt med anti-HBs undersøkelse av den eksponerte hvis tidligere vaksinert.
- Fremgangsmåten ved immunprofylakse følger Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B gitt av Sosial- og helsedepartementet 19. mai 2000.
- Smittevernkontoret har ansvar for oppfølging og skal varsles påfølgende arbeidsdag.

4.1.13 Seksuelt overførbare sykdommer (SOS)

De tradisjonelle kjønnsykdommene gonorre, syfilis og bløt sjarker, er nå ganske sjeldne, noe vi tilskriver den nøyaktige oppfølging og behandling av smittekilder. Syfilis viser en økende tendens særlig blant menn som har sex med menn. Det er også grunn til å teste personer som har hatt ubeskyttet sex i utlandet.

Chlamydia-infeksjon er i våre dager den mest utbredte sykdommen som smittes seksuelt. Den er skummel ved at den ofte ikke gir symptomer i det hele tatt, verken hos kvinner eller menn. Den kan imidlertid gi betennelse i egglederne hos kvinner og være årsak til sterilitet og barnløshet. Det er derfor viktig å intensivere smitteoppsporing hos menn for å bryte smittekjeden. Forekomsten har økt de senere år.

Chlamydiainfeksjon oppdages vanligvis ved prøver tatt ved gynekologiske undersøkelser. Det er særlig unge kvinner under 25 år som er bærere av smitten, som føres videre via seksualkontakter. Unge kvinner og menn oppfordres til å la seg teste ved partnerskifte. Sykdommen er lett å behandle, men det er viktig at partnere og mulige smittede oppspores og behandles.

10.klasse på ungdomsskolen får hvert år undervisning om SOS.

Det gis rutinemessig informasjon om SOS v/reisevaksinering.

4.2 Diagnostisering og behandling

Felles rutiner for diagnose og behandling er viktig.

Legevakthåndboken er retningsgivende for behandling av de mindre farlige sykdommene; som smittsom øyekatarr, ørebetennelse, rød hals, osv. Se litteratur.

Smittevern-håndbøkene fra Folkehelse gir oppdatert og god informasjon om emnet.

Oversikt over allmennfarlige smittsomme sykdommer, se [FOR-1995-01-01-100 Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer](#), samt *Smittevernloven med tilhørende veiledningsbøker*.

4.3 Varsling av utbrudd

Tidlig varsling til Folkehelseinstituttet om utbrudd av smittsomme sykdommer gjør at de kan bistå med oppklaringsarbeid og gi råd om prøvetaking og andre forhold (vedlegg 2). Rask rapportering fra lokalnivå til nasjonalt nivå gir samtidig grunnlag for å vurdere om flere små geografisk spredte utbrudd kan ha en sammenheng, for eksempel hvis et markedsført næringsmiddel er årsaken til utbruddet.

Hvilke utbrudd skal varsles?

- utbrudd av de sykdommer som er meldingspliktige i MSIS
- utbrudd som mistenkes å ha sammenheng med næringsmidler (inkludert drikkevann)
- utbrudd i helseinstitusjoner
- utbrudd av særlig alvorlige sykdommer (andre enn dem som omfattes av MSIS), dvs. sykdommer med høy dødelighet, alvorlig sykdomsbilde eller høy komplikasjonsrate
- særlig omfattende utbrudd

5 VAKSINASJON

5.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

Det henvises til enhver tids gjeldende barnevaksinasjonsprogram. Se også [Vaksinasjonsboka \(2007\)](#) og brosjyren: [Vaksinasjon i barne- og ungdomsalder](#).

5.2 Influensavaksinering

Ansvarsforhold:

Influensavaksine bestilles i mars, kommunen mottar bestillingsskjema fra Folkehelse. Mengde vaksine som bestilles bestemmes ut fra tilbakemelding fra legekantor og pleie- og omsorgsenheten. Flå legekantor koordinerer bestillingen og har ansvar for distribusjon av vaksine, annonsering av vaksinasjonstilbud, og innkjøp av utstyr.

Folkehelseinstituttet angir indikasjoner for influensavaksinering hvert år, samt anbefalt tidspunkt for vaksinering.

Hvem bør vaksinere seg?

