

Frosta kommune
Kommunelege 1

Smittevernplan

for

Frosta kommune

Sist revidert 290204

Vedtatt i kommunestyret 30.03.04, sak 022/04

Innhold

Bakgrunn

Frosta, lokale forhold

1. Lovhjemler	4
1.1 Kommunens oppgaver	
1.2 Kommunelegens oppgaver	
2. Ressurser i smittevernarbeidet	
2.1 Personell og samarbeidspartnere	
2.1.1 Leger	
2.1.2 Helsesøstre	
2.1.4 Folkehelsas rådgivningstjeneste	
2.1.5 Fylkeslegen i Nord-Trøndelag	
2.2 Materiell og lokaler	
2.2.1 Helsestasjon/smittevernskantor	
2.2.2 Helsestasjonene og skolehelsetjenestens lokaler	
3. Vaksinasjon	
4. Drikkevann	8
4.1 Kommunalt drikkevann	
4.2 Sikring av private drikkevannskilder	
5. Næringsmidler	
6. Avfallshåndtering	
6.1 Avfallshåndtering	
6.2 Særskilt om smittefarlig avfall	
7. Skadedyrskontroll	
8. Frisører, hud-fot terapi, solarier.	
9. Alvorlige smittsomme sykdommer	10
9.1 Allmennfarlige smittsomme sykdommer	
9.2 Melderutiner	
9.3 Myndighet	
9.4 Hindre spredning (vaksinasjon, isolasjon)	
9.4.1 Masseundersøkelser	
9.4.2 Massebehandling	
9.4.3 Eventuell sanering av omgivelsene	
10. Nærmere om spesielle sykdommer og risikogrupper	13
10.1 Influensa	
10.1.1 Epidemiologi.	
10.1.2 Prosedyrer.	
10.2 Pneumokokksykdom	
10.2.1 Epidemiologi	
10.2.2 Prosedyre	
10.3 Tuberkulose	
10.3.1 Epidemiologi	
10.3.2 Prosedyrer.	
10.4 Hepatitter	
10.4.1 Hepatitt A	
10.4.2 Hepatitt B	
10.4.3 Andre hepatitter	
10.4.4 Prosedyre for sykdomsforebygging etter uhell med mulig smitte.	
10.5 Meningokokksykdom	
10.5.1 Epidemiologi	
10.5.2 Prosedyre.	
10.6 Tyfoid, dysenteri og salmonellainfeksjon	
10.6.1 Epidemiologi	

10.6.2	Prosedyre	
10.7	Kolera	
10.7.1	Epidemiologi	
10.7.2	Prosedyre	
10.8	Difteri, poliomyelitt.	
10.8.1	Epidemiologi	
10.8.2	Prosedyre	
10.9	Seksuelt overførte sykdommer (SOS)	
10.10	HIV/AIDS	
10.10.1	Epidemiologi	
10.10.2	Prosedyre	
10.11	Asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere	
10.12	Spesielle sykdommer som opptrer sjelden - og nye sykdommer.	
11.	Smittsomme sykdommer i institusjoner	27
11.1	Barnehager.	
11.2	Smittevern i helseinstitusjoner	
12.	Smitteberedskap	27
12.1	Virkemidler ved beredskaps-situasjoner.	
12.2	Generelle retningslinjer	
12.2.1	Nærmere om de enkelte punktene:	
13.	Informasjonsstrategi	29
13.1	Informasjon til befolkningen	
13.1.1	Taushetsplikt	
13.1.2	Nødvendig informasjon til befolkningen	
13.2	Rutiner for informasjon i forbindelse med alvorlige akutte infeksjoner	
13.3	Rutiner for informasjon ved beredskap	
14.	Vedlegg	31
14.1	Personelloversikt - varslingsliste	
14.2	Lover-forskrifter-rundskriv-veiledere	
14.4	Journal for førstegangs helseundersøkelse av innvandrere i Frosta kommune	
14.5	Helsekontroll av adoptivbarn fra land utenfor Vest-Europa.	
14.6	Råd om smitteforebyggende tiltak	
14.6.1	Råd om smitteforebyggende tiltak til personer som er hepatitt B smitteførende	
14.6.2	Råd til personer med hepatitt C.	
14.8	Råd om syke barn og barnehage	38
	Kommunal plan for pandemisk influensa inkl tiltaksplan (s.40)	
	Tuberkulose og sesongarbeidere fra Øst-Europa (s.65)	

Bakgrunn

Siste tids hendelser med bl.a. SARS og fugleinfluensaepidemi har medført sterkt fokus på smittevernet i samfunnet og medført behov for revidering av smittevern-planen. Planen har hittil ikke vært lagt fram for formell godkjenning til politikerne, men dette er nå et klart krav fra myndighetene. Siste frist er 210404.

Nåværende plan er utarbeidet av Kommunelege I, i størst mulig grad etter statlige retningslinjer.

Denne planen bør revideres hvert annet år om høsten fremover, eller hvis situasjonen lokalt eller globalt tilsier det. Planen ble siste gang revidert 2/2004. Neste revisjon bør tilstrebes høsten 2004.

