



Åsnes



Grue



Våler

Smittevernplan
for
Solør kommunene
År 2015 - 2020

Ny plan januar 2015.

Innhold

1. SAMMENDRAG	6
1.1 Hva er de største endringene i denne versjonen?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2. KORTVERSJON SMITTEVERNPLAN FOR SOLØR KOMMUNENE	7
2.1 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN (erstatte ikke kommunelegens ansvar etter smittevernloven):	9
3. LOVHJEMLER	10
3.1 Kommunens oppgaver	10
3.2 Kommunelegens oppgaver	11
4. RESSURSER I SMITTEVERNARBEIDET	12
4.1 Personelloversikt og samarbeidspartnere	12
4.1.1 Psykososiale beredskapsgrupper	12
4.1.2 Oversikt over skoler/barnehager/vannverk	12
4.1.3 Leger	12
4.1.4 Helsesøstre	12
4.1.5 Folkehelseinstituttets rådgivningstjeneste	12
4.1.6 Helsetilsynet i Hedmark	12
4.2 Materiell og lokaler	13
4.2.1 Smittevernkontor/Reisevaksinasjonskontor	13
4.2.2 Helsestasjonene og skolehelsetjenestens lokaler	13
5. VAKSINASJON	14
5.1 Vaksinasjon av visse yrkesgrupper.	14
6. MILJØRETTET HELSEVERN	15
6.1 Drikkevann	15
6.1.1 Kommunalt drikkevann	15
6.1.2 Sikring av private drikkevannskilder	15
6.1.3 Prosedyre for forurenset drikkevann	15
6.1.4 Nødvann	15
6.2 Næringsmidler	15
6.3 Avfallshåndtering	15
6.4 Særskilt om smittefarlig avfall	16
6.5 Skadedyrskontroll	16
6.6 Frisører, hudpleie, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet	16

6.7	Hodelusbekjempelse	16
7.	ALVORLIGE SMITTSOMME SYKDOMMER	17
7.1	Allmennfarlige smittsomme sykdommer	17
7.2	Melderutiner	17
7.3	Myndighet	18
7.4	Hindre spredning (vaksinasjon, isolasjon)	18
7.4.1	Masseundersøkelser	18
7.4.2	Massebehandling	19
7.4.3	Eventuell sanering av omgivelsene	19
8.	NÆRMERE OM SPESIELLE SYKDOMMER OG RISIKOGRUPPER	20
8.1	Influensa	20
8.1.1	Epidemiologi.	20
8.1.2	Prosedyrer.	21
8.1.3	Tiltak mot pandemisk influensa	21
8.2	Pandemiplan	22
8.3	Tuberkulose	22
8.4	Prosedyre for sykdomsforebygging etter uhell med mulig smitte.	22
8.5	Seksuelt overførte sykdommer (SOI)	23
8.6	HIV/AIDS	23
8.7	MRSA (methicillin-resistente staph. aureus)	24
8.7.1	Bioterrorisme	25
8.8	Asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere	25
8.9	Spesielle sykdommer som opptrer sjelden - og nye sykdommer.	26
8.9.1	Ebola	26
9.	SMITTSOMME SYKDOMMER I INSTITUSJONER	27
9.1	Barnehager.	27
9.2	Smittevern i helseinstitusjoner	27
10.	SMITTEBEREDSKAP	28
10.1	Virkemidler ved beredskaps-situasjoner.	28
10.2	Kommunelegens oppgave ved melding om allmennfarlig smittsom sykdom	28
10.3	Kommunelegens tilgjengelighet – vaktordning.	29
10.4	Departementets rettigheter (SML § 3-8).	29

10.5	Møteforbud, stengning av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanerering (SML § 4-1) - hastevedtak	29
10.6	Forbud mot utførelse av arbeid m.m. (SML § 4-2)	30
10.7	Obduksjon og gravferd (SML § 4-5, 4-6).	30
10.8	Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak (SML § 4-9).	30
10.9	Tvangstiltak overfor smittede personer (SML § 5)	30
10.10	Beredskapsgruppe for smittevern i Solør kommunene	31
10.11	Beredskapsgruppa – ledelse / fullmakter	31
10.12	Når beredskapsgruppa skal møtes uten opphold:	31
10.13	Beredskapsgruppa sine oppgaver:	31
10.14	Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon	32
10.15	Generelle retningslinjer ved alvorlig smittsom sykdom.	32
10.15.1	Nærmere om de enkelte punktene:	32
11.	INFORMASJONSSTRATEGI.	34
11.1	Informasjon til befolkningen	34
11.1.1	Taushetsplikt	34
11.1.2	Nødvendig informasjon til befolkningen	34
11.2	Rutiner for informasjon i forbindelse med alvorlige akutte infeksjoner	34
11.3	Rutiner for informasjon ved beredskap	34
12.	VEDLEGG	35
12.1	Lover-forskrifter-rundskriv-veiledere	35
12.2	Personelloversikt og samarbeidspartnere	36
12.3	Psykososial beredskapsgruppe leder for:	38
12.4	Liste over vannverk	39
12.5	Oversikt over skole/barnehager	40
12.6	Journal for førstegangs helseundersøkelse av innvandrere i Solør kommunene	43
12.7	Helsekontroll av adoptivbarn fra land utenfor Vest-Europa	45
12.8	Spørreskjema/helseattest om tuberkulosekontroll	47
12.9	Råd om smitteforebyggende tiltak	49
12.9.1	Råd om smitteforebyggende tiltak til personer som er hepatitt B smitteførende	49
12.9.2	Råd til personer med hepatitt C.	52
Smittevernplan for Solør		- 4

12.10	Håndtering av forsendelser som mistenkes å inneholde smittestoffer (biologiske agens)	53
12.10.1	Miltbrann	53
12.10.2	Råd til publikum	53
12.11	Gravide og toxoplasrose	55
12.12	Standardbrev	57
12.12.1	Eksempel 1. Plutselig uventet dødsfall - meningokokksykdom?	57
12.12.2	Eksempel 2. Oppfølging av Eks. 1	58
12.12.3	Eksempel 3. Øket forekomst av streptokokk-infeksjoner.	59
12.12.4	Eksempel 4. Dødsfall streptokokkinfeksjon	60
12.12.5	Eksempel 5. Streptokokkinfeksjon i skoleklasse	61
12.12.6	Eksempel 6. Streptokokker - svar halsprøver	62
12.12.7	Eksempel 7. Brennkopper (Impetigo) - Råd til barn i barnehager og skoler.	63
12.12.8	Eksempel 8. Kikhoste (Pertussis) Råd til barnehager og skoler	65
12.12.9	Eksempel 9. Hepatitt A i en første klasse	66
12.12.10	Eksempel 10. Tilfelle med meningokokksykdom i skole/barnehage	67
12.12.11	Eksempel 11. Pressemelding - Dødsfall pga meningokokksykdom	68
12.12.12	Eksempel 12. Meningokokksykdom i klasse - vaksinasjon/behandling	69
12.12.13	Eksempel 13. Pressemelding meningokokksykdom - dødsfall	70
12.12.14	Eksempel 14. Til foreldre - ikke-smittsom hjernehinnebetennelse.	71
12.12.15	Eksempel 15. Smittsom hjernehinnebetennelse - avkrefting	72
12.13	Skjema for hodelus – info til foreldre/foresatte	73
12.14	Oversikt og meldingsgang for meldingspliktige sykdommer	75
13.	GRUPPE A SYKDOMMER	75
14.	MSIS-MELDING. NOMINATIV MELDING OM SMITTSOM SYKDOM	75
15.	MSIS-MELDING TUBERKULOSE	75
16.	GRUPPE C SYKDOMMER	77
17.	MELDINGSKRITERIER	77

1. Sammendrag

De siste 10 årene har Solørkommunene hatt felles Smittevernplan. Denne utgaven er den tredje i rekken. Den bygger på tidligere Solørplaner, Hamar sin plan og Fredrikstad sin plan. Hensikten med planen er å kvalitetssikre smittevernarbeidet og å være til støtte for ulike yrkesgrupper i forbindelse med smittsomme sykdommer og miljørettet helsevern. Den nye versjonen av Smittevernplanen er kommet i stand ved samarbeid mellom:

Åsnes kommune; Ledende helsesøster Linda Strand
Grue kommune; Smittevernlege Terje Christiansen, Ledende helsesøster Frøydis Kjensmo
Våler kommune; Ledende helsesøster Marianne Eek Steimler

Denne utgaven av Smittevernplanen er en ny versjon og den gjelder fra 2015 – 2020. Smittevernplanen skal løpende revideres, minst 1 gang pr. år. Smittevernlegen har ansvar for å kalle inn til møte. En forutsetning er at detaljer i planen, som ikke har prinsipiell betydning eller skaper økonomiske forpliktelser, gjøres fortløpend, uten at planen må til ny formell godkjenning i respektive kommunestyre.

Smittevernplanen er omfattende med mange vedlegg. Vi tenker at kortversjonen i kapittel 2 gir en enkel oversikt over hva den enkelte ansatte bør sette seg inn i. Pandemiplan og Tuberkuloseplan er også deler av Smittevernplanen, men er skilt ut for å gjøre det mer oversiktlig.

Hva er de største endringene i denne versjonen?

Hele Smittevernplanen er i tråd med ny Lov om Folkehelsearbeid og ny Lov om Kommunale helsetjenester.

Kapittel 4 Vaksinasjon av visse yrkesgrupper, her anbefaler Folkehelseinstituttet mer vaksinerings av enkelte yrkesgrupper. Dette kan medføre økte utgifter for kommunen.

Kapittel 8 Om influensa. Helsepersonell får nå tilbud om gratis influensavaksine. De bør oppfordres til å ta denne, da det er en utfordring at det er forholdsvis lav vaksinasjonsdekning i befolkningen.

Våler og Åsnes har to forholdsvis store asylmottak og Grue har omsorgssenter for mindreårige asylsøkere. Dette gir en del utfordringer og ekstra arbeid for kommunene. Eksempler på dette er; oppfølging av allmennfarlige smittsomme sykdommer, vaksinerings av asylsøkere og ansatte ved mottakene og veggdyrproblematikk. Haslemoen er transittmottak og med veldig stor «turnover» av beboere.

Det er laget et helt nytt kapittel om Ebola med flere henvisningslenker.

Vedlegg 12.8 Smittevernplanen presiserer hvor viktig det er at nyansatte og folk som har vært ute på lengre reiser fyller ut skjema for helseattest. Skjemaet *skal* være arbeidsgiver i hende *før* oppstart av arbeidet. Dette gjelder i stillinger med direkte kontakt med pasienter, pleietrengende og barn, både ved nyansettelse, gjeninntreden, vikariat, hospitering og opplæring. Personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg mer enn tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, har plikt til å gjennomføre tuberkulosekontroll (rtg.thorax og IGRA) i. Plikten er hjemlet i tuberkuloseforskriftens § 3.1 og 3.2. Dette bør være virksomhetsleders ansvar å følge opp.

2. KORTVERSJON SMITTEVERNPLAN FOR SOLØR KOMMUNENE

Hovedoppgaver for kommunale aktører innen smittevernet:

Kommunale virksomheter / instanser	Normalsituasjon	Beredskapssituasjon
Kommunestyre	<ul style="list-style-type: none"> - Vedta smittevernplan. - Ansvarlig for forsvarlige rammebetingelser for smittevernet. - Utpeke kommunelege og stedfortreder for denne. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere ekstraordinært møte. - Vedta tiltak etter råd fra kommunelege. - Hastevedtak om møteforbud, stengning av virksomheter, begrensning i kommunikasjoner m.v. - Bevilge nødvendige ekstra- midler til gjennomføring av tiltak
Rådmann	<ul style="list-style-type: none"> - Legge praktiske forhold til rette for smittevernarbeidet, også den sektorovergripende del. - Fullmakt til mindre endringer i smittevernplanen. - Bistå kommunelegen i gjennomføring av kommunens vedtak innen smittevern. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarlig for gjennomføring av hastevedtak fattet av komm.styret eller kommunelegen. - Aktiv deltakelse i smittevernarbeidet, samt koordinering av ressurser. - Delta etter behov i beredskapsgruppa. - Etter behov omdisponere personell og ressurser.
Virksomhetsleder for helse / helsesjef	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå kommunens helsepersonell i det smitteforebyggende arbeidet. - Ansvar for at smittevernplanen er gjort kjent for aktuelt personell i kommunen, også i andre sektorer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i beredskapsgruppa. - Handle på vegne av adm. - Omdisponere kommunens helsepersonell etter behov og etter råd fra kommunelege.
Kommunelegen/smittevernansvar	<ul style="list-style-type: none"> - Utføre oppgavene angitt i smittevernloven og tuberkuloseforskrift. - Utarbeide forslag til smittevernplan, samt revisjon. - Epidemiologisk overvåkning. - Gi råd til kommunens ledelse, samt øvrige etater og publikum etter behov eller på forespørsel. - Administrativt ansvarlig for iverksetting av kommunens vedtak innen smittevern. - Nødvendig samarbeid med kommunens helsepersonell. - Planlegging av helsetjeneste ved mottak av flyktninger. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lede og kalle inn beredskapsgruppa. - Fatte hastevedtak på vegne av kommunestyret. - I visse situasjoner fatte tvangsvedtak overfor personer.
Stedfortredende kommunelege	<ul style="list-style-type: none"> - Overta kommunelegens funksjoner i dennes fravær. - Holde seg orientert om den epidemiologiske situasjonen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overta kommunelegens funksjoner i dennes fravær. • Arbeide sammen m/kommunelegen når arbeidsmengde tilsier det.

Fastlege	<ul style="list-style-type: none"> - Varslingsplikt kommunelege. - Meldeplikt MSIS. - Meldeplikt tuberkulose. - Ansvar for forsvarlig diagnostikk, behandling og smitteoppsporing i samarbeid med smittevernlegen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå kommunelegen og helsetjenesten for øvrig etter behov.
Sykepleier / jordmor	<ul style="list-style-type: none"> - Varslingsplikt til kommunelegen (meldepl. sykdommer). - Holde seg alminnelig faglig oppdatert. - Pleie/omsorg: dir. observert beh. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kunne bli omdisponert som ledd i handlingsplan. - Plikt til å gjennomgå opplæring for å delta i smittevernarbeidet (etter vedtak i komm.styret).
Ledende helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> - Faglig og administrativt ansvar for helsestasjonens arbeid innen smittevern. - Ansvarlig for gjennomføring av det praktiske arbeidet med tbc-kontroll. - Forpliktelser som for helsesøstrene ellers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta i beredskapsgruppa. - Praktisk gjennomføring av smitteoppsporing, spesielt tuberkulose. - Praktisk ansvar for bestilling og oppbevaring av vaksiner.
Helsesøster	<ul style="list-style-type: none"> - Vaksinasjon i henhold til det offentlige vaksinasjonsprogrammet. - I samarbeid med legetjenesten tilby de vanligste reisevaksiner. - Informasjon til skoleelever om seksuelt smittsomme sykdommer, HIV og andre aktuelle infeksjoner. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå kommunelege og ledende helsesøster i arbeidet med diagnostikk, behandling, vaksinasjon og informasjon både til grupper og enkeltpersoner.
Øvrig kommunalt helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> - Kjenne til at kommunen har en smittevernplan og dens hovedinnhold. 	<ul style="list-style-type: none"> - Delta etter evne og kompetanse som legenes medhjelpere ved behov for større innsats.
Virksomhetsleder skole/barnehage	<ul style="list-style-type: none"> - Kjenne til smittevernplanen og gjøre den kjent for skolene. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
Virksomhetsleder komm.teknisk	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for tekniske tjenester med betydning for smittevernet (drikkevann, avløp, skadedyrkontroll m.v.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> - På delegasjon fra kommunen føre tilsyn med næringsmidler, miljørettet helsevern m.v. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ved behov delta i beredskapsgruppa.
SLVA	<ul style="list-style-type: none"> - Gjensidig varslingsplikt ved utbrudd av allm.farlig smittsom sykdom. 	<ul style="list-style-type: none"> - Være en del av regionens beredskap ved større utbrudd.

Viktige Instanser utenfor kommunen:

Ullevål universitetssykehus HF

v/ adm. direktør er i driftsavtalen med Helse Sør-Øst RHF gitt et regionalt ansvar for å koordinere/disponere de helseressurser som er nødvendig for å håndtere kriser. I slike tilfeller vil Ullevål universitetssykehus v/direktørens krisegruppe være det strategiske nivået på regionalt nivå.

Tlf. 02770

2.1 BEREDSKAPSGRUPPE FOR SMITTEVERN (erstatte ikke kommunelegens ansvar etter smittevernloven):

Basis-sammensetning:	Viktigste oppgaver i norm.situasjon	Viktigste oppgaver i beredskapssituasjoner
<ul style="list-style-type: none"> - Kommunelege m/smittevernansvar (leder) - ledende helsesøster - virksomhetsleder for helse <p>Og / eller med stedfortredere / medhjelpere for disse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Møtes minst en gang årlig. - Vurdere behov for revisjon av planen. - Evaluere det generelle smittevernarbeidet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Samles uten opphold ved tilfelle av gr. A sykdom og visse gr. B sykdommer., eller i visse enkelttilfeller - Rådgivende organ for kommunen. - Bistå smittevernlegen. - Informasjonsansvar. - Evt plan for utbrudd av pandemisk influensa. - Samarbeid internt / eksternt. - Vurdere når smitteverntiltak kan avsluttes.

Følgende personer møter etter behov / situasjon i beredskapsgruppa:

- Rådmannen (møterett).
- Virksomhetsleder kommunalteknisk. Ved for eksempel drikkevannbåren smitte m.v.
- Rektorer/virksomhetsledere i barnehager. Ved for eksempel utbrudd i skole / barnehage.
- Representant fra Mattilsynet. Ved for eksempel vann- eller næringsmiddelbåren smitte.
- Andre interne / eksterne kompetansepersoner.

3. Lovhjemler

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 01.01.2012 § 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.01.2012 Kapittel 3. Miljørettet helsevern.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 24. juni 1994 trådte i kraft fra 01.01.95. Lovens § 7-1 pålegger kommunene å beskrive arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer i et eget område i planen for kommunens helsetjeneste. Beskrivelsen (kommunal smittevernplan) skal omfatte de tiltak og tjenester kommunen har for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført, både i det daglige rutinearbeidet og i beredskapssituasjoner.

Smittevernlovens § 7-2 pålegger kommunelegen å utarbeide forslag til kommunal smittevernplan og å lede og organisere dette arbeidet.

3.1 **Kommunens oppgaver**

§ 7-1 (Smittevernloven; kommunens oppgaver)

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

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder

1. Skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen.
2. Drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges.
3. Sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk.
4. Sørge for at andre tiltak etter denne loven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunenes helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

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

Ved iverksetting av tiltak etter [§ 3-1 og 3-8](#) kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

3.2 Kommunelegens oppgaver

§ 7-2 (Smittevernloven; kommunelegens oppgaver)

”Kommunelegen skal utføre de oppgaver innenfor smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder”.

Kommunelegen skal

- A. Utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer herunder beredskapsplan og tiltak og organisere og lede dette arbeidet.
- B. Ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen.
- C. Utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen.
- D. Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer.
- E. Gi informasjon, opplysning og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer.
- F. Utføre alle andre oppgaver som vil følge av lov eller bestemmelser i medhold av loven og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

4. Ressurser i smittevernarbeidet

4.1 Personelloversikt og samarbeidspartnere

(Se vedlegg 11.2)

4.1.1 Psykososiale beredskapsgrupper

(Se vedlegg 11.3)

4.1.2 Oversikt over skoler/barnehager/vannverk

(Se vedlegg 11.5 og vedlegg 11.4)

4.1.3 Leger

Solør har 16 allmenleger og 3 turnusleger. Det er felles smittevernlege med stedfortreder i hver kommune. Disse er tilsatt i deltidstillinger.

