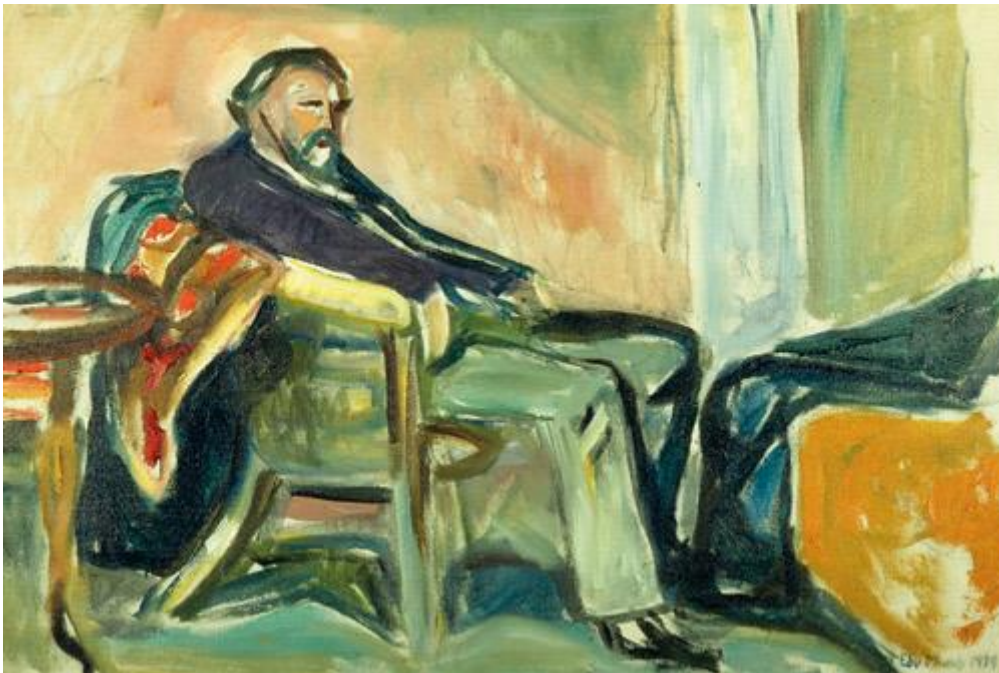




RØROS KOMMUNE
Smittevernplan

SMITTEVERNPLAN FOR RØROS KOMMUNE



v/ KOMMUNEOVERLEGE ANNE LAJLA WESTERFJELL KALSTAD

januar 2020



Innhold

<u>1.0 Innledning</u>	3
<u>1.1 Hensikt med planen</u>	3
<u>1.2 Målsetting med planen og smittevernarbeidet</u>	3
<u>1.3 Lovverk</u>	3
<u>1.4 Definisjoner</u>	3
<u>2.0 Lokale forhold og ressurser</u>	4
<u>2.1 Lokale forhold</u>	4
<u>2.2 Geografi</u>	4
<u>2.3 Organisering av helsetjenesten</u>	4
<u>2.3 Lokale ressurser</u>	4
<u>2.4 Eksterne ressurser</u>	4
<u>3.0 Smittevern i beredskapssituasjoner</u>	4
<u>3.1 Definisjon</u>	4
<u>3.2 Ansvarsdelegasjon og myndighet</u>	5
<u>3.3 Melding og varsling</u>	5
<u>3.4 Tvangsvedtak</u>	6
<u>3.5 Aksjonsplan</u>	7
<u>3.6 Pandemiplan</u>	7
<u>4.0 Smittevern i en normalsituasjon</u>	8
<u>4.1 Ansvarsdelegasjon og myndighet</u>	8
<u>4.2 Helseopplysning</u>	8
<u>4.3 Vaksinasjon</u>	8
<u>4.4 Sykehjem og hjemmebasert omsorg</u>	9
<u>4.5 Skoler og barnehager</u>	9
<u>4.6 Meldesystem for smittsomme sykdommer</u>	9
<u>4.7 Resistensproblematikk</u>	10
<u>4.8 Tuberkulosekontroll program</u>	11
<u>4.8.1 Forskrift om tuberkulosekontroll</u>	11
<u>4.8.2 Organisering av tuberkulosekontroll i Røros kommune</u>	11
<u>4.8.3 Oppfølging av personer som trenger tuberkulose behandling</u>	12
<u>4.8.4 Smitteoppsporing ved påvist tuberkulose sykdom</u>	12
<u>4.9 Miljørettet helsevern</u>	13
<u>5.0 Tilleggsinformasjon for smittevernplan</u>	13
<u>5.1 Kommunens oppgaver</u>	13
<u>5.2 Sammenheng med andre kommunale planer</u>	14
<u>5.3 Revisjonsrutiner</u>	14
<u>5.4 Risiko og sårbarhetsanalyser/utfordringer</u>	14
<u>6.0 Vedlegg</u>	16



1.0 Innledning

1.1. Hensikt med planen

Kommunehelsetjenesten er lovpålagt å ha en anvendbar plan til forebygging- og behandling av smittsomme sykdommer. Planen skal tydeliggjøre hva kommunen gjør, hvordan en aktiviserer kriseberedskapsteamet i Røros kommune og hvilke ressurser en har å spille på utenfor kommunen. Smittevernplanen skal ikke brukes som en lærebok, men i stedet hjelpemiddel til håndtering av smittsomme sykdommer i daglig drift og beredskapsmessige sammenheng. Planen skal revideres hvert 4. år. Hovedansvarlig er kommuneoverlege. Det fins en egen pandemiplan.