Influensavaksine er først og fremst anbefalt til personer som risikerer alvorlig sykdom eller død hvis de smittes av influensa. Følgende tilstander plasserer en person i "risikogruppe", dvs. personer som har spesielt stor nytte av influensavaksinasjon:

Alder og underliggende sykdom:

- Personer som er 65 år eller eldre
- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- Voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
- Voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- Voksne og barn med nedsatt infeksjonsresistens
- Voksne og barn med diabetes mellitus (både type 1 og type 2)
- Voksne og barn med kronisk nyresvikt
- Voksne og barn med kronisk leversvikt
- Voksne og barn med kronisk, nevrologisk sykdom eller skade
- Voksne og barn med svært alvorlig fedme, dvs kroppsmasseindeks (BMI) over 40 kg/m²

Graviditet :

- Gravide i 2. og 3. trimester. Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko kan vurderes for vaksinasjon

Utover vaksinasjon av risikogrupper anbefales det at vaksine tilbys:

- Helsepersonell med pasientkontakt
- Svinerøktere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser

Revaksinering må skje årlig før vinterens influensasesong.

De enkelte risikogrupper, og ansvarsforhold:

Barne og ungdomsalder	Helsestasjonen i samarbeid med helsestasjons-/skolelege.
Etter ungdomsskolealder og opptil 65 år	Fastlege / helsestasjon
"Friske" personer > 65 år	Flå legekantor / fastlege / helsestasjon
Institusjonsbeboer innen pleie og omsorg og mottakere av hjemmebaserte tjenester	Sykepleier i samarbeid med tilsynslege / fastlege.

Økonomi:

- Legene har anledning til å ta egen takst for vaksineringsen.
- Ansatte i pleie-/omsorg, skole, barnehage og helseavdelingen tilbys gratis vaksinerings (betales av helseavd.)

5.3 Vaksine mot pneumokokksykdom

Folkehelsa anbefaler pneumokokkvaksinasjon til i hovedsak samme risikogruppe som ved influensavaksinerings.

Revaksinerings anbefales til personer uten miltfunksjon og eldre personer med fungerende milt. For alle andre ser én dose i livet ut til å være nok. Vaksinen er lite effektiv til barn under 2 år og brukes ikke i denne aldersgruppa.

Leger kan bestille pneumokokkvaksine fra Folkehelsa, avd. for vaksine. For personer uten miltfunksjon eller med HIV-infeksjon er vaksinen gratis og rekvireres på blå resept med angivelse av indikasjon og § 4. Andre må betale vaksinen selv. Enkelt doser av pneumokokkvaksine kan rekvireres fra apotekene.

Målgruppene for pneumokokk- og influensavaksine overlapper til dels. De to vaksinene kan derfor tilbys samtidig denne høsten.

- Flå legekantor tilbyr denne vaksinen til risikogruppen. Det skal være en lege som avgjør om det er indikasjon for vaksinasjon til grupper utenfor risiko. Ved å kople pneumokokkvaksinasjonen sammen med influensavaksinasjonen, vil man kunne nå målgruppa på en praktisk måte.

5.4 Vaksinevedlikehold hos voksne

Tetanusvaksinerings av bønder, mennesker i hestemiljø og andre utsatte grupper finnes det ikke rutiner for, i hvilken grad dette har noen verdi er uklart.

Vaksinerings skjer etter gjeldende barnevaksinasjonsprogram, evt i militæret, ved utenlandsreise eller sår som kan være forurenset med bakterier.

Folkehelseinstituttet anbefaler alle voksne å la seg revaksinere for tetanus, difteri, kikhoste og polio **hvert 10. år**.

5.5 Reisevaksinering

Hvert år pådrar tusenvis av personer fra Norge seg smittsomme sykdommer under reiser til utlandet. Folkehelseinstituttet gir på ulike måter helsepersonell og publikum råd om hvordan man kan redusere smittefarene under reiser. Særlig ved reiser utenfor Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia og Ny Zealand er det nødvendig å vurdere ekstra beskyttelse mot smittsomme sykdommer. Faren for å pådra seg alvorlig sykdom er til stede, og kommunehelsetjenesten skal derfor ha en rutine for rådgivning og vaksinasjon. Dette for å hindre sykdom hos de reisende, men også for å hindre import av smittsom sykdom når de kommer hjem.