Allmennlegene har størst kontaktflate mot befolkningen av alle tjenester i helse og sosialetaten. Smittevern inngår som en naturlig del av allmennlegetjenesten. Legene melder smittsomme sykdommer slik som forskriftene fastsetter. Legenes meldinger er den viktigste kilden til oversikt over smittsomme sykdommer.

Utenom arbeidstid er legevakten første linje i smittevernet og må ta seg av alle akutt oppståtte tilfelle av smittsom sykdom.

I hastesaker kan smittevernlegen utøve den myndighet kommunestyret har etter [§ 4-1](#). For øvrig kan smittevernlegen i samarbeid med den fylkeskommunale smittevernlegen fatte visse vedtak som innebærer forbud mot arbeid eller tvungen legeundersøkelse dersom ikke frivillige ordninger har ført fram.

4.1.4 Helsesøstre

Solør har 11 helsesøstre i ulike stillingsbrøker.

Helsesøstrene har sitt arbeid rettet mot å fremme helse og forebygge sykdom og da spesielt hos barn og ungdom. En av de aller viktigste satsingsområder er å forebygge infeksjonssykdommer ved å opprettholde vaksinasjonsdekning på min. 95 % for barn og unge, å gi smitteverntilbud til alle som trenger det.

Helsesøstrene er en av de aller viktigste ressursene i smittevernet.

4.1.5 Folkehelseinstituttets rådgivningstjeneste

Folkehelseinstituttet gir råd og veiledning i smittevernarbeidet, og er et nasjonalt kompetansesenter for bla. smittevern.

Avdeling for forebyggende medisin gir råd generelt om smitteforebygging og bekjempelse. Avdeling for vaksiner gir råd om vaksinasjoner.

Folkehelseinstituttet brukes regelmessig av kommunens helsepersonell. De utgir også MSIS omtalt annet sted.

4.1.6 Helsetilsynet i Hedmark

Helsetilsynet ved Fylkesmannen har en viktig rolle som koordinerende organ for statlige helsemyndigheter. Dette er spesielt aktuelt i beredskaps-situasjoner slik som ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (eks. Ebola) og ved naturkatastrofer hvor smittevernberedskapen settes på prøve (eks. storflommen på Østlandet i 1995).

Helsetilsynet er også tilsynsmyndighet for bl.a. det kommunale smittevernarbeidet.

4.2 Materiell og lokaler

4.2.1 Smittevernkontor/Reisevaksinasjonskontor

Solør har ikke felles smittevernkontor, men har felles smittevernlege.

Ved **allmennfarlig smittsom sykdom** foretar **helsesøstrene i samarbeid med smittevernlegen** miljøundersøkelser, og evt. vaksinerer utsatte personer/grupper.

Det finnes lokale varianter i kommunene når det gjelder influensa- og pneumokokkvaksinering. (Henvises **pkt.6.1**)

Åsnes er vertskommune for Solør i forhold til å tilby befolkningen råd, veiledning og vaksinasjon i forbindelse med utenlandsopphold. Dette skjer i regi av helsestasjonen.

Malariaproylaksse skrives ut av pasientens fastlege.

Smittevernlegen er medisinsk faglig rådgiver for reisevaksinasjonstilbudet.

4.2.2 Helsestasjonene og skolehelsetjenestens lokaler

Helsestasjon for barn har tilfredsstillende lokaliteter i Solør, det samme gjelder reisevaksinasjonskontoret i Åsnes. Skolehelsetjenestens lokaler er av varierende standard.

Ved massevaksinasjon av store grupper i befolkningen må andre lokaler anvendes. Se pkt. 2.1.2 i Pandemiplanen – Gjennomføring av vaksinasjon.

5. Vaksinasjon

Helsesøstrene følger "*Smittevern 22 - Vaksinasjonsboka - Veiledning om vaksinasjon 2014*" utgitt av Folkehelseinstituttet. Helseavdelingens mål om vaksinasjonsdekning på 95% ved 2-årsalder for polio, kikhoste, stivkrampe, difteri, pneumokokksykdom, haemophilus influenza, meslinger, kusma og røde hunder er oppnådd. Vaksine mot rotavirus ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i september 2014. Det er god vaksinasjonsdekning i barne- og ungdomsbefolkningen i Solør, også når det gjelder HPV, og dette arbeidet er høyt prioritert i helsesøstertjenesten.

Etter anbefalinger fra Folkehelseinstituttet oppfordres personer som arbeider med spedbarn eller har spedbarn i huset å revaksinere seg mot kikhoste (Boostrixpolio). Det anbefales at arbeidsgiver dekker kostnadene til de som arbeider med sped- og småbarn.

5.1 Vaksinasjon av visse yrkesgrupper.

Det er Arbeidstilsynet som gir overordnede anbefalinger om vaksinasjon i forbindelse med yrkesutøvelse. Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstakerne tilbys sikker og effektiv vaksinasjon mot biologiske faktorer de kan bli eksponert for. Arbeidsgiver skal dekke utgiftene ved vaksinasjon. Smitterisiko for forskjellige yrkesgrupper er avhengig av faktorer som arbeidsoppgaver, forekomst av aktuelle smittestoffer i miljøet, kvaliteten på smitteforebyggende rutiner i bedriften og hvordan rutinene etterleves av den enkelte arbeidstakeren.

Det er arbeidsgiverens ansvar å vurdere risikoen for smitte. Tilbud om vaksinasjon bør gis skriftlig, og det bør dokumenteres når slike tilbud er gitt. Berørte arbeidstakere skal gis informasjon om fordeler og ulemper ved å la seg vaksinere. Det er frivillig for arbeidstakerne å ta imot tilbudet om vaksinasjon. Generelt anbefales alle å være vaksinert mot stivkrampe, difteri, kikhoste og polio. Se kap. 1.10.2 i [Vaksinasjonsboka og brev til ansatte](#).

I Solørkommunene har vi tre ulike asylmottak, det er økt reiseaktivitet i befolkningen og det er generelt økt smittepress utenfra. Vi ønsker at flest mulig i befolkningen har tilfredsstillende vaksinestatus. Vi anbefaler derfor at arbeidsgiver for helsepersonell, politi, brannvesen, redningspersonell, pleie- og omsorgsarbeidere, personale som arbeider med små barn samt de som jobber i renovasjon og kloakk er vaksinert etter gjeldende anbefalinger fra Folkehelseinstituttet.

6. Miljørettet helsevern

Solør har 70 % stilling som miljørettet helsevernkonsulent. Hun har som brukes som konsulent og har som arbeidsoppgaver tilsyn med underliggende punkter:

6.1 Drikkevann

6.1.1 Kommunalt drikkevann

I Solør er det flere ulike drikkevannskilder som er offentlig godkjent. Se oversikt over vannverk, (*vedlegg 10.4*). Teknisk sektor i de ulike kommunene har ansvar som vannverkseier. De har det daglige driftsansvaret og skal drive internkontroll etter Drikkevannsforskriften, herunder tilsyn med bakterie og desinfeksjonskontroll. De har også informasjonsplikt både til helsemyndighetene og publikum ved svikt og mulig fare for sykdom.

6.1.2 Sikring av private drikkevannskilder

Private drikkevannsføremål som er tilknyttet minst 20 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. Alle kloakkutslipp i spredt bebyggelse skal være godkjent av helsemyndighetene, nettopp for å hindre at vannkilder forurenses.

6.1.3 Prosedyre for forurenset drikkevann

Dersom drikkevannet fra offentlige vannverk er forurenset er prosedyren følgende: Laboratoriet varsler vannverkseier, kommunelege og Mattilsynet. Vannverkseier beordrer nye prøver både av råvann, rentvann og nettvann. Dersom resultatet av prøve 2 er av en slik karakter at helsefare kan oppstå, må abonnentene varsles så raskt som mulig (lokal TV - radio, aviser etc. slik at hver enkelt får nødvendig informasjon om hva de skal foreta seg). Vurderingen tas av Mattilsynet, kommunelege og vannverkseier i fellesskap.

6.1.4 Nødvann

Våler: Har rutiner for utlevering av nødvann og de operer med sms-meldinger til alle abonnenter ved feil på vannforsyning. De har tilleggsliste for ledere i berørte faginstanser.

6.2 Næringsmidler

Næringsmidler som smittevei:
Næringsmidler kan være kilde til smittespredning. Dette er Mattilsynets oppgave og omtales ikke i denne planen.

6.3 Avfallshåndtering

Solør kommunene har tvungen renovasjon med kildesortering for samtlige husstander. Krever man fritak for omkostninger vedrørende levering av bioavfall må en sørge for å ha et opplegg som er i henhold til forskrifter vedrørende **hjemmekompostering** av matavfall. For å hindre smitte eller ubehagelig lukt, må de hygieniske restriksjonene i forskriften følges.

Kloakk

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

Slam

Det ikke lenger er lov til å ha slamlaguner/slamdeponi.

6.4 Særskilt om smittefarlig avfall

Avfall fra legekantor, sykehjem og institusjoner regnes vanligvis ikke som særlig smittomt, bortsett fra sprøyter, kanyler og utstyr som er tilsølt med blod eller puss. Brukte kanyler/sprøyter og annet stikkende og skjærende avfall blir lagt i spesielle beholdere og hentes av renovatør for destruksjon i Grue. For Åsnes og Våler er det Sykehuset Innlandet Elverum som tar imot dette avfallet, og sender det for destruksjon til Fredrikstad. Alle helseinstitusjoner i kommunehelsetjenesten er pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram. Se forøvrig forskrift ”[FOR 2005-10-11 nr 1196: Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.](#)”

6.5 Skadedyrskontroll

Rottebestanden holdes nede ved å utplassere gift i kloakknettet og ved å påse at det ikke er tilgang på mat eller yngleplasser i kommunen for øvrig.

Ved spørsmål om andre skadedyr/insekter i hus og hytte kan en kontakte PELIAS Norsk Skadedyrkontroll DA (godkjent ihht liste FHI over godkjente skadedyrsbekjemper), som kan gi råd / veilede eller formidle hjelp.

6.6 Frisører, hudpleie, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet

Endring i forskrift fra Helse- og omsorgsdepartementet, trådte i kraft 12. februar 2004. For å hindre smitteoverføring skal lokaler som benyttes til tatoverings- og hulltakingsvirksomhet godkjennes av Kommunestyret. Frisør- og hudpleievirksomhet har en meldeplikt. Alle skal ha et eget internkontrollsystem.

6.7 Hodelusbekjempelse

Viser til Smittevernboka – smittevern 18. Folkehelseinstituttet.
Infoskriv til foreldre/foresatte, *se vedlegg 12.13.*

7. Alvorlige smittsomme sykdommer

7.1 *Allmennfarlige smittsomme sykdommer*

Helsedepartementet har i MSIS- og Tuberkuloseforskriften av 01.03.2009 definert melderutinene.

Smittsomme sykdommer i gruppe A er sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle av hensyn til smittevernet og internasjonale forpliktelser. Det er sykdommer som forebygges gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet, næringsmiddelbårne sykdommer, sykdommer som kan overføres fra dyr (zoonoser), virushepatitter, importsykdommer, alvorlige systemiske sykdommer, sykdommer forårsaket av visse resistente bakterier og alvorlige miljøsykdommer.

Smittsomme sykdommer i gruppe B er de seksuelt overførbare sykdommene gonoré, hiv-infeksjon og syfilis.

Smittsomme sykdommer i gruppe C er sykdommer der det er nødvendig med oversikt over situasjonen, men der det ikke er nødvendig med registrering av detaljerte opplysninger om enkelttilfeller.

Departementet gir nærmere bestemmelser om hvilke smittsomme sykdommer som tilhører gruppe A, B eller C. Se [Smittevernoka](#)

7.2 *Melderutiner*

Enhver lege som oppdager eller får mistanke om smittsom sykdom i gruppe A eller B, skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde opplysninger, som nevnt i ” **2003-06-20 nr. 740 MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften**” [§ 1-7 jf. § 2-2](#), med endringer ” [FOR-2009-02-13-168](#)”, til Nasjonalt folkehelseinstitutt og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal det også gis melding til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. For tuberkulose skal meldingen i tillegg sendes tuberkulosekoordinator. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Kopi av meldingen skal oppbevares i pasientens journal.

Varsling om smittsom sykdom kommer i tillegg til den skriftlige meldingen, jf. kapittel 2. Det skal varsles om smittsomme sykdommer i gruppe A og B jf. § 1-2, der varsling er nødvendig for at smitteverntiltak umiddelbart kan iverksettes for å forebygge flere tilfeller. Varselet kan inneholde de opplysninger som går fram av § 1-7.

Departementet gir nærmere bestemmelser om hvilke smittsomme sykdommer i gruppe A og B som det skal varsles om.

Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom jf. § 3-1 annet ledd, skal varsle kommunelegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommunelegen, skal de varsle Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkreftes, varsle Sosial- og helsedirektoratet om de samme sykdomstilfeller.

Leger som mistenker eller påviser et utbrudd utenfor helseinstitusjon av smittsomme sykdommer som skal meldes til registrene, utbrudd av andre særlig alvorlige sykdommer, utbrudd som mistenkes å ha sammenheng med næringsmidler eller særlig omfattende utbrudd, skal varsle kommunelegen.

Smittevernlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkrefte, varsle fylkesmannen og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal varsle Sosial- og helsedirektoratet om de samme utbrudd, dersom de er alvorlige.

Det vises til [forskriften](#) (FOR 2003-06-20 nr 740) i sin helhet, med endringer fra 1. mars 2009 – ” [FOR-2009-02-13-168](#)”.

Leger som mistenker eller påviser utbrudd innenfor helseinstitusjon – vises til infeksjonskontrollprogrammet. <http://demo.datakvalitet.no/SIHF/IPK/>

Mattilsynet/distriktsveterinæren skal varsles ved mistanke om næringsmiddelbåren sykdom som kan skyldes smitte fra dyr.

Ved mistanke om felleskildeutbrudd (flere tilfeller av næringsmiddelbåren sykdom) skal kommunelegen i tillegg varsle MSIS, folkehelsa.

7.3 Myndighet

Etter Smittevernlovens § 7-2 andre ledd bokstav a er kommunelegen (smittevernlegen) pålagt å lede helsetjenestens arbeid med vernet mot smittsomme sykdommer. Det er også kommunelegen som får det administrative ansvar for iverksetting av kommunens tiltak på dette området.

7.4 Hindre spredning (vaksinasjon, isolasjon)

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som det finnes vaksine mot, vil smittevernlegen i samarbeid med andre leger og helsesøstre tilby vaksinasjon mot sykdommen og igangsette dette så snart det lar seg gjøre. Når det er nødvendig for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Statens helsetilsyn påby vaksiner. For å motvirke utbrudd kan departementet ved forskrift fastsette plikt til å la seg vaksinere.

Under de samme betingelser kan Statens helsetilsyn, resp. departementet, bestemme at personer som ikke er vaksinert må oppholde seg innenfor bestemte områder, ha møteforbud eller ta andre nødvendige forholdsregler etter kommunelegene bestemmelse. Kommunestyret kan forby møter og sammenkomster, stenge virksomheter barnehager, skoler osv. I **hastesaker** kan smittevernlege utøve denne myndigheten som kommunestyret har.

7.4.1 Masseundersøkelser

For enkelte sykdommer kan det være behov for å ta mer omfattende undersøkelse av visse befolkningsgrupper. Det kan være større deler av befolkningen eller bare en liten gruppe som blir nærmere presisert. Ved utbrudd av tuberkuløs sykdom kan det bli nødvendig å foreta tuberkulinundersøkelse og røntgenfotografering av lungene. Til dette kan vi få assistanse av Statens Helseundersøkelser (skjermbildefotografering). Ved annen sykdom som skyldes smittestoff overført fra luftveiene eller ved avføring, kan det bli aktuelt å ta bakteriologisk undersøkelse av visse befolkningsgrupper.

7.4.2 Massebehandling

I visse tilfeller må vi være forberedt på smittepåvirkning som kan føre med seg at en stor del av befolkningen kan bli syk samtidig. Det kan skyldes smitte gjennom vann eller næringsmidler. Dersom dette medfører behov for innleggelse og behandling i institusjon (sykehus), må vi i samarbeid med fylkeshelsetjenesten og Statens helsetilsyn kunne rekvirere en eller flere avdelinger i Sykehuset Innlandet eller opprette midlertidige sykestuer. Det kan f.eks. bli aktuelt å rekvirere skoler eller andre kommunale institusjoner. Vi må også sørge for tilstrekkelig tilgang av medisinsk og pleiekyndig personale.

7.4.3 Eventuell sanering av omgivelsene

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta å gi pålegg om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Statens helsetilsyn kan vedta det samme for større områder.

8. Nærmere om spesielle sykdommer og risikogrupper

Dette kapitlet er beregnet på helsepersonell, her beskrives enkelte sykdommer relativt inngående.

Detaljer på spesielle sykdommer finnes i ”[Smittevern](#)boka”, utgitt av Folkehelseinstituttet, smittevern 18. Se denne!

Noen allmennfarlige smittsomme sykdommer er så sjeldne i Norge, at de nærmest har akademisk interesse. Slike sykdommer omfattes av den generelle beredskapen, men eventuelle tiltak planlegges og iverksettes først dersom sykdommen virkelig skulle komme til landet. Nytt nå er Ebola, som omtales i pkt 7.9.1

Andre sykdommer er mer vanlig forekommende eller risikoen for at de skal opptre er så stor, at det kreves planlegging av beredskapen på forhånd. Vi vil her ta for oss noen av disse sykdommene.

8.1 *Influenza*

8.1.1 **Epidemiologi.**

Influenza 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. Influenzaepidemier 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 **Solør** har de respektive kommunene litt ulik organisering med hensyn til influensa vaksinerings.

1. Grue kommune. Alle de som har rett til subsidiert vaksine (risikogruppen) får tilbud om å komme på helsestasjonen til fastsatte dager. Helsesøster bistår institusjonene med vaksinasjon. Fastlegene vaksinerer de som ikke selv tar seg fram til helsestasjonen.

2. Våler og Åsnes kommune. Institusjonene, hjemmetjenestene og fastlegene bestiller antall vaksiner inn til smittevernlegen. Hjemmetjenesten og institusjonene vaksinerer sine pasienter. Fastlegekontorene vaksinerer sin pasientpopulasjon som er i risikogruppene.

Befolkningen ellers kan få vanlig resept på vaksine av sine leger, med utlevering gjennom apotek.

8.1.2 Prosedyrer.

Ansvarsforhold:

Influsavaksine bestilles i mars, kommunen mottar bestillingsskjema fra Folkehelseinstituttet. Mengde vaksine som bestilles bestemmes ut fra tilbakemelding fra fastlegene, PO- institusjoner og hjemmebasert omsorg.

Smittevernlege /stedfortreder koordinerer bestillingen.

Folkehelseinstituttet angir indikasjoner for influensavaksinering hvert år, samt anbefalt tidspunkt for vaksinering. dette kunngjøres i MSIS.

Smittevernlegen / stedfortreder har ansvar for distribusjon av vaksine, annonsering av vaksinasjonstilbud, og innkjøp av utstyr.

De enkelte risikogrupper, og ansvarsforhold:

Spe - og småbarn	Helsestasjonen i samarbeid med fastlege.
Skolebarn	Skolehelsetjenesten i samarbeid med fastlege.
Etter ungdomsskolealder og opptil 65 år	Fastlege. I Grue vaksinerer helsesøstertjenesten denne gruppen.
"Friske" personer > 65 år	Fastlege. I Grue vaksinerer helsesøstertjenesten denne gruppen
Institusjonsbeboer innen PO og mottakere av hjemmebaserte tjenester	Sykepleiertjenesten i institusjonen i samarbeid med fastlegen / eller institusjonslegen.

Det tenkes spesielt her på premature barn, barn med Downs syndrom, personer med hjerte- og lungesykdom, personer som mangler milt eller er immunsvekket.

Økonomi:

Vaksiner kjøpes til oppgitt pris fra Folkehelse, og selges videre for samme pris.

Legene har anledning til å ta egen takst for vaksineringen.