1.2 Målsetting med planen og smittevernarbeidet

Planen skal beskrive de tiltak og tjenester kommunen har for å forebygge smittsomme sykdommer. Smittevernarbeidet skal sikre befolkningen et vern mot smittsomme sykdommer ved å forebygge utbrudd, motvirke smittespredning i befolkningen og overvåke smittsomme sykdommer.

1.3 Lovverk

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer: *Smittevernloven* ([link](#))
- Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste: *Helse- og omsorgstjensteloven* ([link](#))
- Lov om matproduksjon og mattrygghet, mv: *Matloven* ([link](#))
- Lov om helsemessig og sosial beredskap: *Helseberedskapsloven* ([link](#))
- Lov om spesialisthelsetjenesten: *Spesialisthelsetjensteloven* ([link](#))
- Lov om vern mot forurensning og om avfall: *Forurensningsloven* ([link](#))
- Oversikt over forskriftene og ytterligere informasjon er tilgjengelig via **Lovdata** ([link](#))

1.4. Definisjoner

Smittsom sykdom: En sykdom eller smittebærertilstand som er forårsaket av en mikroorganisme (smittestoff) eller del av en slik mikroorganisme, eller av en parasitt som kan overføres blant mennesker. Som smittsom sykdom regnes også sykdom som er forårsaket av gift (toksin) fra mikroorganismer.

Allmennfarlig smittsom sykdom: En sykdom som er særlig smittsom, som kan opptre hyppig, har høy dødelighet og/eller kan gi alvorlige eller varige skader som vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.

Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom: Et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak. Folkehelseinstituttet kan i tvilstilfelle avgjøre når det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.



2.0 Lokale forhold og ressurser

2.1 Lokale forhold

Kommunen har 5577 antall innbyggere per 3. februar 2020. I tillegg er det til enhver tid hytteturister og andre turister tilstede i kommunen.

2.2 Geografi

Røros har et areal på x km. Det grenser til Holtålen, Os, Tydal og Funesdalen.

2.3 Organisering av helsetjenesten

Røros har ett legekantor. Dette er kommunalt drevet. På kveld og natt er det interkommunal legevakt med Os og Holtålen.

Tynset sykehus er lokalsykehuset, og ligger 7 mil unna. Dette sykehuset har en døgnbemannet indremedisinsk og kirurgisk avdeling Smittevernlege og hygienesykepleier er kontaktbare per telefon i dagtid. St Olav hospital er regionalisykehus og har døgnkontinuerlig smittevern vakt.

2.3 Lokale ressurser

-	Kommuneoverlege: Anne Lajla Westerfjell Kalstad:	41333342
-	Kommunalsjef helse: Mona Landsverk	90776948
-	Virksomhetsleder helse: Jan Roger Wold	41001133
-	Virksomhetsledere sykehjem Gonda Brower	97424042
-	Røros legesenter med ø-hjelpsnummer:	72419480
-	Kommunedirektør Kjersti Fordbord Jensås	95102168
-	Beredskapsleder Bjørn Ivar Sevatdal	47632552
-	Leder kriseteam: Bjørg Todalshaug (fung. Leder)	92827464

2.4 Eksterne ressurser

Tynset sykehus: 91506200

- **St Olav hospital 72573000**
- **Nasjonalt Folkehelseinstitutt:** Sentralbord 21077000, **Smittevern vakta** 21076348
- **Avdeling for infeksjonsovervåking:** 21077000 / 21076643

Råd og veiledning om smittsomme sykdommer, bistand ved utbruddsopklaring.

- **Vaksinerådgiving:** 21077000 (ukedager kl.: 13:00 – 14:30). Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo
Ved mistanke om eller ved utbrudd skal smittevernlege og mattilsynet melde inn utbrudd via et vevbasert system for utbruddsvarsling (Vesuv).
- **Mattilsynet:** Tilsynsmyndighet for vannforsyning og ansvar for kontroll knyttet til næringsmiddel.
- **Veterinærinstituttet i Oslo:** 23216000

3.0 Smittevern i beredskapssituasjoner

3.1 Definisjon

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



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

3.2 Ansvarsdelegasjon og myndighet

Kommuneoverlegens rolle:

- Tilse at saken håndteres forsvarlig ved mistanke om utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. - Ansvar for å sikre at behandlingsskjeden fungerer, at tiltak for å hindre videre smitte og å identifisere smittekilde/andre syke fungerer lokalt.
- Informere og innkalle kriseledelsen i kommunen når beredskapssituasjonen tilsier det, det vil si når utfordringene ved smittevernarbeidet overgår det kommunen kan håndtere innenfor rammene av daglig drift.
- Inngå i og bistå kriseledelsen i arbeidet for å ivareta befolkningen, treffe nødvendige beslutninger og håndtere saken i forhold til både smittevernplan og overordnet kriseberedskapsplan.
- Sørge for kontakt mellom kommune, Folkehelseinstitutt, fylkeslege, legevakt, nabokommuner og sykehus. Alle disse skal samvirke for å redusere skadeomfanget og håndtere situasjonen best mulig ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.
- Varslingsrutiner beskrives i punkt 3.3

Behandlernde leges rolle:

- Personer som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig smittevernhjelp. Ved allmennfarlig smittsom sykdom har smittede pasienter rett til gratis helsehjelp som dekkes av folketrygden. De med fastlege i kommunen, skal først til behandlernde lege og de som ikke har fastlege i byen, skal til vakthavende lege.
- Behandlernde lege har det behandlingssmessige ansvar for pasienten lokalt, mens spesialisthelsetjenesten har behandlingsansvar for pasienten på sykehus.