5.5.1 Beskyttelse mot malaria

Malaria finnes i over 90 land. Hvert år kommer flere titalls reisende fra Norge hjem med malaria. Sykdommen kan være dødelig. Folkehelseinstituttet har utgitt et hefte med nasjonale anbefalinger for forebygging av malaria, Smittevern 19: [Forebygging av malaria hos reisende](#). Hftet inneholder dels generelle råd og dels råd for hvert enkelt reisemål.

5.5.2 Vaksinerer før reisen

Mange alvorlige sykdommer kan forebygges med vaksinasjon. Før reise kan det være aktuelt med vaksinasjon mot sykdommer man tidligere ikke er vaksinert mot og nye doser av vaksiner man har fått for lenge siden. Folkehelseinstituttet gir anbefalinger om hvilke vaksiner som er aktuelle for hvilke reisemål. Indikasjon for å anbefale de ulike vaksinene og typene av medikamentell profylakse avhenger av reisemål og den epidemiologiske situasjonen til enhver tid, reisens varighet, type av reise og den reisendes helsetilstand, alder og tidligere vaksinasjonsstatus.

”Gode råd for god reise” - er en publikumsbrosjyre som kan bestilles fra Folkehelseinstituttet, e-post publikasjon@fhi.no, og deles ut til reisende.

Helsesøster har hovedansvaret for rådgivning og vaksinasjon når den reisende tar kontakt.

Pasientens fastlege har også ansvar for rådgivning i reisemedisin når pasienten tar kontakt angående dette, evt. kan legen henvise pasienten videre til helsesøster. Helsestasjonen kjøper inn nødvendig vaksine. Resept for dette underskrives av lege. Vaksiner som gis ved Flå helsestasjon registreres etter samtykke i WinMed journal og registreres i lokal SYSVAK.

Folkehelseinstituttet anbefaler alle å ta vaksine mot *difteri*, *stivkrampe*, *kikhoste* og *poliomyelitt* hvert 10.år. Det er hensiktsmessig å oppdatere disse vaksinene sammen med reisevaksinasjon og -rådgivning.

Avhengig av type reise og forventet risikoferd, kan følgende vaksiner være aktuelle i tillegg til vaksiner anbefalt ved reise til det enkelte land: vaksine mot kolera og ETEC-infeksjon, Hepatitt B, Meningokokk C-konjugatvaksine, Skogflåttencefalitt (TBE), Rabiesvaksine, Tuberkulose, influensa og pneumokokksykdom (se www.fhi.no: ”[Vaksinasjon ved utenlandsreiser](#)”).

Eget skjema brukes ved konsultasjoner på helsestasjon i forhold til reisevaksinasjon (vedlegg 3). Det er viktig at det deles ut skriftlig informasjon angående seksuelt overførbare sykdommer (SOS) og dokumenterer at informasjon er gitt.

6 DRIKKEVANNFORSYNINGEN

Det lokale mattilsyn gir godkjenning av vannforsyningssystem, for utdypende info, se forskriften, [FOR 2001-12-04 nr 1372: Forskrift om vannforsyning og drikkevann \(Drikkevannsforskriften\)](#).

7 NÆRINGSMIDLER

Mattilsynet kontrollerer og gir råd ved produksjon og frambud av næringsmidler iht [LOV-2003-12-19-124 Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. \(matloven\)](#). Alle virksomheter omfattet av denne lov plikter å innføre og utøve internkontroll i hht. [FOR-1994-12-15-1187 Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen](#).

Smittevern 13: [Oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser](#) er en håndbok som gir veiledende retningslinjer ved utbrudd hvor næringsmidler eller dyr regnes som den mest sannsynlige smittekilden. Dersom kommunelegen får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal kommunelegen varsle Mattilsynet umiddelbart. Dette gjøres på tlf: 06040. Kommunelegen har også ansvar for å påse at varslingsplikte til Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmann blir overholdt.

Oversikt over viktige næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser som kan forårsake utbrudd (vedlegg 4).

Samarbeidsavtale mellom Mattilsynet og kommunelegen (vedlegg 5).

Maler for oppklaring av næringsmiddelbåren smitte, (vedlegg 6).