Folkehelseinstituttet anbefaler å vaksinere helsepersonell, som pr. september 2013 er i risikogruppe 1 mot influensa. De anbefaler at arbeidsgiver dekker kostnadene til vaksinen.

8.1.3 Tiltak mot pandemisk influensa

Influsapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa som opptrer med varierende mellomrom, og som kan få omfattende skadevirkninger helsemessig og økonomisk. I vår del av verden regnes pandemier av smittsomme sykdommer som en av de mest sannsynlige årsaker til akutte krisetilstander. Hvis Norge i dag skulle bli rammet av en influsapandemi kan den i verste fall bli like alvorlig som spanskesyken og føre til to millioner influensasjyke i løpet av et halvt års tid og i underkant av 30 000 dødsfall. I beste fall vil en ny pandemi ikke bli mer alvorlig enn en vanlig influensasjykesong som under russerinflusjaen i 1977.

Ved influsapandemi skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen er sikret nødvendige forebyggende tiltak – herunder vaksinasjon, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie, jf. smittevernloven § 7–1. Kommunen eller den smittevernansvarlige kommunelegen skal videre ha oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen, gi råd og informasjon til befolkningen og gjennomføre forebyggingstiltak, som vaksinasjon, jf. smittevernloven §§ 7–1 og 7–2.

I Solør kommunene følges ansvarsforholdene angitt ved vanlig influensaepidemi inntil det er klart at det er snakk om en pandemi i fase 2 (Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa). I fase 2 har Folkehelseinstituttet stadfestet utbrudd med ny subtype av virus i Norge og definert sykdommen som allmennfarlig smittsom sykdom.

8.2 Pandemiplan

Se [pandemiplanen](#) for Solør.

8.3 Tuberkulose

Viser til [tuberkulosekontrollprogrammet](#).

8.4 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. Det skal på aktuelle avdelinger finnes «Stikkskadekonvolutt» på kjent sted.

- 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, 70 % sprit eller Klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Ved sprut av blod eller blodholdig kroppsvæske i øyne eller munn, skylles godt med vann i 10 minutter.
- Blodprøver av den eksponerte og mulig smittekilde skal gjøres etter følgende skjema:

Aktuelle prøver	0-Prøve Bestilles av ansvarlig lege	6 uker Bestilles av ansvarlig lege / fastlege	3 mnd Bestilles av ansvarlig lege / fastlege	6 mnd Bestilles av ansvarlig lege / fastlege
<i>Prøver av ansatte, inkl. når ukjent kilde:</i>	HBsAg Anti-HBs Anti-HBc Anti-HCV Anti-hiv ALAT			HBsAg Anti-HBs Anti-HBc Anti-HCV Anti-hiv ALAT
<i>Tilleggsprøver når kilden er HBsAg positiv</i>		HBsAg ALAT	HBsAg ALAT	
<i>Tilleggsprøver når kilden er anti-HCV positiv</i>		Anti-HCV* og HCV-PCR		
<i>Tilleggsprøver når kilden er HIV positiv</i>		Anti- hiv	Anti-hiv	
<i>Prøver av kildeperson:</i>	HBsAg Anti-HBs Anti-HBc Anti-HCV Anti-hiv ALAT			

*Analysene kan gjøres allerede 3 uker etter eksponering

- Lege kontaktes snarest for vurdering av indikasjon for immunprofylakse.
- Evt. 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 Helse- og omsorgsdepartementet med virkning fra 01.07.2011.
- Fastlegen har ansvar for oppfølging og skal varsles påfølgende arbeidsdag.
- 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.

8.5 Seksuelt overførte sykdommer (SOI)

Det vises til mer utførlig omtale i:

Smittevern boka – Folkehelseinstituttet,

Gonorè, Syfilis, Chlamydia, bløt sjanker.

De tradisjonelle kjønns sykdommene gonorè, syfilis og bløt sjanker, er nå ganske sjeldne, noe vi tilskriver den nøyaktige oppfølging og behandling av smitekilder. 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. Unge kvinner og menn oppfordres til å la seg teste ved partnerskifte eller bekymring for å være smitteutsatt. Sykdommen er lett å behandle, men det er viktig at partnere og mulige smittede oppspores og behandles.

Chlamydia kan enkelt testes med en urinprøve, dette gjelder begge kjønn. Det er utarbeidet egen [prosedyre](#) for prøvetaking. Åsnes har lavterskeltilbud ” Helsestasjon for ungdom”, som er åpen en ettermiddag i uka. I Våler og Grue får en testet seg på helsestasjonen eller hos fastlegene.

8.6 HIV/AIDS

Det vises til mer utførlig omtale i:

[Smittevern boka](#) – smittevern 18 Folkehelseinstituttet.

Epidemiologi

HIV/AIDS sykdommen er en smittsom sykdom forårsaket av et virus som overføres via seksuell kontakt, blodsmitte eller fra mor til foster. Sykdommen er definert som en meldepliktig kjønns sykdom og skal behandles etter de regler som gjelder for disse. Den nevnes likevel her spesielt da den er en svært alvorlig og smittsom sykdom som det i dag ikke finnes noen helbredende behandling for. Behandlingen er antivirale midler i ca. halvt år ved påvist primærinfeksjon (akutt HIV – sykdom). Dette vurderes av spesialist i infeksjonsmedisin. Asymptomatiske HIV smittede bør ha regelmessig rådgivning i tillegg til medisinsk kontroll.

Hiv smittede og deres partner kan få gratis kondomer som bestille fra Statens Helsetilsyn.

I Norge har utbredelse av sykdommen blitt mindre enn hva som var fryktet, men det er viktig å forsøke og begrense dette ytterligere med forebyggende tiltak. Det viktigste er at den vanligste form for smitte er heteroseksuell kontakt mens det tidligere var spesielle risikogrupper som sto for spredningen av sykdommen. Det er derfor blitt enda viktigere at informasjon omkring dette når fram til alle.

Lokale tiltak:

Det er opprettet ungdomshelsestasjon i Åsnes kommune. Dette anses som et viktig "lavterskeltilbud" til unge hvor det blant annet vil bli lagt vekt på prevensjon og opplysning omkring forebygging av kjønnsykdommer, herunder HIV- infeksjonen. Fortsatt må vi likevel regne med at mye av det forebyggende arbeid vil måtte skje på det enkelte legekantor hvor fastlegen har et stort ansvar. Reisevaksinasjonskontoret gir også informasjon om forebyggende tiltak.

Sprøyteautomat vurderes, men erfaringer fra andre kommuner er ikke bare positiv. Det bør fortsatt arbeides for avklaring om dette vil være et ønskelig og nyttig forebyggende tiltak. Alle leger tilbyr testing, men tilfeldig Hiv-testing uten at et evt. positivt resultatet kan følges opp av legen skal ikke forekomme.

8.7 MRSA (methicillin-resistente staph. aureus)

Se [Smittevernbooka](#) – Folkehelseinstituttet.

Viser for øvrig til [MRSA - veilederen](#), (gjeldende fra 1. oktober 2008).

1. Nyansettelser i pleie- og omsorgstjenesten, barnehager og skoler; (bruk skjema 11.8)
2. Flyktninger/asylsøkere skal;
3. Ved innleggelse og før pasientrettet arbeid i sykehus/sykehjem skal;

For disse 3 gruppene gjelder:

Det skal tas MRSA-prøve av alle som:

- tidligere har fått påvist MRSA, men ikke senere hatt tre negative kontrollprøver, **eller som i løpet av siste 12 måneder har:**

- fått påvist MRSA (selv om senere kontrollprøver har vært negative), eller
- bodd i samme husstand som MRSA-positive, eller

- hatt nær kontakt med MRSA-positive uten å bruke beskyttelsesutstyr¹,

eller som i løpet av siste 12 måneder har vært i land utenfor Norden og der har:

- vært innlagt i helseinstitusjon, eller

- fått omfattende undersøkelse eller behandling i en helsetjeneste², eller

- arbeidet som helsearbeider³, eller

- oppholdt seg i barnehjem eller flyktningleir⁴.

I tillegg tas MRSA-prøve av alle som har kliniske symptomer på hud-/sårinfeksjon, kroniske hudlidelser eller innlagt medisinsk utstyr gjennom hud eller slimhinner, og som i løpet av siste 12 måneder har:

- oppholdt seg sammenhengende i mer enn 6 uker i land utenfor Norden
- er flyktning/asylsøker fra land utenfor Norden

Forklaring til kriteriene

¹ Med *nær kontakt* menes kontakt som gir begrunnet mistanke om smitte, eksempelvis:

- hatt hudkontakt med kjent MRSA-positiv og en eller begge hadde sår
- flere ganger hatt hudkontakt med kjent MRSA-positiv (selv om begge har hel hud)
- arbeidet med en kjent MRSA-positiv pasient som ikke isoleres (for eksempel i sykehjem eller i hjemmesykepleien)
- arbeidet i eller vært pasient i en helsetjeneste der det pågikk et MRSA-utbrudd

² Med omfattende undersøkelse eller behandling menes:

- at undersøkelsen/behandlingen har vært langvarig (flere timer)
- at fremmedlegemer har blitt ført gjennom hud eller slimhinner, eller lagt inn gjennom kroppsåpninger, eksempelvis kirurgiske inngrep (også i tannhelsetjenesten), dialyse, innleggelse av venekateter, urinkateter, dren, tube og lignende
- sårbehandling, eksempelvis suturering eller stell av større sår

³ Med *arbeidet som helsearbeider* menes alt pasientrettet arbeid i og utenfor helseinstitusjoner, for eksempel som primærlege, i hjemmetjenesten, i sykehjem eller sykehus, i bistands- eller nødhjelpsarbeid.

⁴ Flere miljøer enn de nevnte kan ha økt forekomst av MRSA. MRSA-prøve tas dersom det fremkommer opplysninger om at pasienten har oppholdt seg i et miljø der det er økt risiko for å bli smittet med MRSA. Ny kunnskap kan føre til endringer i hvilke miljøer som nevnes spesifikt i dette kulepunktet.

8.7.1 Bioterrorisme

Folkehelseinstituttet overvåker smittsomme sykdommer for å kunne oppdage tilfeller av overlagt spredning av smittestoffer. Folkehelseinstituttet gir også råd om håndtering av slike hendelser. I kommunen er kommuneoverlegen kontaktperson hvis noen får mistanke om bioterrorisme. Kommuneoverlegen innhenter råd fra Folkehelseinstituttet, drøfter saken med de andre kommunelegene og gir retningslinjer for hvordan hendelsen skal håndteres. Hvis det er nødvendig å gå ut med informasjon, enten til store grupper kommuneansatte eller til befolkningen, kontakter kommuneoverlegen informasjonssjefen med tanke på samarbeid. Ved tilfeller som vurderes som alvorlige kontakter kommuneoverlegen rådmannen, slik at kommunens kriseledelse kan samles.

8.8 Asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere

Det vises til Veileder fra Statens helsetilsyn om helsetjenestetilbud og forebyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved førstegangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere, IS-1022 [Veileder](#). Journalskjema for undersøkelsen er tatt med her som vedlegg. (se vedlegg 11.6)

I Solør har vi følgende mottak;

Åsnes kommune – Hovelsåsen mottak med ca. 155 beboere.

Våler kommune – Haslemoen transittmottak med 250 – 700 beboere.

Grue kommune – Omsorgssenter BUFETAT inntil 20 barn i alderen 0 – 15 år.

8.9 Spesielle sykdommer som opptrer sjelden - og nye sykdommer.

En del av de alvorlige smittsomme sykdommer er så sjeldne at det ikke er grunn til å omtale dem spesielt i denne planen. Hvis slike situasjoner oppstår må vi søke ekspertise nasjonalt og internasjonalt.

Et konkret hjelpemiddel i akutt oppståtte situasjoner med uvant smittestoff, er håndboken «*Control of Communicable Diseases in Man*» utgitt av American Public Health Association.

Norge deltar i en internasjonal overvåking av utviklingen av smittsomme sykdommer. Vi kan derfor gå ut fra at endret sykdomspanorama ikke kommer over natten men utvikles seg som følge av en eller flere av følgende faktorer:

1. Import av nye/endrede sykdomsagens,
2. Eksisterende smittsomme agens forandrer seg og skaper alvorligere eller hyppigere sykdom,
3. Destabilisering av samfunnet med redusert hygienisk og helsemessig standard som følge.

Internasjonalt står en over for alvorlige utfordringer fra nye sykdomsagens som Ebola o.l. Feil bruk av antibiotika fører til at stadig flere grupper smittestoff kan bli resistente. Natur- og menneskeskapte katastrofer (som krig) fører til at sjansen for utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer øker.

Vi skal ikke lenger tilbake enn til sommeren 1995 med storflommen på Østlandet for å se at naturkatastrofer kan inntre, påvirke drikkevann og øke muligheten for vannbåren smitte.

8.9.1 Ebola

Viral hemoragisk feber (VHF) er en samlebetegnelse på alvorlige virussykdommer som kan gi blødninger. Noen av disse smitter mellom mennesker (f.eks ebolavirus sykdom (EVD), Marburg,- , Krim_Kongo og lassafeber), andre gjør det ikke (for eksempel gul feber og denguefeber)

Ebolaviruset finnes i kroppsvæsker hos pasienter som har utviklet sykdom. Hvor lenge viruset kan overleve i miljøet og potensielt smitte nye personer er ikke endelig fastslått. Viruset er sårbar for faktorer utenfor kroppen som lys, varme, uttørking og ulike kjemiske stoffer. Det fins ingen rapporter om smitte via kontaminerte overflater, verken fra pågående eller tidligere utbrudd av ebola. Forsøk under optimale laboratorieforhold har vist at viruset kan overleve i uker i væske og i flere dager på tørre overflater.

Ebolavirus sykdom smitter ikke i inkubasjonstiden, det vil si i tiden fra man er smittet til sykdommen gir symptomer. Smittefaren øker utover i sykdomsforløpet og er størst når det oppstår symptomer som oppkast, diare og blødninger på grunn av økt mulighet for å komme i kontakt med blod og andre kroppsvæsker fra den syke.

Symptomer på ebolavirus sykdom er sterk hodepine, høy feber, slapphet, muskelsmerter, oppkast, diare og utslett. Etter 5-7 dager kan det oppstå indre og ytre blødninger. Tiden fra smitte til symptomer (inkubasjonstiden) er vanligvis 2-21 dager.

Link opp fhi,

Rutiner for kartlegging og oppfølging av asylsøkere som kommer fra land med utbrudd av ebolasykdom

Ebola-faglige råd for prehospitalisering;

http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/CBRNe-medisin_/Documents/Faglige%20raad%20Ebola%202014%20-%20versjon%20EVD%201%2001%20%282%29.pdf

Smittevernplan for Solør

9. Smittsomme sykdommer i institusjoner

9.1 *Barnehager.*

Statens institutt for folkehelse har gitt ut en egen veileder - Syke barn og barnehager. Med utgangspunkt i denne har Solør kommunene utarbeidet en [brosjyre](#) til bruk i barnehagene. Denne er ment som oppslag i barnehagene, og den kan også gis til foreldre/foresatte. Den er distribuert til alle barnehager i kommunene gjennom helsestasjon.

9.2 *Smittevern i helseinstitusjoner*

Det vises til [Veileder](#) om smittevern i helseinstitusjoner og Veileder fra Statens helsetilsyn angående dette- IK-2532.

Alle helseinstitusjoner (i kommunehelsetjenesten: sykehjem) har et [Infeksjonskontrollprogram](#). Programmet omfatter tiltak for å verne pasienter og personale mot smitte. Infeksjonskontrollprogrammet angir hvem som har det faglige og organisatoriske ansvar for de tiltak programmet omfatter. Institusjonens ledelse skal sørge for at infeksjonskontrollprogrammet utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av virksomhetens internkontrollsystem, er inngått avtale med Sykehuset Innlandet HF om bistand innen smittevern.

10. Smitteberedskap

10.1 *Virkemidler ved beredskaps-situasjoner.*

Ved beredskap skal man bygge på rutiner og organisering ved normale forhold. Dette gjelder også i smittevernarbeidet. I Solør vil vi benytte helsesøster og allmennleger som første linje i beredskapen. Et tett samarbeid med smittevernlegen og kommunens ledelse vil bli etablert. Eksisterende lokaler utnyttes. Beredskapsoppgaver prioriteres framfor rutinemessige (normale) oppgaver som må skyves ut i tid.

Basert på det man vet om risikoforholdene, og med hjemmel i smittevernloven vil man:

- Informere befolkningen
- Sikre drikkevannsforsyning og forsyning av næringsmidler
- Tilby vaksiner dersom tilgjengelig
- Tilby behandling dersom tilgjengelig.
- Isolere smitteførende personer dersom nødvendig.
- Fjerne/destruere smittefarlige gjenstander.

10.2 *Kommunelegens oppgave ved melding om allmennfarlig smittsom sykdom*

Kartlegging og vurdering

Kommunelegen, eller dennes stedfortreder, skal, i henhold til kap. 7.2 i smittevernloven, søke å ha oversikt over den epidemiologiske tilstanden i kommunen når det gjelder allmennfarlige smittsomme sykdommer. Se vedlegg 11.14 for oversikt over sykdommer gruppe A, B og . Kommunelegen skal ved mottatt melding vurdere meldingen, dens alvorlighet, troverdighet og hastegrad, samt vurdere behovet for akutte eller mer langsiktige smitteverntiltak. Kommunelegen skal initiere og lede det nødvendige lokale kartleggingsarbeid, og etter behov konsultere interne og/eller eksterne faglige ressurser.

Tiltak og varsling

- Kommunelegen skal utfra en medisinsk - faglig vurdering iverksette nødvendige tiltak innen sitt myndighetsområde, eller komme med anbefalinger om tiltak innen andre sine myndighetsområder.
- Kommunelegen skal etter behov og situasjon rapportere til kommunens administrative ledelse.
- Kommunelegen rapporterer, i henhold til sentrale retningslinjer, lover eller forskrifter, tilfeller av sykdom videre til sentrale helsemyndigheter; Mattilsynet, Fylkeslegen og FHI. Se telefonnummer punkt 11.2.
- Kommunelegen vurderer om beredskapsgruppa skal innkalles.
- Kommunelegen vurderer behovet for innkalling av personell, spesielle målgrupper for tiltak, eventuelt behov for hastedtak etter smittevernloven (SML), samt vurdere behovet for varsling gjennom media.

10.3 Kommunelegens tilgjengelighet – vaktordning.

Det er ikke vanlig med noen formell vaktordning for kommunelegene i Norge. I dagens situasjon vil det svært sjelden være behov for å kontakte kommunelege utenom ordinær arbeidstid.

Dersom det i en normal situasjon skulle oppstå et uventet behov for raske smittevernfarende råd, og verken kommunelegen eller dennes stedfortreder kan nås, kan øvrige av kommunens leger eller legevakt kontaktes. Disse vil imidlertid kun ha rådgivende funksjon og har ikke myndighet som kommunelege etter SML, som for eksempel å kunne treffe hastevedtak (etter § 4).

Skulle et slikt behov uventet oppstå må kommunestyret tre sammen for enten å selv fatte hastevedtak etter SML § 4-1 (m.a. stengning av virksomhet), eller peke ut ny kommunelege som kan fatte vedtak om tvangsbehandling etter § 5.

Dersom situasjonen skulle tilsi det, for eksempel ved nasjonale eller regionale beredskapssituasjoner, har rådmannen fullmakt til å på kort varsel etablere en formalisert vaktordning innen smittevernet. En slik ordning skal så snart som mulig i etterkant godkjennes av kommunestyret.

10.4 Departementets rettigheter (SML § 3-8).

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, kan departementet i forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert

- a) må oppholde seg innenfor bestemte områder
- b) skal nektes deltaking i organisert samvær med andre, for eksempel i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler
- c) må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse

10.5 Møteforbud, stengning av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesnering (SML § 4-1) - hastevedtak

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta

- a) forbud mot møter og sammenkomster, eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet.
- b) Stengning av virksomheter som samler flere mennesker, som barnehager, skoler, svømmehaller, butikker eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der.
- c) Stans eller begrensning i kommunikasjoner
- d) Isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil 7 dager av gangen.
- e) Pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlaving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusning eller annen smittesnering.