Frosta – lokale forhold

Bortsett fra en mindre epidemi med tuberkulose for en god del år siden har det de senere åra vært få nevneverdige konkrete smittevernmessige problemstillinger på Frosta. Manglende sikring av Hovdalsvannet utgjør i dag kanskje et av de største problemene. Bedre smittevern i tilknytning til tallrike gjestearbeidere er sannsynligvis nødvendig. Kommunen er tynt befolket, hvilket medfører at tilstander under epidemier i tettbefolkede områder i Kina og Sør-Øst-Asia slettes ikke automatisk er overførbare til Frosta. Helsevesenet har i dag meget god ”kontroll” over det oversiktlige samfunnet. Vi har forholdsvis få innvandrere, slik at importsykdomer ikke er et relevant problem. Epidemier i institusjoner har de senere åra ikke vært noe problem.

1. Lovhjemler

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 utarbeid forslag til kommunal smittevernplan og å lede og organisere dette arbeidet.

1.1 Kommunens oppgaver

§ 7-1 (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 paragrafene 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

1.2 Kommunelegens oppgaver

§ 7-2 (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.

2. Ressurser i smittevernarbeidet

2.1 Personell og samarbeidspartnere

2.1.1 Leger

Frosta har 3 allmennleger.(Inkl 1 turnuslege)

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.

Kommunelege I (pr.feb 2004) er også kommunens smittevernlege med de oppgaver og den myndighet som smittevernloven tillegger ham.

Fast stedfortreder for kommunelege I som smittevernlege er den legen som ellers har lengst erfaring i kommunen. (Pr. feb.2004 er dette Dr.Naima Benali)

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.

2.1.2 Helsesøstre

Frosta har 1 stilling,Målgruppa er hovedsaklig barn og unge, men også andre befolkningsgrupper.

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

Frosta lykkes med dette.

Helsesøstrene er en viktig ressurs i smittevernet.

2.1.4 Folkehelsas rådgivningstjeneste

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

Råd generelt om smitteforebygging og bekjempelse gir avdeling for forebyggende infeksjonsmedisin.

Råd om vaksinasjoner gir avdeling for vaksiner.

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

2.1.5 Fylkeslegen i Nord-Trøndelag

Fylkeslegen 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, SARS mm) og ved

naturkatastrofer hvor smittevernberedskapen settes på prøve (eks. storflommen på Østlandet i 1995).

Fylkeslegen er også tilsynsmyndighet for bla. det kommunale smittevernarbeidet.

2.2 Materiell og lokaler

2.2.1 Helsestasjon/smittevernskantor

Frosta kommune har gjennom legekantor og helsestasjon i mange år hatt et tilbud til befolkningen om råd, veiledning, vaksiner og medisiner for å forebygge smittsomme sykdommer i forbindelse med utenlandsopphold. Forespørsler om gulfebervaksine henvises av praktisk/økonomiske årsaker, etter avtale, til helsestasjonen på Levanger. Legekantoret har fra 2003 tatt over oppgaven med influensa/ pneumokokkvaksinasjon fra helsestasjonen.

2.2.2 Helsestasjonene og skolehelsetjenestens lokaler

Helsestasjon for barn har sentrale lokaler i kommunebygget på Frosta, vegg i vegg med legekantoret. Disse lokalene anvendes også i stor grad til skolehelsetjenestens virksomhet. Av den grunn vil det beste alternativet ved eventuell massevaksinasjon være å bruke en kombinasjon av helsestasjonens og legekantorets lokaler.

3. Vaksinasjon

Helsesøstrene følger "*Veiledning om vaksinasjon 1998*" utgitt av Folkehelseinstituttet. Helsestasjonens mål om vaksinasjonsdekning på 95 % ved 2-årsalder for polio, kikhoste, stivkrampe, difteri, haemophilus infl., meslinger, kuma og røde hunder er oppnådd. (Alle teorier om at risikoen ved barnevaksiner oppveier

den positive effekten, er slått tilbake gjennom flere særdeles omfattende vitenskapelige studier og vaksinenekt på Frosta i dag begrunnes i de sjeldne tilfellene det fortekommer, i hovedsak ut fra følelsesmessige eller filosofisk overbevisningsmessige årsaker.)

Når det gjelder influensavaksinering av risikogrupper, ligger vi på en vaksinasjonsgrad på i overkant av 60%, som ca. ligger på landsgjennomsnittet

Ved **allmennfarlig smittsom sykdom** kan **smittevernlegen** foreta miljøundersøkelser og evt vaksinere utsatte personer/grupper.

Sammen med Helsestasjonen for eldre utfører helsestasjonen en betydelig innsats når det gjelder influensa- og pneumokokkvaksinering.

Helsestasjonen har også ansvar for **reisevaksinasjon**. Tilbudet går ut på veiledning, vaksinasjon og nødvendig medisiner, i samarbeid med legekantoret.