7.1 Hygienepakken

Det nye hygieneregelverket for mat som trådte i kraft 1. mars 2010 i Norge, omfatter hele matkjeden, fra primærproduksjon til omsetning. Formålet med nytt hygieneregelverk er å sikre forbrukerne et høyt nivå av næringsmiddeltrygghet og å sikre fri bevegelighet av næringsmidler. Alle typer og kategorier av næringsmiddelvirksomheter er omfattet av regelverket. Hele verdikjeden omfattes, inkludert primærprodusenter. Nettsider for dette regelverk er under utarbeidelse.

8 AVFALLSHÅNTERING

Enhet for interne tjenester har tilsyn med dette i Flå:

- Hallingdal renovasjon står for avfallshåndtering. Kildesortering er i gang.
- Hageavfall og stein kan ved henvendelse servicetorget (ev. interne tjenester) deponeres på søppelplassen.
- Slamlagune (godkjent av Fylkesmannen) på Roppemoen. Brukes kun til nødtømming.
- Tømme plass bobil Esso, Flå.

Særlig smittefarlig avfall, fra enhet for helse og enhet for pleie og omsorg, går i spesialemballasje med egen transport via Retura Val-Hall AS til Kleivi, jfr retningslinjer gitt i: [FOR-2005-10-11-1196 Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.](#)

Kloakknett/drikkevannskilde i Flå er gjennomgått med interne tjenester, og det er ikke funnet spesiell risiko.

Ved større utbygginger av f.eks hyttefelter over en viss størrelse, skal kommunelegen være med i planleggingsfase. Det settes strenge krav til planlegging av utslippsplaner i fjellet spesielt i tettere bebygde områder.

Turisme setter økte krav til avfallshåndtering. I Flå kommune finnes det tømme plass for bobiler på Esso-stasjonen. Gjennom Hallingdal Renovasjon bør det arbeides for at avfallscontainere som er utplassert, tømmes før de blir overfylte. Området rundt containerne skal holdes i forsvarlig hygienisk stand.

Det bør utarbeides veiledning med råd om avfallshåndtering med tanke på hytteturisme og gårdsturisme. Spesielt gårdsturisme er en vekstnæring, og her må det etter hvert utarbeides klarere retningslinjer for drikkevannskontroll og hygieniske forhold angående både lagring og tilberedning av mat.

9 SKADEDYRKONTROLL

Rotter synes å være det mest aktuelle skadedyr i denne sammenheng. Vi har ikke hatt slike problem foreløpig. Ved eventuelle problem kontaktes skadedyrbekjempere.

10 HYGIENEKONTROLL

10.1 Helseinstitusjoner, sykehjemmet

Flåheimen sykehjem har et eget infeksjonskontrollprogram, iht Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner-sykehusinfeksjoner, 050796. Dette ble utarbeidet i november 2005. Tilsynslegen tillegges hovedansvar for videreføring av dette arbeidet.

[FOR-2005-06-17-610 Forskrift om smittevern i helsetjenesten](#) trådte i kraft 1. juli 2005. Den erstatter forskrift om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner fra 1. august 1996 og viderefører kravet om infeksjonskontrollprogram i helseinstitusjoner.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en veileder til den nye forskriften (juni –06): [Smittevern 15 Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta](#). Formålet med veilederen er å hjelpe virksomhetene omfattet av forskriften til å få på plass et infeksjonskontrollprogram. Det er den ansvarlige ved bedriften som fører tilsyn etter forskriften, som omfatter rengjøring, vask av sengetøy og utstyr, håndhygiene osv.

Bedriftshelsetjenesten er et hjelpemiddel i sykehjemmets verne- og miljøarbeid. Det er tilsynslegens oppgave å utarbeide et program for å forebygge, kontrollere samt hindre spredning av smittsomme sykdommer i institusjon.

10.2 Hygiene ved skoler og barnehager

Miljørettet helsevern i Hallingdal har ansvar for tilsyn/kontroll av skole og barnehage i hht [FOR-1995-12-01-928 Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.](#).

10.2.1 Sykdom i barnehagen

Statens institutt for folkehelse har gitt ut [anbefalinger om når syke barnehagebarn bør holdes hjemme](#) (smittevern 18). Barnehagen deler ut ”*Kan jeg gå i barnehagen i dag?*” (vedlegg 7).