Statens helsetilsyn kan i visse situasjoner vedta tiltak som nevnt over for hele eller deler av landet.

Ved tiltak som nevnt over, kan kommunestyret sørge for iverksetting dersom den ansvarlige ikke retter seg etter vedtaket. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

Ved tiltak etter bokstav e, kan kommunestyret om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved tiltak etter bokstav d og e kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet. Tiltak skal straks oppheves eller begrenses når det ikke lenger er nødvendig.

I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet som kommunestyret har etter dette punkt.

10.6 Forbud mot utførelse av arbeid m.m. (SML § 4-2)

En smittet person med allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltakelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbyes å utføre dette arbeid i opptil 3 uker.

Slikt vedtak gjøres av kommunelegen sammen med den sykehuslegen som Helse Øst har utpekt til slike vedtak. Adm. direktør for Ullevål sykehus er utpekt som regional smittevernoverlege for helseregion Sør-Øst. Fylkeslegen avgjør klage på vedtak. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak.

10.7 Obduksjon og gravferd (SML § 4-5, 4-6).

Kommunelegen kan i visse tilfeller vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres.

Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan kommunestyret vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd, herunder at avdøde personer skal kremeres, eller at det skal settes i verk andre spesielle tiltak.

10.8 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak (SML § 4-9).

Kommunestyret kan pålegge helsepersonell i kommunehelsetjenesten å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i smittevernarbeidet.

Kommunestyret kan ved alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom etter vedtak pålegge helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet. Dette inkluderer forebyggelse eller undersøkelse og behandling av person med smittsom sykdom.

Helsepersonell har plikt til å følge pålegg fra Statens helsetilsyn når det gjelder bestemte måter å undersøke og behandle allmennfarlig smittsom sykdom på.

10.9 Tvangstiltak overfor smittede personer (SML § 5)

Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse kan det i visse situasjoner gjøres vedtak om tvungen innleggelse i sykehus til legeundersøkelse og eventuelt kortvarig isolering.

Dette vil svært sjelden være aktuelt. Dette skal være siste utvei og alle forsvarlige frivillige tiltak skal være forsøkt først.

Slike saker innledes ved at kommunelegen utarbeider forslag til tiltak. Forslaget skal forelegges Fylkeslegen, som omgående skal sende til smittevernnemda.

Smittevernnemda settes sammen etter reglene i sosialtjenestelovens § 9-2.

Hastevedtak om tvangstiltak kan gjøres av kommunens smittevernlege sammen med regional smittevernoverlegesom er utpekt av Helse Sør-Øst til slike oppgaver.

Smittevernloven inneholder detaljerte retningslinjer for framgangsmåten i slike saker.

10.10 Beredskapsgruppe for smittevern i Solør kommunene

Beredskapsgruppa består av:

- Kommunelegen/den smittevernansvarlige lege
- Ledende helsesøster.
- Virksomhetsleder for helse/helsesjef.
- Evt. ovenstående sine stedfortredere og/eller nødvendige medhjelpere.

I saker der smittevernarbeidet grenser mot, eller innbefatter behov for tiltak innen miljørettet helsevern, drikkevann eller lignende, skal i tillegg virksomhetsleder for kommunalteknisk, eller dennes representant, delta i beredskapsgruppa.

Representant for Mattilsynet kan delta der det er aktuelt (smitte gjennom næringsmidler etc.)

Ved behov kan andre personer innkalles, for eksempel representant for skoleadministrasjonen ved sykdomsutbrudd i skole m.v.

Rådmannen, eller dennes stedfortreder, har møterett i beredskapsgruppa.

10.11 Beredskapsgruppa – ledelse / fullmakter

- Kommunelegen/den smittevernansvarlige lege leder beredskapsgruppa og har ansvar for å kalle inn til møte.
- Beredskapsgruppa er en rådgivende instans overfor kommunen, samt å betrakte som ei arbeidsgruppe i de aktuelle beredskapssituasjoner.
- Beredskapsgruppa har ikke besluttsende myndighet, med mindre dette er særskilt delegert. Kommunelegen har dog utøvende myndighet innen rammene av SML eller annen delegasjon.

10.12 Når beredskapsgruppa skal møtes uten opphold:

- Ved mistenkt, eller bekreftet tilfelle, av gruppe A sykdom.
- Ved tilfelle av sykdom gruppe B, der sykdommen er av en slik karakter at flere må antas å ha blitt eller lett kan bli smittet, for eksempel legionellose, meningokokksykdom, drikkevannbåren sykdom eller næringsmiddelassosiert sykdom som EHEC.
- Ved utbrudd (flere tilfeller) av sykdommer i gruppe B, der 2 eller flere tilfeller kan antas å ha samme smittekilde.
- Ved enkelttilfeller av allmennfarlig sykdom der særlig grad av årvåkenhet kreves, for eksempel meningokokksykdom hos barn/ungdom i skole/barnehage.

10.13 Beredskapsgruppa sine oppgaver:

Bistå kommunelegen/den smittevernansvarlige lege med arbeidet. Ha ansvar for å vurdere å iverksette vaksinerings / medisinerings og/eller andre smitteforebyggende tiltak.

Ha ansvar for nødvendig opplysningsarbeid til aktuelle personer eller befolkningsgrupper.

Vurdere når smitteverntiltak kan avsluttes.

Samarbeide med interne eller eksterne fagmiljø der dette er aktuelt.

Nødvendig informasjon til publikum i samarbeid med kommunens informasjonsansvarlige (servicetorget).

På kort varsel kunne utarbeide en plan for utbrudd av pandemisk influensa.

10.14 Beredskapsgruppa – evaluering og revisjon

Beredskapsgruppa skal møtes minst en gang pr år. Kommunelegen har ansvar for innkalling. Det generelle smittevernarbeidet i kommunen skal da drøftes. Det skal også gjøres en vurdering av behovet for revisjon av smittevernplanen.

10.15 Generelle retningslinjer ved alvorlig smittsom sykdom.

Som kommuneleger står vi fra tid til annen overfor et tilfelle av alvorlig smittsom sykdom i befolkningen, f. eks. tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse hos et barn. Vi får gjerne beskjed om dette fra det sykehuset hvor pasienten er innlagt, men også fra pårørende eller andre. Hvordan handler vi når "alarmen" går? Det blir viktig å gjøre de riktige tingene i rask og riktig rekkefølge.

Etter erfaring er punktene:

1. Få oversikt over situasjonen og få bekreftet de faktiske forhold. Tilstreb eksakt diagnose.
2. Få kartlagt familieforhold og nærmiljø med henblikk på mulige forebyggende tiltak her.
3. Rask skriftlig informasjon til skole eller barnehage. Kan følges opp med klassemøte eller lignende.
4. Husk at legevaktordningen i kommunen spesielt bør varsles.
5. Ikke vent til media kontakter deg. Ha klar en skriftlig informasjon som faxes eller bringes til lokalavisen. Informasjonen under punkt 3 kan gjerne benyttes.
6. Gi ny informasjon når det er grunnlag for det. Hvis en mistanke om alvorlig smittsom sykdom var "falsk alarm", ikke nøl med å gå ut med det.
7. Ikke gjem deg bort: vær klar, synlig og tilgjengelig. Uttalelser og råd må være utvetydige.
8. Legg trygt annen saksbehandling til side og sørg for at dine øvrige samarbeidspartnere får beskjed om dette.
9. Ikke eksponer nøling eller egen usikkerhet. Hold deg til gjeldende retningslinjer. Behold din tvil for deg selv.
10. Sørg for at tilfellet er meldt til MSIS.

10.15.1 Nærmere om de enkelte punktene:

Det er viktig raskt å få en oversikt over situasjonen. Få tilfellet bekreftet av legevaktlege eller vakthavende lege på sykehuset hvor pasienten er innlagt. Hvis resultatet av serogruppering av meningokokker ikke foreligger eller ikke er foretatt, så mas på resultatet da det er avgjørende for eventuell vaksinasjon. Det er viktig også å få rede på pasientens tilstand. Når det gjelder kartlegging av nærmiljøet, så la pasienten (index-kasus) være sentrum i en sirkel. I innerste ring har man nærkontakter av 1. grad. Personer som befinner seg i neste sirkel, kan kalles nærkontakter av 2. grad. Dette bildet kan det ofte være nyttig å tegne eller forklare over telefon til folk som er bekymret, f. eks. folk som har vært i kontakt med noen som har vært i kontakt med den syke. Eksakt kartlegging av alder til søsken eller andre nærkontakter er viktig med henblikk på eventuell antibiotika-profylakse.

I tillegg til den skriftlige informasjonen, bør man raskt stille opp i en klasse eller på en skole for å forklare og svare på spørsmål.

Legevakten har en viktig oppgave: den må regne med mange ekstra henvendelser til alle døgnets tider. Sørg for at legevaktpersonellet er godt informert og tilstrekkelig bemannet. Kall inn ekstravakter. Helsesøstre kan med fordel settes til å besvare telefoner ved legevakten.

Når det gjelder forholdet til media, er det en fordel å ha en god kontakt der på forhånd. Gjør det så enkelt som mulig for pressen: lag gjerne en ferdig pressemelding som en former som en avisartikkel. Dette bidrar til å redusere feil og misforståelse. Vær på forhånd kjent med tidspunktet når desken i avisen stenger slik at informasjonen kan komme med i dagens avis. Å være offensiv overfor lokalavisen er en stor fordel: psykologisk sett har man et bedre utgangspunkt for riktig informasjonsformidling enn om avisen får et nyss om saken og lurer på om man egentlig ønsker å dysse noe ned.

Vær forberedt på alle mulige typer henvendelser den første tiden etter at sykdomstilfellet er kjent. Vær imøtekommende og tålmodig. Ikke fei av henvendelser eller nekt å svare. Hvis man har liten tid, så appeller til folk og forklar hvorfor man har så liten tid. Med fordel kan helsesøster settes til å ta telefoner og andre publikumskontakter. Men husk at folk gjerne venter at helsesjefen selv skal svare eller uttale seg. I en slik situasjon kan det i publikums bevissthet ikke være noe som er viktigere for en kommunelege enn det å ta seg av det som nettopp har skjedd.

I tilslutning til denne artikkelen er det lagt inn 9 eksempler på informasjonsbrev i forbindelse med oppståelse av akutt allmennfarlig smittsom sykdom.

11. Informasjonsstrategi.

Viser til lokale beredskapsplaner i den enkelte kommune. [Beredskapsplan](#)

11.1 Informasjon til befolkningen

11.1.1 Taushetsplikt

En person som er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett på taushet, som ved alle andre sykdomstilstanden. En slik tilstand vil imidlertid regelmessig bli kjent i befolkningen og naturlig nok skape en viss frykt. I slike tilfelle må den ansvarlige lege nøye vurdere balansegangen mellom taushetsplikten og befolkningens krav til sikkerhet.

11.1.2 Nødvendig informasjon til befolkningen

I en smittesituasjon vil befolkningen ofte bli oppskaket og ønske så mye opplysning som mulig, både om sykdommen selv og om konsekvenser for omgivelsene.

Det skal så langt det er mulig bare gis generelle, saklige opplysninger, som minst mulig går på pasienten selv. For å få en balansert fremstilling bør dette bare gjøres av **helsesjef / smittevernlegen og ansvarlig lege ved sykehusavdeling** hvor vedkommende blir behandlet, eller andre som de har delegert oppgavene til. Massemedia vil spille en viktig rolle i informasjonen til befolkningen. Helsesjef/smittevernlegen har ansvar for kontakten med media. I Solør kan man benytte aviser, radio og TV, eventuelt også andre media. **Det må opprettes en kontakt (person, telefon, telefax og mailadresse) for opplysning, rådgivning og kunngjøring om tiltak.**

Det kan også være behov for å arrangere møter med spesielle grupper, omgangsvenner, skoler, idrettslag osv. for å gi opplysning om sykdommen og gi råd og veiledning.

11.2 Rutiner for informasjon i forbindelse med alvorlige akutte infeksjoner

Det er laget generelle retningslinjer og et ferdig sett med maler for bruk i påkomne tilfelle av akutt, alvorlige infeksjoner som f.eks. meningokokksykdom hos barn og ungdom. Helsesøster, skolen og foreldrene vil bli varslet umiddelbart. Pressen vil også få utfyllende informasjon om hendelsen. Det vises til egne maler.

De konkrete faglige råd må utarbeides for hvert enkelt tilfelle etter en individuell vurdering.

11.3 Rutiner for informasjon ved beredskap

Ved beredskaps-situasjoner vil informasjon være en kritisk faktor. Fylkeslegen er den som staten vil benytte seg av. Fylkeslegen vil ha sin dialog med kommunen gjennom smittevernlegen. Smittevernlegen vil informere og hente informasjon fra de lokale legekantorene, helsesøstrene og andre.

Forholdene er ikke større i Solør enn at telefon evt. supplert med internpost, telefax og mail vil gi oss full oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer i Solør som helsetjenesten kjenner til.

I forhold til pandemi og andre omfattende utbrudd av smittsomme sykdommer, vil kommunens beredskapsplan med informasjonsstrategi trå i kraft.

12. Vedlegg

12.1 Lover-forskrifter-rundskriv-veiledere

1. I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 01.01.2012 § 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
2. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 01.01.2012
3. Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 24. juni 1994
4. Veileder: Smittevernloven - En generell innføring
5. Veileder: Melding og varsling av smittsomme sykdommer, med endringer
6. Veileder: Smittevern i helseinstitusjoner
7. Veileder: IS-1022 (erstatter IK-2595) - Første gangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere.
8. Rundskriv I-27/2000 - Rundskriv om endring i blåreseptforskriftene og retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av Folketrygden. Forskrift om endringer FOR-2009-02-13-194.
9. Veiledning om vaksinasjon for helsepersonell 2014 - smittevern 22
10. Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten - smittevern 18 /2009
11. Forebygging og kontroll av tuberkulose – Tuberkuloseveilederen (kun på nett)
12. Forskrift om tuberkulosekontroll
13. MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften
14. Forskrift om forhåndsundersøkelse av arbeidstakere innen helsevesenet – antibiotikaresistente bakterier.
15. Veileder om Oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser - smittevern 13
16. Veileder for forebygging og kontroll av legionellasmitte fra VVS-anlegg - smittevern 8.
17. MRSA-veilederen - smittevern 10.
18. Forebygging av malaria hos reisende - smittevern 6.
19. Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.

12.2 Personelloversikt og samarbeidspartnere

YRKESGRUPPE	ANT ALL	KONTAKTPERSON	ARBEIDSSTED	Telefon
Smittevernlege		Terje Christansen	Furubo Legesenter, 2260 Kirkenær	62 94 22 00 (a) 62 94 22 01 (fax) 62 94 81 45 (p) 48 27 71 51 (m)
Stedfortreder Åsnes		Christen Ringnes	Flisa Legekontor, 2270 Flisa	62 95 22 55 (a) (fax) 91 30 65 31 (m)
Stedfortreder Våler		Klaus Bakke	Våler komm.lege- kontor, 2436 Våler	62 42 41 70 (a) 62 42 39 41 (p) 47 66 43 67 (m)
Stedfortreder Grue		Marit Hermansen	Furubo Legesenter 2260 Kirkenær	62 94 22 00 (a) 62 94 22 01 (fax) 62 94 45 67 (p) 91 64 12 39 (m)
Helsesøstertjenesten Led. helsesøster		Linda Strand	Åsnes helsestasjon	62 95 08 30 (a) 40 43 79 66 (m)
Led helsesøster		Marianne Eek Steimler	Våler helsestasjon	62 42 41 80 (a) 41 65 35 50 (m)
Led. helsesøster		Frøydis Kjensmo	Grue kommune	62 94 20 73 (a) 90 78 97 92 (m)
Helseledere		Ingrid E. Bjerke- Matsson	Åsnes kommune	62 95 66 00 95 22 39 43 (m)
		Siri Brunborg	Våler kommune	90 14 07 90 (m)
		Erik Møller	Grue kommune	62 94 20 00 (a) 41 43 59 44 (m)

Fastleger i Solør - kommunene	15	Martin Chapman, Åsnes	62 95 08 50(a)/91 71 74 25(m)	
		Trine-Lise Fredriksen, Åsnes	62 95 08 50(a)/97 53 39 90(m)	
		Laila H. Herlyng, Åsnes	62 95 08 50(a)/41 33 59 03(m)	
		Daniela Litschauer, Åsnes	62 95 08 50(a)	
		Pojan Dehnavi, Åsnes	62 95 08 50(a)	
		Bjørn Gunnarsson, Åsnes	62 95 08 40(a)/90 05 34 79(m)	
		Christen Ringnes, Åsnes	62 95 22 55(a)/91 30 65 31(m)	
		Sissel Ringnes, Åsnes	62 95 22 55(a)/48 22 84 09(m)	
		Bo Brendstrup, Våler	62 42 41 70(a)/	
		Klaus Bakke, Våler	62 42 41 70(a)/	
		Elena Haugen	62 42 41 70(a)	
		Arnaldo Lerner , Grue	62 94 49 10(a)/95 87 31 30(m)	
		Ingeborg Schjeldrup Høy, Grue	62 94 49 10(a)/	
		Marit Hermansen, Grue	62 94 22 00(a)/91 64 12 39(m)	
		Terje Christiansen, Grue	62 94 22 00(a)/94 12 79 06(m)	
Miljøkonsulent i Solør	1	Jenny Thorkildsen	47 75 80 87(m)	
Hygienesykepleier i Grue	1	Ragni Skogrand	92 86 71 37(m)	
Sykehuset Innlandet HF Smittevernpersonell	3	Hygienesykepleier Smittevernlege Tuberkulosekoordinator Björg Busterud	SIHF Elverum	06200
<u>Mattilsynet</u>			Sentralt	22 40 00 00
Fylkesmannen i Hedmark tlf. 62 55 10 00				
Beredskapsavdelingen tlf. 62 55 11 00				
Smittevernvakta FHI tlf. 21 07 63 48				

12.3 Psykososial beredskapsgruppe leder for:

Åsnes kommune		
Christen Ringnes	Flisa legekantor	Tlf. 62 95 22 55 (a) 62 95 20 12 (p) Mobil: 91 30 65 31
Ingrid Bjerke-Matsson	Helseleder	Tlf. 62 95 67 64 (a) Mobil: 95 22 39 43 (m)
Våler kommune		
Eli Krekvik	Leder psykisk helseteam	Tlf. 62 42 41 38/48 89 22 32 (a) 62 42 38 43/99 15 10 33 (p)
Oliv Lundby	Våler helsestasjon	Tlf. 62 95 20 64 (p) 99 27 31 99 (m) 62 42 41 80 (j)
Grue kommune		
Marianne Moland	Leder psykisk helsetjeneste	Mobil: 48 13 27 66
Terje Christiansen	Kommunelege I	Tlf. 62 94 22 00 (a) Mobil: 48 27 71 51

Bekkola Gård Bredeesen Opset	v/ Brede	973532227	BREDE BREDESEN OPSET		2260	KIRKENÆR
Finnskogen Turist og Villmarksenter		874518212	Finnskogen Turist & Villmarkssenter AS	Skasenden	2260	KIRKENÆR
Finnskogtoppen Helsecenter AS - Vannforsyning		973491911	Finnskogtoppen Helsecenter AS		2256	GRUE FINNSKOG
Gruset Gård Høye Calmeyer	v/Elisabeth	976194802	HØYE ELISABETH		2265	NAMNÅ
Opaker gård		981081536	OPAKER GÅRD AS		2260	KIRKENÆR

12.4 Liste over vannverk

Våler kommune:

BRASKEREIDFOSS VANNVERK	987874805	Kommunal vannforsyning Våler	TEKNISK ETAT.	2436	VÅLER	
Gravberget vannverk	987874805	Kommunal vannforsyning Våler		2436	VÅLER I SOLØR	
Hovelsåsen vannverk	993251445	Hovelsåsen eiendom DA		2270	FLISA	
Monsrud vannverk A/L v/ Einar Helgesen	972436968	Monsrud Vannverk		2436	VÅLER I SOLØR	
Strandli Handel v/Bjørn Paulsrud	971774916	STRANDLI HANDEL	STRANDLI	2435	BRASKEREIDFOSS	
vannforsyning	880785702	GAMLE DRENGESTUA Henriette Svenneby	Øvre Tøraasen	2435	BRASKEREIDFOSS	
Vannforsyningssystem	997028759	TØRÅSEN GRANNELAG	Tøråsen	2435	BRASKEREIDFOSS	
Vesterhaugen Gårdsysteri vannforsyning	978535577	Vesterhaugen Gårdsysteri	Bergesiden	2436	VÅLER I SOLØR	

Åsnes kommune:

Bestum Bakst - Vannforsyning	996970140	Bestum Bakst	Trangsrudsroa 116	2270	Flisa	
Bjerkemoen vannverk	892489262	Bjerkemoen vannverk	v/ Jon Karlstad	2266	Arneberg	
Bryggerhuset på Austvang - vannforsyning	977980690	MÆLUM HALFDAN TRØSEID	AUSTVANG	2266	ARNEBERG	
Dæsbekken Villmarksenter Sandtjernsberget	971113790	Dæsbekken Villmarksenter	Veltavegen 137	2283	ÅSNES FINNSKOG	
Eliot Komperud Eftf. Eliot Komperud Eftf.	975062562	Eliot Komperud Eftf		2266	ARNEBERG	
Eva Molberg - vannforsyningssystem	983407447	Eva Molberg	Trangenvegen 309	2270	FLISA	
Holtet Gård & Hestesenter v/Elisabeth Røstad	978513174	RØSTAD ELISABETH	Sjølivegen 372	2270	FLISA	
Mosogn velforening v.v.	985080747	MOSOIGN VELFORENING	Mosogn	2266	ARNEBERG	
Noggar'n Aktivitetssenter	971054662	Noggar'n Aktivitetssenter	c/o Arne Amundsen	2266	ARNEBERG	
Røsåsen Gardsmuseum - vannforsyningssystem	972673811	ARNOLD RØSÅS		2270	FLISA	
SKALBUKILEN VANNVERK A/L	975065448	Skalbukilen vannverk		2283	ÅSNES FINNSKOG	
Tangen Vannverk SA	981067193	TANGEN VANNVERK SA	Vermundsjøen	2283	ÅSNES FINNSKOG	
Vannforsyning	987127260	Stiftelsen Klokkergården Lilletorpet minikollektiv	Hofsletta 6	2266	Arneberg	

Grue kommune:**12.5 Oversikt over skole/barnehager**

Navn	Telefon	e-post	Adresse	Kontaktperson
Grue kommune				
Grue barne- og ungdomsskole	62 94 21 00	skolen@grue.kommune.no	2260 Kirkenær	Birgit Markusson
Grue barne- og ungdomsskole, SFO	62 94 21 21	Beate.aurbekkholen@grue.kommune.no	2260 Kirkenær	Beate Aurbekkholen
Finnskogen oppvekstsenter	62 94 72 60	Finnskogen.oppvekstsenter@grue.kommune.no	2256 Grue-Finnskog	Carolin Carlsson Kihlgren
Gromungen barnehage avd. Namnå	62 94 44 46	rita.hagerup.gjedtjernet@grue.kommune.no guri.gjermshus@grue.kommune.no	2265 Namnå	Guri Gjemshus
Gromungen barnehage avd. Grinder	62 94 15 50	guri.gjermshus@grue.kommune.no mariann.holseter@grue.kommune.no	2264 Grinder	Guri Gjemshus
Solungen barnehage	62 94 22 22	berit.melsnes@grue.kommune.no solungenbhg@grue.kommune.no	2260 Kirkenær	Berit Melsnes
Tjura barnehage	62 94 87 12	Tjurabhg@online.no www.tjurabarnehage.no	2260 Kirkenær	Karin Holter
Grue musikk- og kulturskole	62 94 21 25	Velaug.røe@grue.kommune.no	2260 Kirkenær	Velaug Røe
Åsnes kommune				
Flisa skole/ SFO	62 95 30 60	flisa.skole@asnes.kommune.no	Skolevegen 50, 2270 Flisa	Karin Wester Tveit
Jara skole/ SFO	62 95 32 61	Dag.Inge.Storholt@asnes.kommune.no	2266 Arneberg	Dag Inge Storholt
Sønsterud skole/ SFO	62 95 87 04	siv.lie.huse@asnes.kommune.no	2280 Gjesåsen	Siv Lie Huse
Åsnes kulturskole	62 95 66 24	elin.myhre@asnes.kommune.no	Rådhusgt. 1, 2270 Flisa	Elin Myhre
Åsnes ungdomsskole	62 95 67 30	tom.remi.eriksmoen@asnes.kommune.no	Skolevegen 11, 2270 Flisa	Tom Remi Eriksmoen
Bjerkely Folkehøyskole	62 95 65 00	bjerkely@bjerkely.fhs.no	2266 Arneberg	

Solør Montessori	98 87 57 15	post@solormontessori.no	Myrvoldheimen 55, 2266 Arneberg	Gina M.T. Faraas
Solør videregående	62 95 53 10	solorvgs@hedmark.org	Avd. Flisa Postboks 24 2271 Flisa	Einar Moan
Solør videregående, Avd. Sønsterud	62 95 56 50	solorvgs@hedmark.org	Avd. Sønsterud 2280 Gjesåsen	Einar Moan
Bashammeren barnehage	62 95 20 50	anita.stensbol@asnes.kommune.no	2270 Flisa	Anita Stensbøl
Jara barnehage	62 95 36 10	lena.henriksen@asnes.kommune.no	2266 Arneberg	Lena Henriksen
Myrsnipa barnehage	62 95 68 20 488 90 223	liv.else.dahl@asnes.kommune.no	Rådhusgata 1, 2270 Flisa	Liv Else Grimstveit Dahl,
Sønsterud barnehage	62 95 08 93	Solveig.Lie@asnes.kommune.no	2280 Gjesåsen	Solveig Lie
Montessori barnehage	400 28 341	barnehagen@solormontessori.no	Myrvoldheimen 55, 2266 Arneberg	Lisbeth Moe
Mosogn Barnehage	62 95 32 41	i-ma-myh@mosognbarnehage.no	Væssiavegen 1157, 2266 Arneberg	Inger Marie W. Myhren
Tyristubben barnehage	62950410 e.l. 62950392/91 60829 Trollskogen 992 14 482 Nøtteliten 99214 481 Maurtua 99214 483	dl.tyristubben@bhg.no	Fjørhanavegen 4 2280 Gjesåsen	Anne May Støp

Våler kommune				
Vålbyen barnehage	62 42 42 60	smnilsen@vaaler-he.kommune.no	2436 Våler i Solør	Sølvi Nilsen
Tøråsen barnehage	959 01 928	toraasenbarnehage@hotmail.com	2435 Braskereidfoss	Tanja Basueva
Furunabben barnehage	62 42 00 60/ 950 47 003	styrer@furunabben.no	2436 Våler i Solør	Anne Gundersen
Nordhagen barnehage	62 42 42 35	hanne.raade@vaaler-he.kommune.no	2436 Våler i Solør	Hanne Raade
Nordhagen Skole	62 42 42 20	Dagrun.Gundersen@vaaler-he.kommune.no	2435 Braskereidfoss	Nordhagen Skole
Nordhagen SFO	62 42 42 25	Ann.merethe.hanstad@vis.kommune.no		Nordhagen SFO
Vålbyen skole	62 42 42 70	geir.arne.framaas@vis.kommune.no	2436 Våler i Solør	Vålbyen skole
Vålbyen SFO	62 42 42 75	Anne.flaten@vis.kommune.no		Vålbyen SFO
Våler ungdomsskole	62 42 42 40	ungdomsskolen@vaaler-he.kommune.no morten.libekk@vaaler-he.kommune.no	2436 Våler i Solør	Våler ungdomsskole
Våler kulturskole	62 42 42 86	Asbjorn.holmset@vis.kommune.no	2436 Våler i Solør	Våler kulturskole

Nett adresser:

GRUE

<http://www.grue.kommune.no/index.asp?startID=&topExpand=&subExpand=&strUrl=1000048c&menuid=1000159>

ÅSNES

<http://www.asnes.kommune.no/>

VÅLER

<http://www.vaaler-he.kommune.no/artikkel.aspx?AId=253&MIId=285>

12.6 Journal for førstegangshelseundersøkelse av innvandrere i Solør kommunene

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kjønn: <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
Tidspunkt ankomst Norge:	Familie: Antall pers.: Antall barn:
Opprinnelsesland:	Etnisk bakgrunn:
Språk:	Trenger tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Status i Norge: <input type="checkbox"/> asylsøker <input type="checkbox"/> innvilget opphold (dato): <input type="checkbox"/> familiegjenforening <input type="checkbox"/> annet :	

Sykehistorie:

Tidligere fysiske sykdommer:

Tidligere psykiske sykdommer:

Opplysninger om traumatisering:

Nåværende helseproblemer:

Faste medikamenter:

Status presens: dato utført av:

Allmenntilstand:

Organstatus:

Hud:

Luftveier/lunger:

Hjerte/kar:

Blodtrykk:

Abdomen:

Bevegelsesapparatet:

Nevrologi:

Syn:

Hørsel:

Vekt / Ernæringstilstand:

Psykisk status:

Supplerende undersøkelser:

Undersøkelse/Prøve	Dato	Resultat / kommentar
Skjermbilde/rtg. thorax		
BCG-arr		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
PPD/Mantoux		
MRSA		
Hb		
Ferritin		
Anti HAV		
HBsAg		
(AntiHBs)		
Anti HCV		
TPHA / RPR		
HIV		
Rubella-antistoff (♀ fert.ald.)		
Avføringsprøver:		
Urin:		
Andre prøver:		

Vaksinasjonsstatus:	Bekreftet fra hjemland	Iverksatt her (dato)
Meslinger		
Kusma		
Rubella		
Polio		
Difteri		
Tetanus		
Kikhoste		
BCG		
Hib		
Hep. B		
Andre:		

Helsesøsters notater:	Dato/sign.:

Plan for videre oppfølging/utredning:

Tiltak	Ansvarlig	Gjennomført	Kommentar
Ved positiv mantoux tas IGRA-test			

Jeg gir hermed tillatelse til at journalen overføres lege på mitt neste bosted /
I want my medical records to be sent forward to a doctor at my next residence :

Dato/Date:

Underskrift/Signature

12.7 Helsekontroll av adoptivbarn fra land utenfor Vest-Europa

Helseundersøkelser og vaksinasjoner skal utføres i samsvar med Helsedirektoratets rundskriv IK-2595. Barn/adoptivforeldre tar først kontakt med den lokale helsestasjonen. Helsesøster har ansvaret for infeksjonsforebyggende tiltak, råd og veiledning, og henviser videre til familiens faste lege.

Smittevernkontoret skal gjøre Mantoux undersøkelse.. Ved positivt utslag uten BCG vaksine henvises barnet til røntgenundersøkelse av lungene, og videre følges prosedyren i tuberkulosekontrollprogrammet Mantoux negative skal gå inn i ordinært vaksinasjonsprogram.

Helsesøster vurderer vaksinasjonsstatus og setter opp individuelt vaksinasjonsprogram utfra dokumenterte vaksiner, opprinnelsesland og faglig vurdering. Barnet skal snarest mulig inn i ordinært helsestasjonsprogram /skolehelsetjenesten.

Ved mangel på pålitelig dokumentasjon, starter man vaksinerings på nytt.

Klinisk undersøkelse skal skje hos familiens faste lege, i samarbeid med smittevernkontoret. Tilgjengelig informasjon om medisinske forhold må vurderes. Man skal ta hensyn til hvor barnet kommer fra, og hvilke forhold det har levd under.

Barnets psykiske helse må vies spesiell oppmerksomhet.

Den kliniske undersøkelsen skal inneholde vurdering av:

- allmenntilstand
- ernæringstilstand, inkl. tegn til anemi / rakitt
- fysisk og psykomotorisk utvikling
- hud, med tanke på pyodermier, skabb og lus
- tannstatus
- syn og hørsel (obs otoskopi)
- naturlige funksjoner

Ved mistanke om rakitt, eller tvil om barnets alder, rekvireres rtg. venstre hånd.

Følgende undersøkelser er aktuelle:

Urin:	Stix, evtl. mikroskopi og dyrkning
Fæces:	Parasittundersøkelse. Hvis barnet har diare undersøkes også på patogene tarmbakterier. Ved negative funn og fortsatte symptomer, gjentas prøvene.
MRSA:	Prøver tas fra følgende steder; ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)/svelg inkl. tonsiller/perineum/sår, eksem, ferske arr, eller andre defekter i huden/innstikksteder for fremmedlegemer/hvis pasienten har permanent urinveiskateter tas det i tillegg urinprøve
Blod:	Hb, SR eller CRP, eosinofile evtl. diff/utstryk Ferritin, serumjern eller annet mål på jerndepot Luesserologi HBsAg-undersøkelse. Hvis positiv supplere med HBeAg /anti-HBe og levertransaminasestatus. HIV-test.

HIV-test utføres i samråd med adoptivforeldre.

Ved påvisning av HBsAg bærertilstand skal adoptivfamilie tilbys HB vaksine.

Følgende **standardjournal** skal brukes og returneres til smittevernkontoret som fører inn vaksinasjoner og sørger for at journalen legges i helsekortet.

Journal for helseundersøkelse av adoptivbarn fra land utenfor Vest-Europa:

Barnets navn: _____ født _____

Allmenntilstand: _____

Ernæringstilstand: _____
(obs anemi, rakitt)

Fysisk utvikling: _____

Psykomotorisk utvikling: _____

Hud: _____
(obs pyodermi, skabb, lus)

Tannstatus: _____

Syn: _____ Høyre øye: _____ Venstre øye _____

Hørsel/otoskopi: _____

Naturlige funksjoner: _____

Behandling: _____

Henvisninger: _____

Annet:

Lege: _____	dato: _____
-------------	-------------

Prøver/vaksiner:

Prøve	Dato tatt	Resultat
Urin: stix		
mikro		
dyrkning		
Fæces: parasittu.s.		
bakt.u.s. ¹		
Blod: Hb		
SR		
SeFe		
WR		
HBsAg		
HIV		
Anti-HAV		
Andre:		
PPD/Mantoux/ IGRA-test tas ved positiv mantoux		
MRSA		
Vaksiner:		

¹ Bare hvis barnet har diaré
Smittevernplan for Solør

12.8 Spørreskjema/helseattest om tuberkulosekontroll

Det vises til Forskrift om tuberkulose § 3-1.

Personer som i løpet av de siste 3 årene kommer fra eller har oppholdt seg mer enn tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helsetjenesten, som lærere eller andre stillinger knyttet til barneomsorg, har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse.

Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering.

Dette bør være virksomhetsleder sitt ansvar og dette skjemaet bør sendes ut sammen med arbeidsavtaler/kontrakter.

Følgende personalgrupper omfattes:

- Lærere og annet personell i skolen
- Barnehagepersonell (kommunale, private og familiebarnehager)
- Personell i PP-tjenesten og spesialpedagogisk team
- Personell i ungdomsklubbene og ferieklubben
- Helsepersonell og hjemmehjelpere med direkte pasientkontakt i hjemmet
- Ansatte på institusjoner innen pleie- og omsorgstjenesten
- Ansatte i boliger for funksjonshemmede
- Ansatte på helsestasjoner for barn, ungdom og eldre
- Allmennpraktiserende leger
- Fysioterapeuter
- Studenter / elever ved disse institusjonene



Åsnes



Grue



Våler

HELSEATTEST

Forhåndsundersøkelse av personell: Skjemaet skal være arbeidsgiver i hende før oppstart av arbeidet. Dette gjelder i stillinger med direkte kontakt med pasienter, pleietrengende og barn, både ved nyansettelse, gjeninntreden, vikariat, hospitering og opplæring. Personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg mer enn tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose har plikt til å gjennomføre tuberkulosekontroll (rtg.thorax og IGRA) l. Plikten er hjemlet i tuberkuloseforskriftens § 3.1 og 3.2.

NB! det er viktig at du leser skjemaet nøye, og at alle opplysninger er utfyllt. Opplysningene behandles konfidensielt.

Navn:	Adresse:		
Født:	Ansatt dato:	Stilling:	Avd:

Tuberkuloseundersøkelse:

Kommer du fra eller har du de siste 3 årene oppholdt deg i mer enn 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose (alle land utenfor Vest-Europa, USA, Canada, Australia, New Zealand og Japan)?

Ja: Nei:

Har du hatt risiko for tuberkulosesmitte gjennom arbeid i flyktningleir, sykehus eller lignende? Ja: Nei:

Hvis ja, be din lokale helsestasjon fylle ut dette skjema, eller legg ved kopi av tuberkuloseundersøkelse tatt de siste tre måneder før tiltredelse.

BCG-vaksinert dato/år:.....	Omslager/naturlig positiv, år.....
Arr etter BCG vaksine.....	Røntgen lunger
IGRA prøve.....	Resultatene er funnet tilfredsstillende i hht. Smittevernloven
Dato.....	Resultat.....
..... Helsestasjonens stempel og underskrift	

MRSA-PRØVE

For å unngå spredning av MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker) er arbeidsgiver lovpålagt å føre kontroll med ansatte som kan ha blitt bærer av disse.

Har du i løpet av de siste 12 måneder

- arbeidet i helseinstitusjon utenom Norden og Nederland, i flyktningleir, krigssoner eller helseinstitusjon med kjent MRSA-problematikk?
- hatt direkte kontakt med noen med MRSA uten bruk av beskyttelsesutstyr?
- vært innlagt i sykehus eller besøkt legekontor utenom Norden og Nederland, eller i sykehus med MRSA-problematikk?

Ja Nei

Hvis ja, må vi ha en negativ MRSA-prøve før du begynner i arbeid hos oss. Det tas bakteriologisk prøve fra hvert nesebor (med samme pensel)/svelg inkl tonsiller/sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden. Dette gjøres hos egen lege etter forhold som nevnt over. Kopi av bakteriologisk svar vedlegges dette skjema.

Jeg bekrefter at de oppgitte opplysninger er korrekte:

Sted: Dato:.....

Smittevernplan for Solør

Signatur.....

12.9 Råd om smitteforebyggende tiltak

Eksempler på forslag til informasjon og standardbrev.

12.9.1 Råd om smitteforebyggende tiltak til personer som er hepatitt B smitteførende

Råd til kroniske HBsAg-positive bærere.

Ved undersøkelse av blodprøve er det funnet smittestoff som kan være årsak til smittsom gulsot (hepatitt B). Funnet tyder på at du er såkalt kronisk smittebærer av hepatitt B-virus. Smittestoffet finnes hovedsakelig i blodet, men kan også forekomme i avføring, urin, spytt eller andre utsondringer som kan inneholde *små mengder blod*.

Blodet må betraktes som smittefarlig, og du kan smitte andre dersom blodet ditt, selv i små mengder, kommer inn i en annen persons blod gjennom sår eller skader i huden, eller på andres slimhud ved sprut i øynene eller munnen eller ved seksuelt samvær. Rent praktisk vet vi smitteoverføring av hepatitt B i dag skjer i det alt vesentlige i følgende situasjoner:

Ved fødsel. Den nyfødte kan smittes av sin smittebærende mor under og etter fødselen. barn født av kroniske smittebærende mødre får derfor en injeksjon med ferdig beskyttelsesstoff (spesifikt hepatitt B-immunglobulin) umiddelbart etter fødselen og blir dessuten vaksinert mot hepatitt B. Videre gis vaksine ved 1, 2 og 12 måneders alder.

Sprøytebruk. Mest utsatt er injiserende misbrukere som bruker samme sprøyte og spiss. Vaksine tilbys ikke-smittede injiserende misbrukere.