Befolkningen:

- Ved alvorlige utbrudd pålegges i tillegg befolkningen en del krav, som ved manglende frivillig samarbeid kan medføre tvangsvedtak. Se punkt 3.4

Grunnprinsippene ved beredskapsarbeid:

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

3.3 Melding og varsling

Varsling gjøres muntlig og umiddelbart til følgende:

1. Smittevernlege:

- Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av enkelte, utpekte gruppe A-sykdommer, skal umiddelbart varsle smittevernlegen eller dens stedfortreder, eventuelt Folkehelseinstituttet om man ikke får tak i smittevernlege/stedfortreder.
- Samme gruppe helsepersonell skal også varsle smittevernlege/stedfortreder ved mistanke om særlig omfattende utbrudd av øvrige smittsomme sykdommer



- Samme gruppe helsepersonell skal også varsle smittevernlege/stedfortreder ved utbrudd i sykehjem, barnehager og lignende.

2. Fylkeslege og Folkehelseinstitutt

Dersom ikke et slikt utbrudd raskt kan avkreftes, skal smittevernlegen varsle Fylkeslegen og Folkehelseinstituttet (Smittevernvakta 21 07 63 48). Utbruddet skal fortrinnsvis varsles via Vesuv (FHI internett side: <http://www.vesuv.no>). Det gir automatisk varsling til Folkehelseinstituttets smittevernvakt.

3. Mattilsynet

- Ved utbrudd der en mistenker at fødemidler kan være årsak til human smitte, skal Mattilsynet varsles.
- Mattilsyn og kommunen har en gjensidig varslingsforpliktelse, se vedlegg 2, der skriftlig samarbeidsavtale beskriver hvordan dette er organisert. Ved utbrudd der næringsmidler mistenkes involvert gir smittevernlegen Mattilsynet ID-koden til opprettet sak via Vesuv (<http://www.vesuv.no/>) og vise versa.

4. Rådmann og ordfører

Kommuneoverlege informerer rådmann og ordfører i kommunen som har ansvar for å innkalle kommunens overordnet krisehåndteringsgruppe, forsterket av helsesøster og eventuelt Mattilsyn.

5. Andre

Det skal gis informasjon til legene i kommunen og eventuelt berørte nabokommuner, legevakt, mikrobiologisk laboratorium og sykehus.

6. MSIS

I tillegg til varsling skal meldepliktige sykdommer i gruppe A og B meldes skriftlig på MSIS-skjema og sendes til FHI, smittevernlege, kommuneoverlege samt lagres i pasientjournalen.

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

3.4 Tvangsvedtak

- Det er kun kommuneoverlege som kan fremme forslag om bruk av tvang. - Helse Midt RHF har seksjonsoverlege ved infeksjonsmedisin St Olavs hospital eller dennes stedfortreder til å treffe beslutning om tvangsvedtak innen smittevern i henhold til loven.

Sykehuslege som kan gjøre tvangsvedtak:

Dette er aktuelt ved allmennfarlig smittsom sykdom hvor det er overveiende sannsynlig at den smittede kan overføre sykdom til andre og hvor frivillig isolering ikke lar seg gjennomføre. Etter Smittevernloven §§ 4-2 og 5-2 kan det fattes tvangsvedtak i forhold til forbud mot deltagelse i jobb (§4-2) og tvunget legeundersøkelse (§5-2), sistnevnte i hastesaker.

Det regionale helseforetaket skal ifølge smittevernloven § 7-3 utpeke en sykehuslege som kan gjøre tvangsvedtak etter § 4-2 (Forbud mot utførelse av arbeid m.m.) og § 5-8 (Hastevedtak) sammen med kommuneoverlegen.

Andre aktuelle vedtak:

- Kommunestyret og Helsedirektoratet kan etter § 4-1 i smittevernloven ilegge møteforbud, stenge virksomhet, stanse eller begrense kommunikasjon, isolere personer i geografisk avgrensede

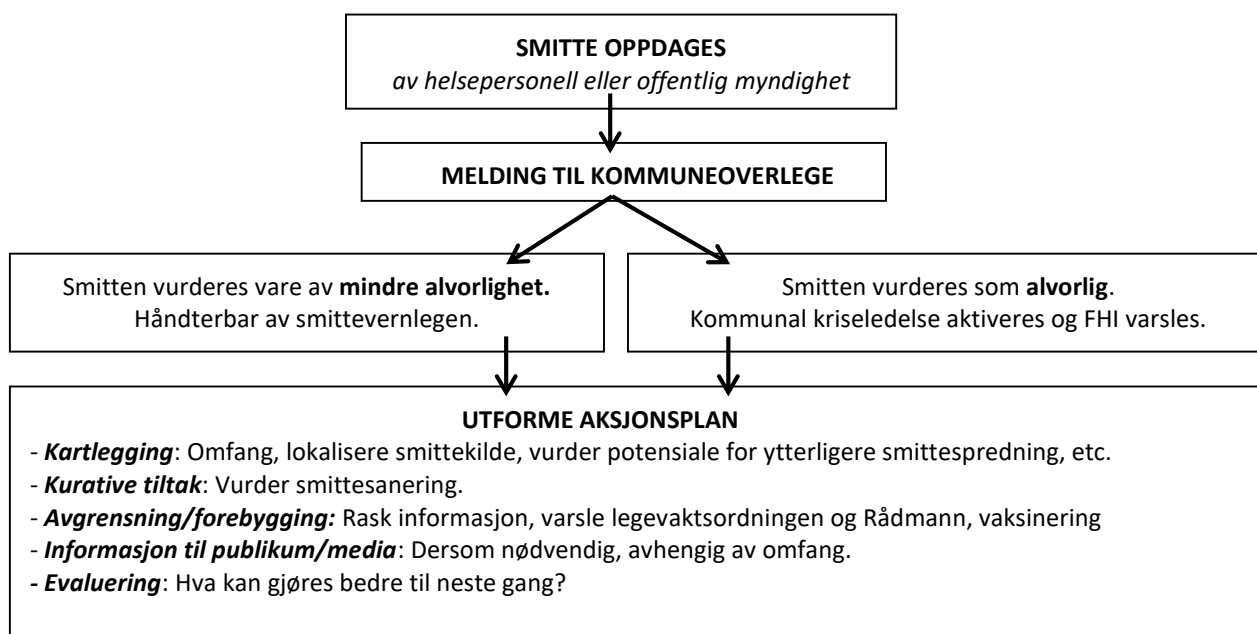
områder og pålegge smittesanering. Kommunestyret i Røros kommune har delegert denne retten til kommuneoverlege.