10.3 Hygiene i andre forsamlingslokaler, og andre virksomheter som campingplasser, overnattingssteder, svømmebasseng, frisørsalonger osv.

Viser til egen forskrift: [FOR-1998-05-06-581 Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.](#)

Mattilsynet fører tilsyn med:

- Kjøkken og andre serveringssteder som serverer mat, se kap 7
- Campingplasser har tilsyn bortimot en gang pr år av NMT.
- For utleiehytter er det ikke noe tilsyn.

10.4 Ansettelse av helsearbeidere fra land utenfor Norden

Før ansettelse sjekkes arbeidstaker for :

- Tuberkulose, se kap 4.1.4
- MRSA, se kap 4.1.11

11 DIVERSE

11.1 Tilhørende lovverk, forskrifter og veiledere

Lover:

- [Lov om smittevern](#), 1994-08-05
- [Lov om helsetjenestene i kommunene](#), 1982-11-19
- [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.](#) 1999-07-02, sist endret 2005-12-21
- [Lov om helsepersonell m.v.](#) 1999-07-02
- [Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten](#).1984-03-30
- [Lov om medisinsk utstyr](#).1995-01-12.
- [Lov om matproduksjon og mattrygghet mv.\(matloven\)](#), 2003-12-19
- [Arbeidsmiljøloven \(2006-06-06\) § 4-5 Særlig om kjemisk og biologisk helsefare](#)

Forskrifter:

- [Forskrift om medisinsk utstyr](#) 2005-12-15
- [Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen](#). 1994-12-15
- [Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler](#), 1995-12-01
- [Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltagningsvirksomhet m.v.](#), 1998-05-06

Veiledere:

- [Forebygging og kontroll av legionellasmitte – en veileder](#)
- [Smittevern 11: Nasjonal veileder for håndhygiene](#)
- [Smittevern 14: Vaksinasjonsboka](#)
- [Smittevern 15: Rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta](#)
- [Smittevern 16: MRSA-veilederen](#)
- [Smittevern 17: Utbruddshåndboka](#)
- [Smittevern 18: Smittevernboka](#)
- [Smittevern 19: Forebygging av malaria hos reisende](#)
- [Smittevern 20: Tuberkuloseveilederen](#)

11.2 Nye utfordringer i fremtiden blir

- Større innsats overfor stoffmisbrukere, pga at de representerer betydelig potensiale for smitte, egen lovregulering her.
- Smitteforebyggende arbeid blant våre nye landsmenn. Tbc og HIV.
- Sex-turisme spesielt til prostituerte i Sørøst-Asia. Dette har stort potensiale for smittebæring. SOS og spes HIV.
- Opprettholde et godt forebyggende smittevern i institusjoner.
- Opprettholde god vaksinasjonsdekning.
- Riktig bruk av antibiotika.
- Gode maler for oppklaring av vann-/næringsmiddelbåren smitte.
- Evt bioterrorisme.

11.3 Tilhørende litteratur

- Plan for helsemessig og sosial beredskap i Nes og Flå kommuner 2008.
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa, 2006
- Skadedyr 1, av Mehl m/flere, Folkehelsa. www.fhi.no
- Legevakthåndboken.
- Legemiddelhåndboken, nettsversjon: www.legemiddelhandboka.no
- WHO International travel & health.

11.4 Vedleggoversikt

- Vedlegg 1 Egenmeldingsskjema ang. tuberkulose ved ansettelse i Flå
- Vedlegg 2 Varsel om utbrudd av smittsom sykdom
- Vedlegg 3 Skjema ved rådgivning og vaksinasjon v/utenlandsreiser
- Vedlegg 4 Oversikt over viktige næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser som kan forårsake utbrudd
- Vedlegg 5 Samarbeidsavtale i Hallingdal mellom Mattilsynets distriktskontor og kommunen i Hallingdal om næringsmiddelbårne sykdommer
- Vedlegg 6 Henvendelse om antatt næringsmiddelbårn sykdom
- Vedlegg 7 Kan jeg gå i barnehagen i dag?
- Vedlegg 8 Plan for pandemisk influensa, Flå kommune 2009.