Seksuell omgang. Det gjelder mellom mann og kvinne så vel som mellom homoseksuelle. Vaksine tilbys ektefeller samt andre faste seksualpartnere til kroniske smittebærere. Det tilbys også vaksine til ikke-smittede, seksuelt aktive homofile menn.

Ved blodoverføring. Blodgivere og hver blodporsjon blir nøye kontrollert om de inneholder smittestoffet.

I arbeid med blod og blodprodukter fra smitteførende personer. Dette gjelder især visse grupper helsepersonell. Disse tilbys vaksine etter spesielle retningslinjer.

Smitte innen hjemmet. Det har vist seg at langvarig og nær kontakt mellom husstandsmedlemmer kan medføre smitteoverføring dersom det er en smittebærer i familien. Familiekontakt (samme husstand) til kroniske smittebærere tilbys derfor vaksine.

Med utgangspunkt i det foranstående bør smitteførende personer derfor ta hensyn til følgende:

- Selv små skader eller rifter bør plastres. Menstruerende kvinner bør være spesielt oppmerksomme ved håndtering av blodtilsølte sanitetsbind, pakk godt inn bandasjer, sanitetsbind og annet som er blodtilsølt før det kastes sammen med annet avfall. Vær nøye med god håndvask.
- Det kan komme små mengder blod på håndklær, barbersaker, kluter, tannbørster, tannglass og liknende. Hold barn borte fra disse ting og la ikke andre få låne dine toalettsaker. Bruk helst egen tannkrem og såpe.
- Ved seksuell aktivitet kan det oppstå småskader i slimhuden. Påse derfor at det brukes kondom ved samleie med uvaksinert partner. Din ektefelle eller annen fast seksualpartner bør vaksineres med hepatitt B-vaksine.

- I tillegg til din ektefelle bør øvrige familiekontakter som f. eks. dine barn (samme husstand) vaksineres mot hepatitt B. Hvis du skulle søle blod på klær, bør disse "kokes" ved minst 80 grader når dette tåles, andre klær vaskes eller renses på vanlig måte.
- Utfør oppvask av ditt service og bestikk som vanlig sammen med andres. Vask godt og skyll godt i varmt vann etterpå. Bruk oppvaskmaskin hvis du har.
- Opplys alltid din lege/tannlege om at blodprøve har vist at du er smittebærer av hepatitt B-virus.
- Ved besøk hos frisør bør du avstå barbering og raking etter hårklipp.
- Du kan ikke være blodgiver.
- Hvis du ved uhell skulle få noe av ditt blod på andres sår eller skader i huden eller på slimhud, bør du tilrå vedkommende å skylle dette vekk så godt som mulig med rikelig vann, eventuelt vaske med såpe og vann, og så kontakte lege snarest mulig.

Hvis du tar hensyn til disse rådene, kan du leve et helt normalt liv. Det er ingen grunn til spesielle hensyn hva angår skole, utdanning, fritidsaktiviteter eller yrke utfra det som er nevnt foran.

Råd til hepatitt B-pasient.

Den sykdommen du nå har fått (hepatitt B), skyldes et virus som er i blodet noen uker før sykdommen bryter ut, mens du har sykdommen og opptil 3-4 måneder etter at symptomene har startet. Du må derfor regne med at blodet ditt kan være smitteførende i enda 3-4 måneder etter utskrivning fra sykehus eller etter at du er blitt frisk.

Inntil undersøkelser av blodprøve har vist at blodet ditt ikke lenger er smitteførende, må blodet ditt betraktes som smittefarlig. Du kan smitte andre dersom blodet ditt, selv i svært små mengder, kommer inn i en annen persons blod gjennom sår eller skader i huden, eller på andres slimhud ved sprut i øynene eller munnen eller ved seksuelt samvær.

Smitteførende personer bør ta hensyn til følgende:

- Selv små skader eller rifter bør plastres. Menstruerende kvinner bør være spesielt oppmerksomme ved håndtering av blodtilsølte sanitetsbind. Pakk godt inn bandasjer, sanitetsbind og annet som er blodtilsølt før det kastes sammen med annet avfall. Vær nøye med god håndvask.
- Det kan komme små mengder blod på håndklær, barbersaker, kluter, tannbørster, tannglass og liknende. Hold barn borte fra disse ting og la ikke andre få låne dine toalettsaker. Bruk helst egen tannkrem og såpe.
- Ved seksuell aktivitet kan det oppstå småskader i slimhuden. Påse derfor at det brukes kondom ved samleie med uvaksinert partner.
- Hvis du skulle søle blod på klær, bør disse "kokes" ved minst 80 grader når dette tåles, andre klær vaskes eller renses på vanlig måte.
- Utfør oppvask av ditt service og bestikk som vanlig sammen med andre. Vask godt og skylld godt i varmt vann etterpå. Bruk oppvaskmaskin hvis du har.
- Opplys alltid din lege/tannlege om at blodprøve har vist at du er smittebærer av hepatitt B-virus.
- Ved besøk hos frisør bør du avstå fra barbering og raking etter hårklipp.
- Du kan ikke være blodgiver, organ- eller sæddonor.
- Hvis du ved uhell skulle få noe av ditt blod på andres sår eller skader i huden eller på slimhud, bør du tilrå vedkommende å skylle dette vekk så godt som mulig med rikelig vann, eventuelt vaske med såpe og vann, og så kontakte lege snarest mulig.

12.9.2 Råd til personer med hepatitt C.

Basert på dagens viten er det ikke grunnlag for å pålegge den smittede restriksjoner i seksuallivet, men det er naturlig å informere om at man i dag vet om muligheten for seksuell smitte, men at transmisjonsraten er lav. Faste seksualpartnere til nyoppdagede anti-HCV positive bør undersøkes på HCV-smitte. Som alltid anbefales kondombruk ved tilfeldige seksualpartnere.

Det tilrås ingen spesielle forholdsregler i den daglige omgang innen familien eller på arbeidsplassen bortsett fra de vanlige forholdsregler mot blodsøl som gjelder for HIV og hepatitt B-smitte.

Det er ikke påvist at HCV smitter ved amming.

En smittet skal ikke være blodgiver eller donor av organ eller sæd. Injisierende misbrukere må ikke dele sprøyte. Det er også viktig å informere om viktigheten av å ta vare på egen helse ved å redusere sjansen for ytterligere leverskade gjennom misbruk av narkotika, tabletter eller alkohol.

12.10 Håndtering av forsendelser som mistenkes å inneholde smittestoffer (biologiske agens)

Risikoen for terroranslag mot Norge vurderes av Justisdepartementet som lav. Statens institutt for folkehelse velger likevel å gå ut med noen forholdsregler, som kan benyttes dersom en kommer i kontakt med forsendelser som mistenkes å inneholde smittestoffer (biologiske agens).

Statens institutt for folkehelse gir her råd om hvordan mottakere bør håndtere brev som kan inneholde smittestoffer (biologiske agens). Bakgrunnen er opplysninger fra USA om at miltbrannbakterier i pulverform er sendt med brev. Det er ikke påvist spredning av miltbrann med brev utenfor USA.

12.10.1 Miltbrann

Miltbrannbakteriene kan gi tre former for infeksjon:

- Hudmiltbrann dersom bakteriene gnis inn i sår eller hudrifter
- Mage-tarmmiltbrann dersom bakteriene svelges
- Lungemiltbrann dersom bakteriene fins i en sky som pustes inn. Det er lungemiltbrann som er den alvorligste formen for miltbrann. Det er teknisk svært vanskelig og krever spesielt utstyr å spre bakteriene på denne måten. Bakterier i en slik sky faller fort til bakken og utgjør da en mye mindre fare.

Miltbrann kan behandles med antibiotika. Miltbrann smitter ikke fra en person til en annen.

12.10.2 Råd til publikum

Håndtering av uåpnede mistenkelige brev eller pakker

1. Ikke rist eller åpne slike brev eller pakker.
2. Putt brevet eller pakken i en tett plastpose, eller dekk over med plast eller papir.
3. Gå ut av rommet og lukk døra. La ingen gå inn i rommet.
4. Vask hendene med såpe og vann, slik at ikke bakterier fra hendene kan komme i ansiktet.
5. Underrett politiet.
6. Gi politiet en liste over alle som var til stede da brevet eller pakken ble oppdaget slik at disse personene kan få medisinsk oppfølging.

Håndtering av åpnete pakker eller brev med pulver

1. La pulveret ligge. Dekk straks over pulveret med papir, plast, klær eller noe annet.
2. Ta av klær som er blitt synlig tilsølt av pulver.
3. Gå ut av rommet og lukk døra. La ingen gå inn i rommet.
4. Vask hendene med såpe og vann slik at ikke bakterier fra hendene kan komme i ansiktet.
5. Ta av resten av klærne og legg dem inn i en plastpose som lukkes. Dusj med såpe og vann.
6. Gi politiet en liste over alle personer som var til stede da brevet eller pakken ble oppdaget, spesielt dem som hadde kontakt med pulveret, slik at disse personene kan få medisinsk oppfølging.

Hvilke brev og pakker er mistenkelige?

Mistenkelige brev kan ha følgende kjennetegn:

- Truende påskrifter
- Ord som anthrax eller liknende
- Flekker eller lukt
- Håndskrevne adresser, feil navn og titler, feilstavinger
- Merket "personlig", "konfidensielt" eller liknende
- Ingen avsenderadresse eller avsenderadresse et annet sted enn poststempelet
- For mye porto
- Tungt eller ujevnt innhold, bulkete konvolutt
- Ledninger, aluminiumsfolie, tikkende lyd
- Ekstra mye tape, hyssing eller liknende

12.11 Gravide og toxoplasmose

Er du **gravid** og planlegger **ferie i syden**, bør du lese denne folderen.

Smittevernkontoret ønsker å informere deg om

Toxoplasmose-infeksjon.

Hvis gravide kvinner utsettes for infeksjonen kan det føre til uheldige virkninger på fosteret, bl. a. mentale forandringer, øye- og øreskade.

Dersom en gravid kvinne infiseres med parasitten som gir Toxoplasmose for første gang under svangerskapet, er det 40-50 % risiko for at fosteret blir smittet.

Risikoen for smitteoverføring øker jo lenger ut i svangerskapet kvinnen blir smittet.

- Ved smitte i løpet av de første 3 måneder vil 5-15 % av fostrene bli infisert i svært alvorlig grad.
- Ved smitte i midten av svangerskapet vil 30 % av fostrene bli infisert.
- Ved smitte i løpet av de 3 siste måneder i svangerskapet vil 65-100 % av fostrene bli infisert.

Forekomst.

Parasitten som gir Toxoplasmose - *Toxoplasma gondii* - finnes i alle land, men er særlig hyppig i milde fuktige strøk. I land som Frankrike, Italia, Spania, Portugal og Kanariøyene er infeksjonen utbredt. Man har regnet ut at muligheten for å bli smittet er 20 ganger større i sydlige land enn i Norge.

Både i sydlige land og i Norge regnes uvaskede grønnsaker, salater, bær (jordbær!) og rått kjøtt for de viktigste smitekildene for voksne.

Katten er hovedvert for parasitten og den viktigste smittespreder. Katteavføring kan være smitteførende i opptil 2 år under gunstige betingelser. Barn kan smittes ved lek i sandkasser som er forurenset av katteavføring, eller ved direkte kontakt med katter, men det er sjelden at voksne smittes på denne måten.

Undersøkelser i Norden viser at ca. 25 % av gravide kvinner er smittet før svangerskapet, risikoen for smitte i svangerskapet er 2-3 pr 1000 gravide.

Sykdomsforløpet.

Det varierer fra 5-21 dager fra en blir smittet til symptomene kommer. De fleste merker ikke at de er blitt smittet, men feber og influensalignende symptomer som hodepine, muskelsmerter, hovne lymfeknuter kan forekomme.

Infeksjonen kan påvises ved en enkel blodprøve.

Behandling.

Oppdages infeksjonen hos en gravid kvinne finnes det idag behandling som har vist seg å redusere risikoen for å føde barn med infeksjon.

Behandlingen bedrer utsiktene for barnet betraktelig. Effekten av behandlingen er imidlertid avhengig av hvor tidlig etter smitten infeksjonen oppdages.

Hva kan du som gravid gjøre for å unngå Toxoplasmose-infeksjon ?

En enkel blodprøve avgjør om du har antistoffer mot Toxoplasmose.

Har du antistoffer betyr det at du er immun og ikke kan få sykdommen på nytt.

Følgende leveregler kan forebygge infeksjon hos gravide som ikke har antistoffer:

- Unngå å spise rått kjøtt (biff, kjøttdeig etc.). Matvarer bør være kokt, stekt eller frosset da dette dreper parasitten.
- Vask salat, frukt, bær og grønnsaker før spising.
- Unngå direkte kontakt med katte-ekskremer. Overlat rengjøring av katekassen til en annen i familien.
- Bruk hansker ved hagearbeid.
- God håndhygiene.
- Unngå reise til land med høy forekomst og lav hygienisk standard

Er du gravid og planlegger sydentur?

Snakk med legen din og be om å få tatt en blodprøve før du reiser. Viser prøven at du ikke har antistoffer mot Toxoplasmose, bør du utsette reisen til etter svangerskapet. Hvis du allikevel velger å reise, bør du ta en ny blodprøve 3 uker etter at du er kommet hjem for å se om du er blitt smittet, slik at du kan få behandling så raskt som mulig.

12.12 Standardbrev

Nedenfor følger noen eksempler på brev/informasjon som er utarbeidet i forbindelse med akutt oppståelse av alvorlig smittsom sykdom.

12.12.1 Eksempel 1. Plutselig uventet dødsfall - meningokokksykdom?

Det første eksempelet har sitt utgangspunkt i et plutselig, uventet dødsfall hos en elev i 3. klasse. Det gjengis 2 brev.

Til:

Elever og deres foresatte, _____ skole.

Solør, . . .20....

Ansatte på _____ skole.

PLUTSELIG, UVENTET DØDSFALL HOS ELEV I 3. KLASSE

Helseavdelingen i Solør har i dag fått melding om at en pike i 3. klasse i går kveld døde ved Sykehuset Innlandet.

Spørsmålet har vært reist om det her kunne dreie seg om et tilfelle av alvorlig meningokokk-infeksjon ("smittsom hjernehinne betennelse"). Vi har i dag vært i kontakt med sykehuset om dette.

Mistanken om mulig alvorlig meningokokk-infeksjon kan der ikke bekreftes, og det er heller ikke spesielle holdepunkter for at det dreier seg om en slik tilstand. Dødsårsaken er altså foreløpig helt ukjent.

På denne bakgrunn har vi i helseetaten ikke noe grunnlag for å sette iverk noen spesielle tiltak som f. eks. behandling av nærkontakter eller stengning av visse typer aktiviteter ved skolen. Det eneste vi kan gjøre i den foreliggende situasjon, er å observere elevene nøye, d.v.s. at deres almenntilstand er som den pleier å være. Forøvrig er det godt mulig at dødsårsaken ikke skyldes en infeksjonssykdom i det hele tatt.

Hvis det senere skulle vise seg å være en infeksjonssykdom som det bør tas forholdsregler mot, vil vi gi beskjed om dette.

Med hilsen

Kommunelege i Solør

12.12.2 Eksempel 2. Oppfølging av Eks. 1

Til:

Elever og deres foresatte, _____ skole.

Solør, . . .20...

Ansatte på _____ skole.

2. RUNDSKRIV VEDR. PLUTSELIG, UVENTET DØDSFALL HOS ELEV I 3. KLASSE

Det henvises til forrige rundskriv, datert . . .201.....

Vi har i dag fra Sykehuset Innlandet og Statens Institutt for Folkehelse fått opplyst at man har påvist influensavirus hos piken som døde. Nærmere bestemt dreier det seg om influensa- virus av type B hvilket er et meget vanlig forekommende virus når det går influensa i et område. Influensa som altså er en virussykdom, er vanligvis en uskyldig sykdom. Den kan ramme folk i alle aldre og gir vanligvis feber som kan bli nokså høy, hodepine, smerter bak øynene, muskelverk og gjerne også et lettere utslett. Ute i forløpet kan sykdommen mer anta form av en kraftig forkjølelse med halsesyke, øreverk og i sjeldne tilfeller lungebetennelse. Sykdommen gir seg vanligvis etter noen dager.

Det er uhyre sjelden at vi ser dødsfall i forbindelse med influensa, og da helst hos eldre og svekkede mennesker. Det er forklaringen på at helsemyndighetene hver høst tilbyr influensavaksine til folk i alders- og sykehjem. Hos barn er dette ikke aktuelt.

Allikevel har vi her opplevd noe meget sjeldent og tragisk: at et ungt menneske plutselig dør av en sykdom som vi betrakter som uskyldig.

Det blir ikke aktuelt å sette i verk spesielle tiltak på XX skole eller i kommunen for øvrig. Foreldre/foresatte og barn med spørsmål om influensa, bør observeres nøye: at almen-tilstanden er som vanlig og at feberen ikke blir for høy. Ta eventuelt kontakt med egen lege.

Helseavdelingen har gjort avtale med dr. _____ på _____ (sted) om at han tar inntil 10 prøver (halsskyllevannprøver og blodprøver) som ledd i kartlegging av sykdommen, men det skal understrekes at dette gjøres for å få fastslått diagnosen der mistanken om influensa er tilstede og ikke fordi vi er spesielt bekymret for at andre barn skal oppleve alvorlig sykdom.

Til slutt skal også presiseres at influensa-tilfellet på _____ ikke har noe med smittsom hjernehinnebetennelse å gjøre. Livet skal derfor gå sin vante gang blant alle som føler seg friske og opplagte.

Med hilsen

Kommunelege i Solør

12.12.3 Eksempel 3. Øket forekomst av streptokokk-infeksjoner.

Solør, . .20_

Til foreldre og foresatte.

På en avdeling ved _____ barnehage har det lenge vært en øket forekomst av streptokokk-infeksjoner blant barna.

Denne bakterien gir først og fremst halsbetennelse med feber, men kan også gi skarlagensfeber og hudinfeksjonen brennkopper. Hos enkelte kan det opptre en følgetilstand med betennelsesreaksjon i nyrene, og revmatisk feber.

Sykdommen smitter fra syk eller bærer gjennom dråpesmitte fra munnen. Ved brennkopper kan det smitte ved direkte kontakt med huden.

For å begrense smittespredning anbefales å være nøye med håndvask, ikke drikke av samme glass, foreta grundig rengjøring av leker, og helst unngå at felles leker puttes i munnen.

Det er også viktig å være på vakt ovenfor symptomer og starte penicillinbehandling snarest mulig. Streptokokker er årsaken til halsbetennelsen i bare 10-30 % av tilfellene. Man må derfor oppsøke lege for å få tatt prøve fra halsen. Man kan bruke en hurtigprøve eller en dyrkningsprøve som sendes til et mikrobiologisk laboratorium for identifisering av bakterien.

Vi anbefaler at hvis barnet ditt får halsvondt og feber, tar du barnet og dette brevet med deg til legen og ber om at det blir tatt en dyrkningsprøve som sendes til laboratorium slik at vi kan få typebestemt streptokokken. Vi ber også om at du gir legen lov til å sende kopi av svaret til meg.

Barnehagen har tatt situasjonen alvorlig og gjort mye for å begrense smittespredning. Vi vil nå ytterligere innskjerpe rutinene i barnehagen.

Hvis det fortsatt oppstår tilfeller av streptokokk-infeksjon i større grad enn forventet i en barnehage, må vi vurdere å ta prøver av alle barn og ansatte ved avdelingen for å finne ut hvor mange som er bærere, og eventuelt behandle disse.

En slik prøve tas med en vattpinne fra halsen, slik legen tar for å diagnostisere halsbetennelsen.

Vi regner med å kunne stoppe den lille «epidemien» på denne måten og håper på et godt samarbeid med dere.

Hvis det blir aktuelt å ta prøver fra barna, vil dere naturligvis bli orientert om dette, og vi vil også kreve skriftlig samtykke.

Hvis det er noe dere lurer på kan dere ta kontakt med barnehagen eller undertegnede.