- Smittevernlege og overnevnte sykehusleger kan forby smittede personer å gjenoppta sitt arbeid eller delta i undervisning i 3 uker av gangen etter § 4-2.
- Smittevernlege kan vedta obduksjon ved mistanke om alvorlig smittsom sykdom etter § 4-5.
- Smittevernnemnda (nasjonal nemnd i Akershus) kan i særskilte saker etter forslag fra smittevernlege gjøre vedtak om tvunget isolering og medikamentell behandling i sykehus etter § 5-2 og § 5-3. Fylkesmannen i Akershus er sekretær for smittevernnemnda.

3.5 Aksjonsplan

Formålet med aksjonsplanen er å beskrive smittevernets oppgaver i beredskapssituasjoner. Hvilke tiltak som treffes er avhengig av den enkelte situasjon og aksjonsplanen må lages etter en kartlegging av situasjonen. Mindre alvorlige epidemier kan håndteres lokalt, mens mer alvorlige situasjoner nødvendiggjør at en involverer flere eksterne instanser som skissert nedenfor.

Handlingsplan ved allmennfarlig sykdom, utformes av kommuneoverlege:



3.6 Pandemiplan

Pandemi: betegner et sykdomsutbrudd som rammer svært mange mennesker og sprer seg over store deler av verden. Som skissert i ROS-analysene er pandemiske virusutbrudd sannsynlige også i framtida, og vil kunne medføre store konsekvenser både for enkeltindivider og samfunn.

Pandemisk influensa: et influensavirus som er så endret at befolkningen har liten og ingen immunitet, noe som gjør mengden smittede betydelig større enn ved de årlige influensaepidemiene.

En viruspandemi vil medføre større mengder syke og døde enn ved de årlige influensaperiodene. Egenskapene ved viruset vil avgjøre hvor mange som blir syke og hvor høy dødelighet virusutbruddet vil medføre. Hastigheten på spredningen avhenger av virusegenskaper, men økt internasjonal



kommunikasjon vil etter all sannsynlighet medføre en rask spredning. Isolasjon av land og deler av land ansees ikke som noe hensiktsmessig middel for å beskytte seg mot smitte. Den nasjonale pandemiberedskaper styres sentralt gjennom Helse- og Omsorgsdirektoratet (HOD).

Røros kommune har en egen pandemiplan.

4.0 Smittevern i en normalsituasjon

Hovedmålet med det daglige smittevernarbeidet er å forebygge smittsomme sykdommer og bryte smittekjeden.

4.1 Ansvarsdelegasjon og myndighet

Smittevernsansvaret i daglig pasientkontakt ligger hos det enkelte helsepersonell: fastlege, helsesykepleier, sykehjems ansatte osv. Ved påvisning av smittsom sykdom har fastlege, tilsynslege og sykehuslege ansvar for å gi pasienten adekvat informasjon og behandling. Smittevernlege kan kontaktes ved behov for råd og veiledning, men er ikke ansvarlig for oppfølging av disse pasientene. For spesielt smittsomme sykdommer er det etablert meldings- og varslingsrutiner fra utøvende helsepersonell til smittevernlege og Folkehelseinstituttet for at disse skal kunne overvåke smittesituasjonen, tilse at pålagt behandling iverksettes og hindre større smitteutbrudd.

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

Gjennom meldingssystemet sikrer en at kommuneoverlege har oversikt over smittestatus i kommunen og kan gjøre nødvendige grep ut fra dette. Kommuneoverlegen skal bistå og hjelpe øvrige deler av kommunens helsetjeneste i arbeidet mot smittsomme sykdommer når dette er nødvendig. Legene er tilpliktet å melde til kommuneoverlege dersom de ikke har forutsetning for å undersøke smittede personer, eller utføre smitteoppsporing.

De som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig smittevernhjelp og ved allmennfarlig sykdom rett til gratis helsehjelp. Legekonsultasjoner belastes HELFO. Medisiner gis på paragraf 4.

4.2 Helseopplysning

I sitt daglige arbeid tilplikter fastleger, hjemmetjeneste, sykehjemsansatte og helsesykepleiere å informere pasientene om nødvendige tiltak for å unngå smittsomme sykdommer. Ved påvist smittsom sykdom skal det informeres om tiltak for å hindre videre smitte, samt evt. identifisere smitekilden.