Kommunelegen i Solør

12.12.4 Eksempel 4. Dødsfall streptokokkinfeksjon

Eksempelet nedenfor er i forbindelse med et dødsfall hos en barnehageassistent som skyldtes streptokokkinfeksjon. Det gjengis 1 brev.

Solør, . . .20_

TIL FORELDRE/FORESATTE MED BARN I _____ BARNEHAGE

Natt til i dag døde en assistent i _____ barnehage pga. blodforgiftning. Sykehistorien og symptomene kunne tyde på at det her dreiet seg om et tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse eller den mer alvorlige varianten som skyldes blodforgiftning med meningokokker.

I løpet av formiddagen er det imidlertid klart at det ikke dreiet seg om blodforgiftning pga. meningokokker, men pga. streptokokker. Det er meget sjelden at streptokokker gir slik alvorlig sykdom: vanligvis gir streptokokker halsesyke, skarlagensfeber og brennkopper. Som forebyggende tiltak mot slike streptokokkinfeksjoner gjelder forholdsregler som mot vanlig forkjølelse samt god håndhygiene. Ellers er det ingen grunn til å gi penicillinbehandling o.l. til barn og voksne som ikke har symptomer. Det er heller ingen grunn til å stenge barnehagen.

Hvis det derimot hadde vært snakk om en alvorlig meningokokkinfeksjon, hvilket vi trodde i dag tidlig, ville vi fulgt helt andre retningslinjer som bl.a. hadde betydd penicillinbehandling av barn under 15 år og stengning av barnehagen i 1 uke. Dette blir nå ikke aktuelt. Livet kan gå sin vante gang, ingen skal behandles med penicillin uten at de har symptomer som er blitt bekreftet av lege. Barnehagen skal altså heller ikke stenges.

Fordi vi i dag tidlig var nokså sikre på at det var et tilfelle av alvorlig meningokokkinfeksjon, informerte vi lokalavisene om dette. Det er trolig at lokalavisene vil ha et oppslag om dette i dag, men de skulle forsøke å få med en korreksjon på siste side i dag. Ellers kommer det en korreksjon i avisene i morgen.

I denne situasjonen hvor det altså dreier seg om en mer uskyldig bakterie som bare rent unntaksvis kan gi slik alvorlig sykdom som det vi har sett, er det ikke nødvendig med andre forholdsregler enn det som er nevnt ovenfor. Er det nærmere spørsmål i forbindelse med dette tilfellet, kan man henvende seg til Kommunehelsetjenesten ved smittevernlege eller ledende helsesøster.

Vennlig hilsen

Kommunelege i Solør

12.12.5 Eksempel 5. Streptokokkinfeksjon i skoleklasse

Eksempellet nedenfor dreier seg om en streptokokkinfeksjon hos en gutt i 3. klasse. Her var det nødvendig å gå ut med ny informasjon etter en ukes tid. Det gjengis 2 brev.

Solør, . . 20_

Til foreldre/foresatte i klasse 3C, _____ skole.

Forleden dag ble en av guttene i klassen innlagt Sykehuset Innlandet p.g.a. et utslett som senere har vist seg å skyldes en bestemt bakterie, kalt streptokokk. Den påviste streptokokkstammen viser seg å være av en litt spesiell undertype som vi har sett en del alvorlige tilfeller av i Norge de siste par årene, en gang også her i Solør.

På denne bakgrunn er det ønskelig og nødvendig å foreta en nærmere kartlegging i miljøet rundt gutten som nå er pasient ved Sykehuset Innlandet. Nærmere bestemt ønsker vi å få tatt en halsprøve fra klassekamerater og klasselærere for å se om den aktuelle bakterien er tilstede hos noen av personene. Dersom vi finner denne bakterien, vil vi gi penicillin eller et annet antibiotisk middel for å utrydde denne delen av halsfloraen hos vedkommende.

Sykehuset Innlandet opplyser i dag at det står bra til med gutten som er innlagt der og at han er utenfor fare. Allikevel ønsker vi ikke at andre skal utvikle slik sykdom eller annen alvorlig sykdom som denne bakterien kan være årsak til.

Helseavdelingen ønsker med dette å orientere foreldre/foresatte og klasselærere om situasjonen. Helsesøster _____ vil ta halsprøvene av alle elever og klasselærere ___dag . . 200_. Når svaret på disse prøvene foreligger i begynnelsen av neste uke, vil vi ordne med penicillin eller annet antibiotisk middel til de som eventuelt måtte vise seg å ha de spesielle streptokokkene i halsen.

I mellomtiden, inntil svarene på prøvene foreligger, skal det ikke tas spesielle forholdsregler annet enn at man skal observere barna nøye og eventuelt ta kontakt med lege noe raskere enn man ellers ville gjøre ved forekomst av feber, halsesyke eller utslett. Legevakten for Solør vil bli spesielt orientert om situasjonen. Det vil også følge en presseomtale i avisene onsdag middag.

Det vil bli gitt svar på laboratorieundersøkelsen for alle barns vedkommende, også for de som ikke har den aktuelle bakterien i halsen. Vennligst bekreft nedenfor at denne informasjonen er lest.

Med hilsen

Kommunelege i Solør

.....
Ja, jeg/vi har lest informasjonen fra helseetaten av __.__.200_.

(underskrift)

12.12.6 Eksempel 6. Streptokokker - svar halsprøver

Solør, . . .20_

Til foreldre /foresatte og klasselærere i klasse 3C, _____ skole

OM STREPTOKOKK - UNDERSØKELSEN I KLASSEN

Helseavdelingen har akkurat fått svar på de halsprøvene som ble tatt i forrige uke i forbindelse med at en elev hadde fått påvist en spesiell form for streptokokker som man vet kan gi alvorlig sykdom.

Det er derfor fint å kunne meddele at vi ikke har funnet den aktuelle streptokokken (såkalt mucoid streptokokk) i noen av de prøvene som ble tatt. Det blir derfor ikke nødvendig å gi penicillin eller annet antibiotisk middel til noen av undersøkte, verken elever eller lærere.

For ordens skyld skal opplyses at det hos noen ble funnet en annen type streptokokk som er uskyldig. Dette er å betrakte som en naturlig del av halsfloraen som ikke krever behandling hos folk som er friske.

Etter dette kan vi konkludere med at "faren er over" i forbindelse med denne episoden ved _____ skole.

Med hilsen

Kommunelege i Solør

12.12.7 Eksempel 7. Brennkopper (Impetigo) - Råd til barn i barnehager og skoler.

Former for impetigo (brennkopper)

Bulløs impetigo (impetigo bullosa): Tilstanden skyldes alltid gule stafylokokker som danner karakteristiske "slappe" blemmer på rød hud. Når blemmene brister, oppstår fuktige, røde sårflater som dekkes av tynne, lysebrune skorper.

Vanlig impetigo: Tilstanden skyldes gruppe A-streptokokker og/eller gule stafylokokker. Man finner honninggule skorper på lett rød hud etter forutgående blemmedannelse

Det er en tydelig sesongvariasjon med topp i august/september.

Smittemåte.

Sykdommen antas hovedsakelig å smitte ved person til personkontakt og rammer først og fremst barn under 12 år. Bakterien kan også smitte gjennom felles bruk av f eks leker. Jo tettere barna er sammen, desto større fare for smittespredning. Bakteriene spres til frisk hud, så utvikler brennkoppene seg i løpet av 10-14 dager.

Behandling.

Vask affisert hud med vanlig såpe og vann! Løstsittende skorper kan fjernes forsiktig ved vasking, mens mer fastsittende skorper ikke skal røres. Dekk til hudlesjonene med tørre kompresser. Denne behandlingen utføres 2-3 ganger i døgnet og bør suppleres med lokalantiseptisk salve/krem. Dette er tilstrekkelig ved mindre utbredt impetigo (få lesjoner i én region).

Aktuelle midler er enten kombinasjon av antiseptisk klorheksidin og bacitracin (Bacimycin® salve) eller antiseptisk dibrompropamidin (Brulidin® krem) eller Braunovidon salve. På grunn av økende resistensutvikling overfor fusidinsyre hos gule stafylokokker bør Fucidin salve/krem for tiden ikke anvendes

Ved utbredt impetigo (lesjoner i flere regioner) anbefales systemisk bruk av antibiotika i tillegg til lokalbehandling. Dette medfører legekonsultasjon.

Forebyggende tiltak.

God håndhygiene er det viktigste forebyggende tiltaket. Individuer i en familie eller sosial gruppe bør ha separate håndklær og kluter. Nøye tildekking av lesjoner reduserer smitterisiko og bør gjennomføres.

Brennkopper og skole/barnehage.

Ved utbrudd i barnehager, skoler eller andre forsamlinger må god og systematisk håndhygiene innskjerpes. Det bør videre sørges for bruk av engangshåndklær/kluter, for daglig vask av leker og lignende og vask (eventuelt desinfeksjon) av felles kontaktpunkter. Vask må i det minste foretas med såpe og vann. I tilfeller der det er viktig å få rask kontroll med situasjonen, kan bruk av klorin eller isopropylalkohol til desinfeksjon av felles kontaktpunkter være nødvendig.

Barn i barnehage: Barn med brennkopper kan være i barnehage når lesjonene er små og få og godt dekket til. Barn med utbredte brennkopper bør holdes hjemme inntil lesjonene er tørre og i god tilheling og det ikke lenger er fare for at smitteførende sårsekret kan påføres andre barn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkter.

Når det gjelder skolebarn, er det naturlig å bruke tilsvarende vurderinger som for barn i barnehage, spesielt for de yngste elevene

Oppsummerende råd til foreldre/skoler/barnehager.

- Bruk engangshåndklær.
- Forklar viktigheten av god håndhygiene – håndvask!
- Unngå tett kontakt – samling i trange rom.
- Unngå blanding av barn fra ulike avdelinger/klasser.
- Vask daglig felles leker og lignende.
- Felles kontaktpunkter som dørhåndtak og lignende kan vaskes med isopropylalkohol hvis spredningen er vanskelig å få kontroll med.

Kommunelegen i Solør

12.12.8 Eksempel 8. Kikhoste (Pertussis) Råd til barnehager og skoler

Det er for tiden høy forekomst av kikhoste (pertussis). Sykdommen forekommer i alle aldersgrupper. Kikhoste er en bakteriell luftveisinfeksjon forårsaket av *Bordetella pertussis*. Sykdommen arter seg som langvarig og kraftig hoste ofte med karakteristiske kikeanfall etterfulgt av brekninger. Kikhoste regnes som en svært smittsom sykdom.

Sykdommen **smitter** gjennom dråpesmitte i forbindelse med hosteanfall. Mest smittsom i tidlig stadium, og smitter ubehandlet sjelden lenger enn tre uker etter at de typiske hosteanfallene har begynt. Gjennomgått sykdom gir mange års immunitet som avtar med høy alder.

Kikhostevaksine inngår i barnevaksinasjonsprogrammet som kombinasjonsvaksine gitt ved 3, 5 og 11-12 måneders alder, og påfylldose i 2. klasse. Målet med vaksinen er å hindre kikhoste hos barn under 2 år. Vaksinen gir beskyttelse i ca 80 % og vikningen avtar gradvis ved 5-års alder.

Kikhoste kan **behandles** med antibiotika i tidlig stadium.

Ved et påvist tilfelle av kikhoste må forebyggende tiltak overfor **nærkontakter under 2 år** alltid vurderes. Med nærkontakter menes personer i samme husstand som primærkasus eller andre personer som har hatt tett og nær kontakt til primærkasus i perioden etter symptomdebut og som derfor kan ha vært eksponert for kikhostebakterien. Her må man vurdere hvilke barn i barnehagen/skolen som skal defineres som nærkontakter.

En pasient med kikhoste er særlig **smitteførende** den første uken etter symptomdebut. Deretter avtar smittsomheten og etter tre uker regnes pasienten ikke lenger som smitteførende. Behandling senere enn tre uker etter sykdomsdebut har liten hensikt både med tanke på å forkorte sykdomsforløpet, og å redusere smitterisikoen.

En nærkontakt under 2 år som er delvis vaksinert, vil ha nytte av en ny dose **kikhostevaksine** i en eventuell inkubasjonsperiode. Denne gis som kombinasjonsvaksine (DTP-polio-Hib). Første dose med kikhostevaksine gitt til uvaksinerte barn i en eventuell inkubasjonsperiode har liten effekt på sykdomsforløpet. Ta kontakt med helsestasjonen.

Profylaktisk behandling med antibiotika kan mildne og forkorte forløpet av kikhoste. Slik profylaktisk behandling av friske nærkontakter bør bare benyttes til barn under 2 år som ikke er vaksinert. Det anses altså ikke nødvendig å igangsette forebyggende tiltak overfor friske nærkontakter over 2 år. Ta kontakt med fastlegen hvis det er grunnlag for profylaktisk behandling.

- [Infoskriv](#) for utdeling til foreldre/foresatte på skoler.

12.12.9 Eksempel 9. Hepatitt A i en førsteklasse

Neste eksempel er i forbindelse med tilfeller av hepatitt A i en førsteklasse. Det gjengis 1 brev.

Til rektor ved _____ skole og
foreldre/foresatte til elever i klasse ____.

Solør, . .20_.

Helsesjefen har fått melding om 2 tilfeller av smittsom gulsott (hepatitt A) i klasse _____. Det er grunn til å tro at den ene eleven kan ha smittet den andre. Den første eleven er trolig smittet i sitt hjem i forbindelse med en besøkende fra utlandet.

Begge elevene er friske og tilbake på skolen. De er ikke lenger smittefarlige.

Vi vet ennå ikke om andre elever i klassen eller andre barn kan ha blitt smittet. Inkubasjonstiden (d.v.s. tiden fra smitte skjer til de første sykdomssymptomene melder seg) er fra 2 - 6 uker, vanligvis ca. 4 uker. Det er nå snart 4 uker siden den andre eleven ble syk.

På dette tidspunkt, d.v.s. nå, vil en sprøyte med gammaglobulin ikke gi beskyttelse hos elever som eventuelt er smittet. Derfor avstår vi fra det nå.

Hvis vi derimot får et nytt tilfelle av gulsott i klassen (eller på skolen forøvrig), vil vi omgående sette igang gamma-globulininjeksjoner på alle elever i de berørte klassene.

På bakgrunn av det som her er sagt, er det viktig at eventuelle nye tilfeller av smittsom gulsott oppdages og rapporteres så raskt som mulig. I alle tilfeller vil kommuneoverlegen henstille barna og deres familier om at man er ekstra nøye med håndhygienen en tid fremover. Dette fordi hepatitt A (smittsom gulsott) smitter via avføring til munn (fekal-oral smitte måte). Derfor er god håndvask etter toalettbesøk og før man håndterer og spiser mat, spesielt viktig. På skolen bør det bare brukes engangshåndklær.

Hepatitt A (smittsom gulsott) er vanligvis en nokså uskyldig sykdom. Det dreier seg om leverbetennelse. De første symptomene er gjerne feber, uvelfølelse, manglende matlyst, kvalme og magesmerter. Etter et par dager kommer gulfarvingen av huden (gulsott). Vanligvis varer sykdommen 1 - 2 uker, men den kan også ha et mer langtrukket forløp. Sykdomsforløpet hos barn er mildere enn hos voksne. Noen ganger er man smittet uten å bli syk eller uten å bli noe særlig syk. Man er allikevel smitteførende.

I foreliggende situasjon mener vi at de to tilfellene som er rapportert, har en direkte sammenheng (barn som har lekt nær sammen). Det er ingen ting som tyder på at vi står overfor forurenset drikkevann eller forurensede matvarer. Det er følgelig ikke grunn til å frykte at vi står overfor et større utbrudd.

Ved behov for nærmere opplysninger, kontakt ledende helsesøster _____ eller skolens helsesøster _____.

Kommunelege i Solør

12.12.10 Eksempel 10. Tilfelle med meningokokksykdom i skole/barnehage

Et barn er for tiden innlagt på sykehus med mistanke om meningokokk-sykdom.

Meningokokker kan gi både hjernehinnebetennelse og blodforgiftning.

Tiden fra man blir smittet til sykdommen bryter ut er 2-10 dager, vanligvis 3-4 dager.

Sykdommen overføres ved nærdråpesmitte. Direkte kontakt gjennom dråpesmitte fra nese og hals må til, og det antas at relativt store dråper munnspytt må overføres. Deling av flasker, glass og kysning kan være viktige smitemekanismer.

Symptomer på meningokokksykdom er i begynnelsen uspesifikke som influensaliknende symptomer eller som feber med frysninger, hodepine, kvalme og oppkast. Sterkt nedsatt allmenntilstand er viktig å legge merke til. Til å begynne med kan prikksmå blødninger opptre like under huden. Dette gir et slags utslett som ikke lar seg trykke bort med f.eks. et glass.

Råd ved uklar febersykdom de første døgnene:

Observer allmenntilstanden og se etter hudblødninger med noen timers mellomrom, også om natten (sett f.eks. på vekkerklokke til kl 1-2 og 3-5). Vær oppmerksom på brekninger og rask forverring av allmenntilstand.

Man kan gi forebyggende behandling til barn under 15 år i samme husstand som har hatt svært nær kontakt med den syke. Barn i barnehager eller skoleklasser er det ikke aktuelt å behandle. Det finnes vaksine mot to av meningokokk-typene: A og C. Vaksine kan være aktuell når typen er klarlagt, men bare til tilfeller som står den syke nær.

Hvis det skulle vise seg at den aktuelle sykdommen ikke skyldes meningokokkbakterien vil dere selvsagt bli informert så raskt som mulig.

Med hilsen

Kommunelegen i Solør

12.12.11 Eksempel 11. Pressemelding - Dødsfall pga meningokokksykdom

Eksempelet nedenfor som består av 2 brev, er hentet fra jul og nyttår 1991/92 da man hadde 2 dødsfall p.g.a. alvorlig meningokokk-infeksjon i Bærum. Det gjengis 2 brev i forbindelse med det første dødsfallet. Brevene er omskrevet til Solør-forhold.

Glåmdalen

Telefax :

Østlendingen

Telefax :

Solør, . .20_

DØDSFALL P.G.A. SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE

Søndag ettermiddag døde en 14 år gammel gutt fra _____ på Sykehuset Innlandet p.g.a. smittsom hjernehinnebetennelse. Det hadde utviklet seg en blodforgiftning med de bakteriene som forårsaket hjernehinnebetennelsen, og livet stod ikke til å redde.

I dag tidlig er det klart at bakteriene (meningokokkene) tilhører gruppe B, d.v.s. den gruppen som vi ennå ikke har noen effektiv vaksine mot. Det vil derfor ikke bli igangsatt vaksinasjon.

Gutten gikk i __. klasse på _____ skole i Solør. Visse forholdsregler er satt i verk blant klassekameratene. De samme forholdsreglene bør følges av andre som har hatt like nær kontakt som klassekameratene. Skolen har i dag gitt telefonisk beskjed til klassekameratene og deres familier.

Klassekameratene bør i dagene fremover ikke utsette seg for større fysiske anstrengelser og bør sørge for tilstrekkelig med søvn. Det viktigste blir å observere barna nøye, særlig med henblikk på feber og hudutslett. Dette enten det er forkjølelssymptomer eller ikke. Ved den minste mistanke om sykdomsutvikling skal det tas kontakt med lege eller legevakt.

De andre symptomene er uvelfølelse, hodepine, kvalme, nakkestivhet og ømfintlighet for lys. Mange av disse symptomene sees også ved influensa som vi kan vente en økning av denne julen og nyttårshelgen. Ved den minste tvil skal altså lege oppsøkes. Legevakten er informert om dødsfallet og vil ha skjerpet beredskap i julehelgen og romjulen for øvrig.

Rundt et tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse gis det rutinemessig penicillin til nærkontakter under 15 år. Med nærkontakt forstås søsken og andre personer under 15 år som har sovet og spist under samme tak som den syke. I forbindelse med skoleavslutningen før jul hadde elevene i klassen mye omgang med hverandre, og det er iverksatt penicillinbehandling av klassekameratene.

Ved ytterligere spørsmål bes elever, foreldre og andre som har hatt kontakt med den avdøde gutten nylig, om å henvende seg helseleder eller legevakten, tlf. _____

Med hilsen

Kommunelegen i Solør

12.12.12 Eksempel 12. Meningokokksykdom i klasse - vaksinasjon/behandling

Til elever i ____ klasse på _____-skolen og deres foreldre/foresatte.

VAKSINASJON MOT HJERNEHINNEBETENNELSE OG FORTSATT PENICILLIN-BEHANDLING

Det henvises til tidligere gitte informasjon i forbindelse med dødsfallet p.g.a. hjernehinnebetennelsen i __ klasse.

Som kjent ble det tidlig mandag den _____ iverksatt penicillinbehandling til alle klassekameratene til N.N samt til enkelte andre personer under 15 år som ellers hadde hatt nær kontakt med ham i tiden før han ble syk. Denne penicillinbehandlingen ble iverksatt uansett hvilken gruppe bakterier det dreiet seg om. Hensikten med penicillinbehandlingen var å utrydde meningokokk-bakteriene fra halsen til andre som kunne være smittet.

På lengre sikt er det ønskelig å øke kroppens egen motstandskraft mot disse bakteriene. Det kan skje ved vaksinasjon. Til å begynne med fikk vi beskjed fra laboratoriet om at meningokokkene tilhørte den såkalte gruppe B som vi ikke har effektiv vaksine mot. Derfor ble det ikke iverksatt vaksinasjon like før jul. I julen fikk vi imidlertid ny beskjed om at bakteriene var meningokokker av gruppe C.

Disse har vi effektiv vaksine mot, og det er bakgrunnen for innkallingen til vaksinasjon i dag. Selve vaksinen gis i form av én enkeltdose som regnes å gi 3 års immunitet. Det er ikke rapportert noen alvorlige bivirkninger av vaksinen. Det dreier seg eventuelt bare om lette bivirkninger i form av lett rødhet på stikkstedet, eventuelt også kortvarig feber.

Vaksinens beskyttende virkning begynner ikke før det er gått 1 uke. Det er derfor viktig at de barn som inntil nå har stått på penicillin, fortsetter med dette 1 uke til. For dette formål følger det med en resept på penicillin. Til sammen skal det tas 24 tabl. (1 tabl. 3 ganger daglig i 8 dager). Om barnet tidligere har fått penicillin med et annet fabrikanthavn, betyr ingenting. Barn som ikke tåler penicillin (d.v.s. har penicillin-allergi), må ikke ta tablettene. De må få resept på et annet antibiotisk middel.

Ellers gjelder fortsatt i 1 ukes tid fremover det vi sa rett før jul: klassekameratene bør i dagene fremover ikke utsette seg for større fysiske anstrengelser og bør sørge for tilstrekkelig med søvn. Det viktigste blir å observere barna nøye, særlig med henblikk på feber og hudutslett. Dette enten det er forkjølelsessymptomer eller ikke. Ved den minste mistanke om sykdomsutvikling skal det tas kontakt med lege eller legevakt. De andre symptomene er uvelfølelse, hodepine, kvalme, nakkestivhet og ømfintlighet for lys. Mange av disse symptomene sees også ved influensa som vi venter en økning av i nyttårshelgen. Legesentrene og legevakten har skjerpet beredskap i dagene fremover.

Ved ytterligere spørsmål bes elever, foreldre og andre om å henvende seg helsesøster _____ eller til undertegnede på telefonnr: _____ i kontortiden.

Med hilsen

Kommunelegen i Solør

12.12.13 Eksempel 13. Pressemelding meningokokksykdom - dødsfall

Det andre dødsfallet på nyåret 1992 var hos en liten pike. Etter at vi hadde gjort det som måtte gjøres, gav vi en informasjon gjennom lokalavisen (og lokalradioen) som er gjengitt nedenfor.

Glåmdalen

Fax nr.

Østlendingen

Fax nr.

Solør, . .20_

INGEN NYE TILFELLER AV SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE - NØDVENDIG VAKSINASJON ER GJENNOMFØRT

Det er ikke kommet melding om nye tilfeller av smittsom hjernehinnebetennelse etter at 2 personer ble syke sist fredag. I løpet av helgen og i dagene etterpå har et par-tre personer vært innlagt Sykehuset Innlandet til observasjon, men er utskrevet igjen fri for mistanke om denne sykdommen.

I løpet av mandag og tirsdag har kommunehelsetjenesten i Solør gjennomført og avsluttet den nødvendige vaksinasjon av familie, klassekamerater, barnehagekontakter og andre nærkontakter til de to barna som ble syke. Tilsammen er ca. 35 personer blitt vaksinert.

I dagene som kommer, vil vi sannsynligvis oppleve fortsatt bekymring blant folk p.g.a. denne sykdommen. Enkelte vil fortsatt kunne bli innlagt til observasjon hvis de utvikler symptomer som ligner på smittsom hjernehinnebetennelse. Legesentrene eller legevakten vil vurdere behovet for slik oppfølging.

Vaksinasjon mot smittsom hjernehinnebetennelse ansees nå som avsluttet med mindre det skulle dukke opp nye tilfeller av sykdommen. Kommunehelsetjenestene i Solør vil således ikke gi vaksine til folk som ønsker å beskytte seg mot sykdommen generelt. Vi har intet medisinsk grunnlag for å gjennomføre slik vaksinasjon. De personer som har vært nærkontakter til de to personer som ble syke, har alle fått vaksine. Andre personer skal altså ikke vaksineres. Dette fordi vi ikke frykter noen epidemi.

Et bredt anlagt vaksinasjonsprogram av alle barn og ungdom i Solør og omegn i alderen 2-20 år ville kreve grundige forundersøkelser og nøye planlegging over lengre tid.

Dertil kommer at vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse i gruppe A og C bare gir beskyttelse i 3 år. Dette bidrar til at massevaksinasjon mot denne sykdommen ikke er aktuelt nå.

Kommunelegen i Solør

12.12.14 Eksempel 14. Til foreldre - ikke-smittsom hjernehinnebetennelse.

Neste eksempel er et brev som var nødvendig for å forklare at det her ikke var nødvendig med spesielle tiltak.

Til foreldre/foresatte til barn i ___ trinn, _____ skole.

Solør, . . .20_

TILFELLE AV IKKE-SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE HOS ELEV I
___ KLASSE

Vi har i dag fått melding om at en gutt i 5. klassetrinn ble innlagt Sykehuset Innlandet i går kveld med symptomer på hjernehinnebetennelse.

Barneavdelingen opplyser i dag at det dreier seg om en ikke smittsom form for hjernehinnebetennelse. Årsaken er et alminnelig virus som bare i ytterst sjeldne tilfeller kan gi slik alvorlig sykdom. Det er på denne bakgrunn ikke nødvendig eller aktuelt med spesielle forholdsregler eller tiltak. Det er også opplyst at guttens tilstand er tilfredsstillende og at han er i bedring.

Med hilsen

Kommunelegen i Solør

12.12.15 Eksempel 15. Smittsom hjernehinnebetennelse - avkrefting

Det siste eksempelet er en melding om "falsk alarm", d.v.s. at en mistanke er blitt avkreftet.

Til:

Rektor ved _____ skole,
Elever og foresatte i klasse ____
og enkelte andre ved _____ skole

Solør, . . .20_

ELEVEN FRA KLASSE __ SOM BLE INNLAGT P.G.A. MISTANKE OM SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE

Fra Sykehuset Innlandet har vi i dag tidlig fått melding om at det heldigvis ikke dreiet seg om smittsom hjernehinnebetennelse hos den eleven i klasse 9C som forleden dag ble lagt inn i Sykehuset Innlandet med slik mistanke.

Det gjør at de tiltakene som vi beskrev i vårt forrige brev av _____, ikke blir nødvendig å fortsette.

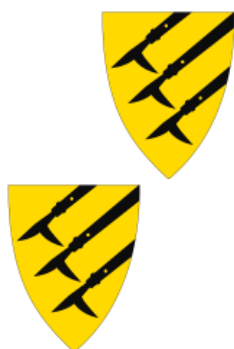
Diagnosen smittsom hjernehinnebetennelse kan være vanskelig å stille fordi det er en rekke andre tilstander som kan ligne.

Ved mistanke er vi nødt for å sette iverk en del tiltak selv om diagnosen ikke er helt sikker. Skulle det nemlig vise seg hos en person at det er smittsom hjernehinnebetennelse, har vi ingen tid å miste. Men altså: i dette tilfellet var det "falsk alarm", og klassekameraten i klasse ____ er utenfor fare.

Vennlig hilsen

Kommunelegen i Solør

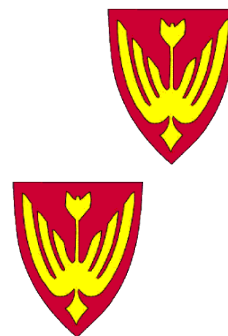
12.13 Skjema for hodelus – info til foreldre/foresatte



Åsnes



Grue



Våler

TIL FORELDRE/FORESATTE

VEDRØRENDE HODELUS

ALLE FORELDRE/FORESATTE OPPFORDRES TIL Å KONTROLLERE SINE BARN FOR Å SE OM DE HAR HODELUS!

Hodelus finnes hovedsakelig på barn i alderen 5 - 12 år. Dette skyldes at denne aldersgruppen har mye kroppskontakt/hodekontakt. Voksen hodelus har evnen til raskt å krype over på et annet hode. Lusesmitte med hodeplagg o.l. kan forekomme.

Lusesmitte har ingen ting med urenslighet, langt hår, status o.l. å gjøre.

Når det oppdages hodelus på ett eller flere barn i en barnehage eller skole må dette ikke oppfattes som skam. Si i fra til de personer barnet har hatt nær kontakt med.

Det er ikke skolen eller barnehagen “som har lus”, så det har ingen hensikt at skoler/barnehager stenges.

Lusa lever i hodebunnen, særlig i nakken og bak ørene. Voksne hodelus er 2 -3 mm lange.

Eggene er ca 1 mm lange, gråhvite/gulhvite på farge, og lettere å se enn lusa. Nylagte egg finnes ved roten av hårene og “vokser utover”, etterhvert som håret vokser. Håret vokser ca 1 cm pr. måned.

BEHANDLING:

Det er KUN den/de som har lus eller egg som skal behandles.

1. Midler som inneholder virkestoffene Malation eller Dimetikon ser ut til å ha god effekt.
2. Følg bruksanvisningen nøye!
3. Det er viktig å kamme håret etter behandling med en finkam i plast.(Fås på apoteket) . Effekten av behandlingen vil bli bedre når den kombineres med kamming. Dette har to

hensikter; fjerning av lammete lus som kan våkne igjen, og lusene som kammes ut kan observeres for å avgjøre om de er døde eller bare lammet.

- 4. Gravide og barn under 1 år** – spør om hvilket preparat du bør velge på apoteket eller helsestasjonen.
- 5. Gjenta** behandlingen slik det står anvist i bruksanvisningen. **MEGET VIKTIG** for at behandlingen skal bli vellykket.

Etterkontroll av håret bør foretas av alle, f.eks. en, to og tre uker etter siste behandling for å påvise evt. behandlingssvikt eller nysmitte fra en ubehandlet smittekontakt.

Barn kan gå i barnehage/skole når behandling er igangsatt.

- 6. Kamming av vått hår kan også brukes til å bekjempe hodelus.** (i tørt hår er det lettere for lusa å bevege seg og stikke unna). Ved bekjempelse må kammingen utføres systematisk og grundig **en gang om dagen i minst åtte dager og deretter en gang i uka i tre uker.** Bruk en finkam i plast. Vask håret først med vanlig sjampo, legg et hvitt håndkle over skuldrene og kam håret mens det er vått. Lusene faller da ned på håndkle og er lette å oppdage. Se etter små lus og luseegg mellom tinnene på kammen. Både kam og håndkle behandles med varmt vann, over 60 grader, eller fryses for å drepe lusene.
- 7. Lus i skjerv og luer dør** når de ligger ubrukt i romtemperatur i to døgn. Lusene dør hurtig ved frysing (- 20 °C) og oppvarming (+ 60 °C).

Hovedårsaken til at hodelus er så vanskelig å utrydde er at den smitter fortere enn den oppdages. Den leder stadig kappløpet p.g.a. den lange tiden det tar fra en har fått lus til en begynner å klø, gjennomsnittlig 3 - 4 mnd. Kløen skyldes en allergisk reaksjon på fremmedstoffer som sprøytes inn i huden med lusas spytt under blodsugingen.

Det er ikke farlig å få lus, men det føles ekkelt og ubehagelig å tenke på det. Undersøk barna regelmessig med tanke på lus (også de som ikke klør).

Det er de som går uoppdaget med lus som er smittespredere.

Lykke til!

Kommunelegen i Solør

Led. helsesøster i Åsnes, Grue og Våler kommune

12.14 Oversikt og meldingsgang for meldingspliktige sykdommer

MSIS kan inneholde opplysninger om personer i Norge som er smittet med nærmere bestemte smittsomme sykdommer. Sykdommene er inndelt i ulike sykdomsgrupper; A, B og C. Hva slags informasjon MSIS kan innhente avhenger av hvilken gruppe sykdommen tilhører.

13. Gruppe A sykdommer

Smittsomme sykdommer i gruppe A er sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle av hensyn til smittevernet og internasjonale forpliktelser. Meldingen inneholder personidentifiserbare opplysninger.

Laboratoriers meldingsplikt

Når et laboratorieresultat indikerer at en pasient har en smittsom sykdom i gruppe A, skal laboratoriet samme dag sende melding til Folkehelseinstituttet i form av kopi av svarskjema til rekvirerende lege eller på annen måte som inkluderer de samme opplysningene som på svarskjemaet. Samme dag skal laboratoriet sende skjemaet "MSIS-melding - Nominativ melding om smittsom sykdom" til den rekvirerende lege. Ved tuberkulose trenger ikke laboratoriet sende meldingsskjema til rekvirerende lege. Laboratorier med nasjonal referansefunksjon i medisinsk mikrobiologi, som undersøker prøver på vegne av annet laboratorium eller som gjør spesialundersøkelser eller bekreftende undersøkelser for annet laboratorium, har samme meldingsplikt som det rekvirerende laboratorium, uansett om dette har eller kan ha sendt melding

Legers meldingsplikt

Enhver lege som oppdager eller får mistanke om smittsom sykdom i gruppe A skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde tilfellet. Melding skal sendes til MSIS ved Folkehelseinstituttet og til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal melding også sendes til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. For arbeidstakere i petroleumsvirksomhet skal melding om tuberkulose i tillegg sendes til medisinsk-faglig ansvarlig lege i det aktuelle operatørselskap. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Kopi av meldingen skal oppbevares i pasientens journal. Legen skal benytte "MSIS-melding - Nominativ melding om smittsom sykdom". For tuberkulose skal skjema "MSIS melding tuberkulose" benyttes. Tuberkulosemelding skal også sendes den lokale tuberkulosekoordinator. Skjemaene skal alltid sendes fra det mikrobiologiske laboratoriet som har analysert prøven (med unntak av tuberkulose). Det er ikke nødvendig for allmennleger eller sykehusavdelinger å ha liggende en bunke tomme meldingsskjemaer på kontoret. Spesialister og sykehusavdelinger som diagnostiserer og behandler tuberkulose kan selv ha et lager med tomme skjemaer. Diagnostiserende lege kan også laste ned skjemaet fra Folkehelseinstituttets nettsider (se lenke nedenfor) som en pdf-fil som utfylles elektronisk, skrives ut og sendes per post. Meldende lege må da huske på å sende melding både til Folkehelseinstituttet og kommuneoverlegen.

14. [MSIS-melding. Nominativ melding om smittsom sykdom](#)

15. [MSIS-melding tuberkulose](#)

Sykdommer som etter siste revisjon 01.07.2014 er meldingspliktige, gruppe A er:

- aids
- botulisme
- brucellose
- campylobacteriose
- denguefeber
- diaréassosiert hemolytisk uremisk syndrom
- difteri
- dobbeltinfeksjon med tuberkulose og hiv
- ekinokokkose
- enteropatogen *E. coli*-enteritt
- flekktyfus (epidemisk)
- giardiasis
- gulfeber
- haemophilus influenzae, systemisk sykdom
- hemoragisk feber /Ebola
- hepatitt A
- hepatitt B (akutt og bærerskap)
- hepatitt C
- HPV-infeksjon som har forårsaket kreft eller forstadier til kreft
- influensa forårsaket av virus med pandemisk potensial
- kikhoste
- kolera
- kopper
- kryptosporidiose
- kuma
- legionellose
- lepra
- listeriose
- lyme borreliose
- malaria
- meningokokksykdom, systemisk
- meslinger
- miltbrann
- nephropathia epidemica
- paratyfoidefeber
- pest
- poliomyelitt
- pneumokokksykdom, systemisk
- prionsykdommer
- q-feber
- rabies
- røde hunder
- salmonellose
- sars (alvorlig, akutt luftveissyndrom)
- shigellose
- smittebærertilstand og infeksjoner med mikrober med spesielle resistensmønstre
- smittebærertilstand eller infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker
- smittebærertilstand eller infeksjoner med penicillinresistente pneumokokker
- smittebærertilstand eller infeksjoner med vankomycinresistente enterokokker
- streptokokk gruppe A-sykdom, systemisk

- streptokokk gruppe B-sykdom, systemisk
- tetanus
- tilbakefallsfeber
- trikinose
- tuberkulose
- tularemi
- tyfoidfieber
- vestnilfeber
- virale infeksjoner i sentralnervesystemet
- yersiniose

Gruppe B sykdommer

Smittsomme sykdommer i gruppe B er tre seksuelt overførbare sykdommer. Meldingen inneholder aidentifiserte opplysninger (anonym melding).

Laboratoriers meldingsplikt

Når et laboratorieresultat indikerer at en pasient har en smittsom sykdom i gruppe B, skal laboratoriet samme dag sende melding til Folkehelseinstituttet. Det skal benyttes den avrivable laboratoriedelen av nummerert skjema "MSIS- melding - Aidentifisert melding om smittsom sykdom". Samme dag skal laboratoriet sende resten av meldingsskjemaet til rekvirerende lege.

Legers meldingsplikt

Enhver lege som oppdager eller får mistanke om smittsom sykdom i gruppe B skal uten hensyn til taushetsplikt skriftlig melde tilfellet. Legen skal benytte det nummererte skjemaet "MSIS- melding - Aidentifisert melding om smittsom sykdom" som de får tilsendt fra det diagnostiserende laboratoriet. Meldingen skal sendes til MSIS, Folkehelseinstituttet og til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal det også gis melding til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt.

Sykdommer som er meldingspliktige, gruppe B er:

- gonoré *
- hivinfeksjon *
- syfilis *

* *allmennfarlig smittsom sykdom*

16. Gruppe C sykdommer

Smittsomme sykdommer i gruppe C er sykdommer der det er nødvendig med oversikt over situasjonen, men der det ikke er nødvendig med registrering av detaljerte opplysninger om enkelttilfeller. Meldingen inneholder aidentifiserte opplysninger. Sykdommer som overvåkes i gruppe C er:

- influensaliknende sykdom (kun utpekte "vaktårn"- meldingsenheter skal melde)
- chlamydiainfeksjon, genital * (kun laboratorier skal melde)
- smittebærrtilstand eller infeksjoner med toksinproduserende *Clostridium difficile*

* *allmennfarlig smittsom sykdom*

17. Meldingskriterier

For hver meldingspliktig sykdom er det utarbeidet egne kriterier for om sykdommen skal meldes til MSIS. De er i all hovedsak identisk med de europeiske meldingskriteriene som er utarbeidet av EU-kommisjonen og som brukes ved datainnsamling ved det europeiske smittevernsenteret, ECDC.

- [Meldingskriterier sykdommer i MSIS](#)
- [EU case definitions for reporting communicable diseases \(2012\)](#)