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

4.3 Vaksinasjon

Viser til [Folkehelseinstituttets vaksinasjonshåndbok](#),

Barnevaksinasjonsprogram: Helsestasjon og skolehelsetjenesten har ansvar for å tilby alle barn og unge vaksinasjon etter det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet (vaksinasjonshåndboka kap.1.5).



Influenzavaksine: Tilbys risikogrupper i henhold til folkehelseinstituttets gjeldende anbefalinger. Dette tilbudet organiseres gjennom legekantoret, i samarbeid med kommuneoverlege i september/oktober. Det er et mål at langt flere i risikogruppene skal la seg vaksinere.

Pneumokokkvaksine: Tilbys risikogrupper i henhold til folkehelseinstituttets. Anbefalinger hver 10. år og kan samordnes med influenzavaksineringen.

Reisevaksine: Vaksinasjon og rådgivning tilbys av helsestasjon. Ved resepter på sjeldne sykdommer, skrives disse av fastlege. Helsestasjon setter vaksinene.

Hepatitt B-vaksine: Tilbys ved helsestasjon.

BCG-vaksine: Tilbys til uvaksinerte i henhold til veileder for tuberkulosekontroll:
<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/>

Tetanusvaksine (stivkrampe): Tilbys hos helsesøstertjenesten, ved legekantore eller legevakt etter retningslinjer.

HPV-vaksine: Tilbys gratis til kvinner født i 1991 og senere. Tilbudet startet 1. november 2016 og varer i to år fremover. Fra høsten 2018 tilbys også gutter på 7. trinn HPV vaksine.

4.4 Sykehjem og hjemmebasert omsorg

Virksomhetsledere på sykehjemmene har ansvar for at det foreligger et infeksjonskontrollprogram. Det er naturlig at kommuneoverlege følger dette opp. Samme kontrollprogram kan gjerne implementeres i hjemmetjenesten, selv om dette ikke er pålagt. Da vil rutiner for årlig influenzavaksine, tiltak for å redusere smittefare, samt tiltak ved utbrudd bli skriftliggjort og revisjon av daglige driftsrutiner vil bli lettere.

4.5 Skoler og barnehager

Skoler og barnehager skal drives slik at spredning av smittsomme sykdommer forebygges. De skal bruke helsesøster/kommuneoverlege som rådgivere når det oppstår smittsomme sykdommer der tiltak vurderes. Helsetjenesten vil da ha hovedansvar for oppfølging. Smittevern i skole og barnehager reguleres mellom annet etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler.

4.6 Meldesystem for smittsomme sykdommer

Alt helsepersonell plikter at varsle ved mistanke om tilfeller av allmennfarlig smittsom sykdom

Fastlegens rolle:

- Diagnostiserer og behandler smittsomme sykdommer.
- Smittevernloven gir den enkelte lege i oppgave å følge opp pasienten med smittsom sykdom, med særskilt vekt på de som har allmennfarlig smittsom sykdom.
- Følger opp, råd- og veileder pasienten og nærmeste familie for å forhindre smittespredning.
- Ved alvorlig sykdom vil pasienten bli innlagt på sykehuset, og lege der overtar da behandlende leges oppgaver etter smittevernloven.
- Behandlende lege kan søke råd og veiledning hos kommuneoverlegen i dette arbeidet.

Meldingsinstanser:



- Det er ulike rutiner for varsling avhengig av type sykdom, men prinsippet er at den lege som diagnostiserer meldepliktig sykdom, varsler Nasjonalt Folkehelseinstitutt gjennom MSIS-meldingen og kommuneoverlege i pasientens hjemstedskommune. Hvis kommuneoverlege ikke kan nås, skal en varsle stedfortreder eller Folkehelseinstituttet.
- Etter mottatt varsling skal kommuneoverlege, dersom mistanken ikke raskt kan avkreftes, varsle Fylkeslegen og Folkehelseinstituttet (Smittevernvakta tlf.:21 07 63 48). Utbruddsvarsling skal skje gjennom systemet for utbruddsvarsling (Vesuv). Tilgang til det finnes på FHI.no, under tema «utbrudd».

Ved utbrudd der en mistenker at **fødemidler** kan være årsak til human smitte, skal Mattilsynet varsles. Mattilsynet har plikt til å varsle smittevernlegen når de får kjennskap til human smittsom sykdom som kan skyldes næringsmidler, eller næringsmiddelsmitte og dyresykdom som kan være farlig for menneske. Kommunen har en gjensidig forpliktende avtale med mattilsynet.

Ved mistanke om eller bekreftet enkeltepisoder av **alvorlig smittsom sykdom** har kommuneoverlege plikt til å varsle legene i kommunen, legevakt, mikrobiologisk avdeling og 2. linjetjeneste. Ved behov kan nabokommuner varsles. Også utbrudd av vesentlig betydning av infeksjonssykdommer som ikke er nevnt i MSIS-oversikten bør varsles til smittevernlege, for eksempel større utbrudd av magetarminfeksjoner i helseinstitusjon og barnehage.

MSIS-meldingen fylles ut når man vet noe om agens, men dersom det anses som viktig skal kommuneoverlege underrettes om mistanke om sykdom omgående for eksempel ved mistanke om meningokokksykdom.

For mer utfyllende informasjon om MSIS og diagnoser som utløser melding vises det til fhi.no, søkeord MSIS.

<https://fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis/>

4.7 Resistensproblematikk

Norge har grunnet restriktiv bruk av antibiotika hatt mindre resistensproblematikk enn mange andre land i Vesten. Det må være et mål også i framtida. For leger i allmennpraksis betyr dette at en forventer at disse følger gjeldende retningslinjer. Infeksjonskontrollplan for sykehjem skal inneholde tiltak for å redusere og gjøre antibiotika bruk målrettet innenfor de fire mest vanlige sykehjeminfeksjonene: urinveisinfeksjon, bakterielle luftveisinfeksjoner, hudinfeksjoner og postoperative infeksjoner.

MRSA

Antall utbrudd med MRSA varierer betydelig fra år til år. Mange skjer på sykehjem. Forekomsten av MRSA-infeksjon i Norge er fortsatt blant den laveste i verden, og antas å være under 1%. På grunn av bakteriens resistens mot de vanligste antibiotika grupper, er gode smittevernrutiner og tiltak viktige for å unngå at MRSA blir en fast del av bakteriefloraen ved norske sykehjem og å begrense resistensutvikling. For nasjonale anbefalinger for smitteverntiltak som forebygger spredning av MRSA, vises det til [MRSA-veilederen](#), utgitt av folkehelseinstituttet.



4.8 Tuberkulosekontroll program

4.8.1 Forskrift om tuberkulosekontroll

Forskrift om tuberkulosekontroll "FOR-2009-02-13-205" pålegger alle kommuner å ha et tuberkulosekontrollprogram. Forskriften beskriver i detalj arbeidet med plikter og rettigheter for det offentlige og innbyggere. Dette tuberkulosekontrollprogrammet er laget for å dekke de krav som ligger i [tuberkuloseforskriften](#) og klargjøre ansvar og rutiner mellom legetjeneste, helsestasjon og samarbeidet med spesialisthelsetjeneste.

Veilederen "[Smittevern 20; Forebygging og kontroll av tuberkulose](#)" skal følges når det gjelder rutiner, faglige tiltak og vurderinger.

I følge Forskrift om tuberkulosekontroll, har følgende grupper plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse:

- Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose, som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket med krav om oppholdstillatelse eller registreringsbevis, samt flyktninger og asylsøkere.
- Personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og omsorgstjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg.
- Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger.
- Andre personer som det er medisinsk mistanke om er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose.

Listen over land med høy forekomst av tuberkulose finnes på FHI side og blir regelmessig oppdatert.

Den vanligste måte å organisere tuberkulosekontroll i kommune er følgende:

- Helsestasjon har ansvar for koordinering av screeningundersøkelser (lungerøntgen/IGRA). - Ved positive funn følges dette opp av fastlege/flyktningelege og spesialisthelsetjeneste.
- Kommuneoverlege har ansvar for å koordinere smitteoppsporing og bistå med rådgivning ved behov.

4.8.2 Organisering av tuberkulosekontroll i Røros kommune

Folkehelseinstituttet sitt flytskjema angir til enhver tid gjeldende screeningrutiner.

Dersom vedkommende har fastlege er det fastleges ansvar å rekvirere undersøkelser og følge opp disse pasientene. For pasienter uten fastlege er det helsestasjonen som har ansvaret for at disse pasienter blir fulgt opp videre.

Tuberkulosekontroll for grupper med plikt til å gjennomgå kontroll:

1. Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose:

Asylsøkere, flyktninger, innvandrere, adoptivbarn

Politiet: Gjør utlendinger kjent med kravet til tuberkuloseundersøkelse og oversender melding om navn og adresse til helsestasjon.

Helsesykepleier: Rekvirerer IGRA/lungerøntgen etter flytskjema fra

folkehelseinstituttet. Undersøkelsen skal skje så snart som mulig og innen 14 dager når det gjelder flyktninger og asylsøkere. Ved positive prøvesvar skal pasienten videre til flyktningelege som tar



relevante prøver og avgjør videre oppfølging/tiltak, se flytskjema. Det er viktig at kommuneoverlege blir oppdatert ved positive undersøkelser/resultater.

Voksne over 35 år, studenter og arbeidsinnvandrere:

Politiet: Informerer personen om plikt til tuberkuloseundersøkelse samt oversender melding om navn og adresse til smittevernsykepleier og evt. innvandrerslege.

Helsesykepleier: Henviser personen til lungerøntgen. Avhengig av svar blir personen evt, henvist til spesialisthelsetjenesten via turnuslegen.

2. Arbeidstaker i helse- og sosialtjeneste, stilling i barneomsorg som har oppholdt seg, de siste 3 år, mer enn 3 måneder, i land med høy forekomst av tuberkulose:

Det gjelder også personer under opplæring eller hospitering. Undersøkelse skal skje før tiltredelse. Arbeidsgiver/virksomhetsleder har ansvar for å se at forskriftens krav oppfylles. Personen tar kontakt med helsestasjon for å få tatt IGRA/bli henvist til lungerøntgen. Avhengig av resultater blir han/hun eventuelt henvist til spesialisthelsetjeneste via turnuslege.

3. Andre personer som kan ha blitt smittet eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose skal henvises til IGRA og lungerøntgen av fastlegen. Fastlegen følger opp på svarene etter skjema.

4.8.3 Oppfølging av personer som trenger tuberkulose behandling

Ved oppdaget tuberkulose eller latent tuberkulose henvises pasienten til spesialisthelsetjeneste som vil vurdere om det ligger indikasjon for behandling. Eget henvisningskjema finnes på fhi.no.

Det er kun pasienter med luftveistuberkulose som er smitteførende. Dersom en finner tuberkulosesuspekter forandringer på lungene skal pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp for videre vurdering av smittefare, behandling og behov for undersøkelse av nærkontakter med tanke på smitte. Dersom medikamentell behandling er nødvendig, skjer oppstarten på sykehuset. Spesialisten skriver en individuell og detaljert behandlingsplan. Tuberkulosekoordinator vil varsle smittevernlege og hjemmetjeneste når pasienten tilbakeføres til kommunen for å sikre at behandlingsskjeden ikke brytes.

Prinsippet for behandling er Direkte Observert Terapi (DOT), det vil si at inntak av medikamenter observeres av helsepersonell i hele behandlingsperioden.

Kommuneoverlege har ansvar for at dette gjennomføres i kommunehelsetjeneste, som regel ved å delegere DOT-behandlingen til hjemmesykepleien.

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

4.8.4 Smitteoppsporing ved påvist tuberkulose sykdom

Smitteoppsporing ved tuberkulose er pliktig etter Lov om vern mot smittsomme sykdommer og vil skje bare rundt pasienten med tuberkulose i luftveiene. Formål er å avdekke de eventuelle nye smittede. Smitteoppsporingen bør gjennomføres i forhold til den reelle smittefaren og den individuelle sårbarhet hos kontakter. Antatt smittsomhet er avhengig av resultater fra direkte mikroskopi, dyrkning og klinisk bilde. Undersøkelse vil bestå av samtale, klinisk undersøkelse, IGRA og lungerøntgen.

Infeksjonsmedisinsk avdeling på St Olav hospital kan gi råd angående smittsomhet, valg av type



testing og tidspunkt for å teste kontakter. Ved avslutning av smitteoppsporingen skal kommuneoverlegen i pasientens bostedskommune sende "Rapport om resultat av smitteoppsporing" til MSIS tuberkuloseregisteret, med kopi til tuberkulosekoordinator. Det er vedkommendes fastlege som er ansvarlig for at smitteoppsporingen blir gjort.

4.9 Miljørettet helsevern

Miljørettet helsevern innbefatter et bredere felt av direkte og indirekte helseskadelige faktorer utover smittsomme sykdommer, bl.a. biologiske, kjemiske og fysiske miljøfaktorer.

På noen områder vil likevel smittevern og miljørettet helsevern overlape hverandre.

- Drikkevannskontroll: Kommunen har som eier av kommunale vannverk ansvar for å følge drikkevannsforskriften og leverer rutinemessig inn vannprøver til analyse. Videre er det skriftlige retningslinjer for tiltak ved smittsomme agens eller indikasjon på at smitte kan ha skjedd. Mattilsynet er kontrollorgan. Ved funn på vannanalysene informerer lokalt laboratorium, teknisk etat som så varsler kommuneoverlege og Mattilsyn. Drikkevannskontroll er særdeles viktig i forhold til smittevern da potensialet for vannbåren smitte ved mangelfulle kontroll- og varslingsrutiner er stort med forurensing av drikkevannet.

Ved tilfeller som kan gi smitte har Mattilsynet og smittevernlege gjensidig varslings- og oppfølgingsforpliktelser.

5.0 Tilleggsinformasjon for smittevernplan

5.1 Kommunens oppgaver

Smittevernloven § 7-1

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:

- Skaffe seg oversikt over art og omfang av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen.
- Drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges.
- Sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk.
- 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.



Smittevernloven § 7-2

Kommuneoverlegetjenesten er i henhold til kommunehelsetjenesteloven medisinskfaglig rådgiver for kommunens helsetjeneste. Kommuneoverlegen er pålagt:

- Utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer herunder beredskapsplan og tiltak og organisere og lede dette arbeidet.
- Ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen.
- Utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen.
- Bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer.
- Gi informasjon, opplysning og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer.
- 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.

5.2 Sammenheng med andre kommunale planer

Smittevernplanen er en underordnet del av kommunens overordnede kriseberedskapsplan. I smittevernmessige beredskapssituasjoner skal kommuneoverlegen gjennom ordfører eller rådmann aktivere kommunens beredskapsteam slik skissert i overordnet plan. Ved smittevern i en beredskapssituasjon vil kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap skissere omdisponering av personell og bygningsmasse for å møte behovene ved for eksempel en influensapandemi.

5.3 Revisjonsrutiner

- Smittevernplanen skal revideres hvert 4. år, samt underveis hvis det er vesentlige momenter som bør endres enten grunnet hendelser, eksterne krav (for eksempel endret pandemistatus) eller åpenbare mangler.
- Kommuneoverlegen har ansvar for revisjon, kommunestyret godkjenner planen.
- Kommuneoverlegen har ansvar for at kontaktlisten revideres før 1. mai årlig.
- Planen bør i tillegg til å være tilgjengelig på kommunens hjemmeside være tilgjengelig i papirversjon hos administrasjon, smittevernlege og i kurativ utøvende virksomhet som helsestasjon- og legetjeneste.

5.4 Risiko og sårbarhetsanalyser/utfordringer

En ROS-analyse er en form for risikovurdering, bygget på faglig skjønn og erfaring. Ved å indentifisere og analysere smitterisiko, gjennom for eksempel kartlegging av smittefare, kan man redusere uønskede smitteutbrudd. Nedenstående punkter beskriver risikobedømming, utfordringer og forebygging av potentielle smittefarlige sykdommer, ut fra forholdene i kommunen.

- **Vaksinering:** Gjennom nasjonalt vaksinasjonsprogram og den store oppslutningen om programmet er barn og unge godt beskyttet mot de agens som inngår. Det gjelder dette også de ikke-vaksinerte, grunnet såkalt gruppeeffekt (herd-immunity). Den gjennomgående gode folkehelse gjør at dødeligheten er lav ved smittsomme sykdommer generelt, sett i forhold til store deler av verdensbefolkningen. Likevel vet en at det er de yngste og de eldste som er mest sårbare for infeksjonssykdom både i forhold til mottakelighet og dødelighet samt smittehygiene.



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

- **Alvorlige/fatale sykdommer:** Til tross for et velfungerende helsevesen og god folkehelse viser historien at en må regne med at det vil oppstå alvorlige og fatale tilfeller av smittsom sykdommer i befolkningen. Dette stiller store krav til en åpen og forsvarlig håndtering av kommunen, ikke minst i forhold til informasjon og råd til befolkningen ved for eksempel meningokokksykdom.

- **Eldre pasienter:** Andelen av eldre i befolkningen vil øke, både i absolutte tall og prosentvis, i årene framover og en vil få økende press på hjemmebasert omsorg og sykehjems tilbud i tillegg til at pasientene skrives tidligere ut fra sykehus. Flere eldre med sammensatte lidelser vil utgjøre en smittevernmessig utfordring.

Gode rutiner for hygiene i hjemmetjeneste og på sykehjem vil være enkle og sentrale tiltak i dette arbeidet. Smitteutbrudd for eksempel av Norovirus eller influensa i sykehjem vil kunne ha store konsekvenser og kommunen bør sørge for rutiner for å redusere sannsynligheten for utbrudd og tiltak for å begrense konsekvensene når utbruddet er et faktum. Her vil infeksjonskontrollprogrammene på sykehjem være et sentralt redskap. Det er også viktig at oppslutningen rundt influensavaksineringen er god og at fastlegene og andre aktører oppmuntrer til deltakelse. I tillegg kan vi se, hos eldre, aktivering av tidligere tuberkuløs sykdom med mulighet for smitte, for eksempel på sykehjem. Det vil kunne ha alvorlige konsekvenser. Dette er beskrevet i eget tuberkuloseprogram jamfør forskrift.

- **Innvandring:** Asylmottak og bosetning av flyktninger medfører økt forekomst av potensielt smittsomme sykdommer, for eksempel tuberkulose og hepatitt. Kommunen må derfor ha fokus på tidlig screening og intervensjon hos denne gruppen.

En betydelig arbeidsinnvandring både relatert til olje og gass-virksomhet, men også til fiskeri øker sannsynligheten for import av mindre vanlige mikrober. Økt kontakt med resten av verden gjennom endrede reisevaner representerer en smittevernmessig utfordring. Gjennom å sikre et oppegående reisevaksinasjonsprogram kan en beskytte befolkningen mot enkelte former for smitte. I tillegg utgjør denne reisevirksomheten også en større fare for MRSA-smitte.

- **Viruspandemier:** Nye internasjonale viruspandemier vil komme. God generell helsetilstand, godt utbygde helsetjenester og en stabil infrastruktur gjør at Norge har bedre forutsetninger enn mange andre land for å håndtere pandemier. Pandemiene har kommet med 10-40 års mellomrom, de 2 siste i 1977-78 og 2009-2010. I 1918 spredte Spanskekyken seg til hele landet på 2-3 uker.

Med dagens kommunikasjon innlands og utlands, vil Norge åpenbart også rammes av nye globale pandemier. Ved Hong-Kongsyken i 1968 var Tromsø den første byen i Norge som ble rammet, deretter Harstad. I de verste scenarioene ser en i Norge for seg 1,2 million syke ila 6 mnd. og 5.000-13.000 døde, mens den mest sannsynlige kalkylen gir 700.000 syke ila 6 mnd. og 700-3.000 døde. På det meste vil henholdsvis 4-5 % og 8 % av befolkningen være syke samtidig. Konsekvensene er store for samfunnet og pandemiberedskap er derfor nødvendig.



- **Utalandsreiser:** Import av sykdommer via utenlandsreiser er sannsynlig, fremst HIV, Syfilis, Hepatitt og febersykdommer. Her vil det oftest dreie seg om enkeltpasienter som diagnostiseres av fastlege.
- **MRSA:** Man ser også at MRSA er et økende problem gjennom hele livsløpet. Noen får MRSA så tidlig som på føden og det gir også utfordringer på sykehjem. Det ser ut som en del får det i møte med helsevesenet. Her vil en gjennom et samarbeid med fastlege, spesialist og smittevernlege sikrer så vel smittevern som adekvat behandling. Varslingsrutiner ved slik sykdom er beskrevet i planen.

6.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Oppsamling av relevante lenker i smittevernarbeidet

Vedlegg 1: Oppsamling av relevante lenker i smittevernarbeidet

Smittevernveiledern:	https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/
Norske lover og forskrifter:	https://lovdata.no/
Meldingspliktige sykdommer	https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/msis/
FHI:s vaksinasjonshåndbok:	https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/
Tuberkuloseveiledern:	https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/
MRSA-veiledern:	https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/
Utbruddsveiledern:	https://www.fhi.no/nettpub/utbruddsveilederen/
Nasjonal veil. for håndhygiene:	https://www.fhi.no/publ/2017/handhygiene/



RØROS KOMMUNE
Smittevernplan



RØROS KOMMUNE
Smittevernplan