4. Drikkevann

Man viser her forøvrig til *Hovedplan vann av 2000-2010*. Man er her i ferd med å bedre kvaliteten på drikkevannet fra Hovdalsvatnet gjennom nytt renseanlegg og kildesikring. Hovdalsvatnet er desverre meget belastet både næringsmessig og bakterielt, i stor grad pga, omliggende dyrehold og jordbruk som medfører fekal forurensing og avrenning av næringsstoffer.

Det er gjentatte ganger påvist forekomst av alvorlige mikroorganismer som Giardia og Kryptosporidier. Disse mikrobene er blant hovedårsakene til vannbårne epidemier på verdensbasis. Videre har fosforverdiene (Indikator på næringsinnhold) i Hovdalsvatnet i perioder ligget på et nivå opp mot en tilstand hvor man risikerer oppvekst av blå-grønn alger som kan produsere til dels svært alvorlige giftstoffer.

Kommunelege I vil i nærmeste fremtid pålegge Vassverket en rekke konkrete sikringstiltak av vannkilden for å begrense den ovennevnte problematikken. (Press fra staten om ferdigstilling og godkjenning av smittevernsplanen har desverre medført at jeg har måttet forskyve arbeidet med pålegget til Vassverket, nok et eksempel på at planarbeid for å lette statens tilsynsmuligheter, går på bekostning av praktisk arbeid)

Drikkevannet i mange av de tallrike små private vannverkene (Brønner etc) er i stor grad alt for dårlig. Dette er ikke kommunens ansvar, men vannverkseierne er blitt informert om tilstanden etter en studie av vannkvaliteten i de private vannverkene i 2000.

4.1 Kommunalt drikkevann

Dersom drikkevannet fra offentlig vannverk blir **alvorlig** forurenset er prosedyren følgende:

Laboratoriet varsler vannverkseier, miljøvernsavdelingen og Mattilsynet. (Vanligvis benyttes mattilsynets laboratorium, Labnett). 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, miljøvernsavdelingen, kommunelege og vannverkseier i fellesskap.

Sikring av vannverket vil være å påse at internkontrollsystemet fungerer som forutsatt etter Drikkevannsforskriftene.

Sikring av vannkilden blir å påse at Hovdalsvannet holdes så ren som mulig og at de store tilførselsbekkene kontrolleres jevnlig.

4.2 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.

5. Næringsmidler

Næringsmidler som smittevei:

Næringsmidler kan være kilde til smittespredning. Dette er næringsmiddeltilsynets oppgave og omtales ikke i denne planen.

6. Avfallshåndtering

6.1 Avfallshåndtering

Frosta kommune har tvungen renovasjon med kildesortering for samtlige husstander. Den kommunale renovasjonen er ikke kjent som smittekilde for sykdommer i Frosta.

De som vil starte **hjemmekompostering** av matavfall må søke kommunen om tillatelse. Vedkommende søker blir inspisert for å se om forholdene tilfredsstillende kravene i gjeldende forskrift om hjemmekompostering av matavfall.

For å hindre smitte eller ubehagelig lukt, må de hygieniske restriksjonene i forskriften følges.

6.2 Særskilt om smittefarlig avfall

Avfall fra legekontor regnes vanligvis ikke som særlig smittsomt, bortsett fra sprøyter, kanyler og utstyr som er tilsølt med blod eller puss. Brukte kanyler blir lagt i spesielle beholdere og smittefarlig materiale blir pakket inn særskilt før det hentes spesielt av Innherred Renovasjon

7. Skadedyrskontroll

Rottebestanden holdes nede ved å påse at det ikke er tilgang på mat eller yngleplasser i kommunen. De gangene det har oppstått problemer de senere åra på Frosta, har det alltid vært knyttet til forskriftsstridig oppbevaring av søppel og annet avfall (F.eks brukte vekstmatter fra garneri)

Andre skadedyr/insekter i hus og hytte blir innmeldt til Miljøvernssavdelingen som enten gir råd eller formidler hjelp fra firmaer med adekvat kompetanse.

8. Frisører, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet.

Nye forskrifter fra Sosial- og helsedepartementet trådte i kraft 1.7.98. For å hindre smitteoverføring i slike institusjoner skal alle godkjennes og ha et eget internkontrollsystem. Kommunelege I er ikke kjent med konkret smittevernsproblematikk relatert til disse virksomhetene på Frosta i ”moderne tid”.

9. Alvorlige smittsomme sykdommer

9.1 **Allmennfarlige smittsomme sykdommer**

Sosial- og helsedepartementet har i forskrift av 1.1.1995 om *allmennfarlige smittsomme sykdommer* angitt hva som p.t. defineres som allmennfarlige smittsomme sykdommer:

Botulisme
Clamydiainfeksjon, genital
Difteri
Flekktufus
Gonore
Gulfeber
Hemorrhagisk feber
Hepatitt A-, B-, C-, D- og E-virusinfeksjon
HIV-infeksjon
Kikhoste
Kolera
Legionellose
Lepra
Meningokokksykdom
Miltbrann
Paratyfoidefeber
Pest
Poliomyelitt
Rabies
Shigellose
Syfilis
Tilbakefallsfeber
Tuberkulose
Tufoidfeber
Sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker
Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker

9.2 **Melderutiner**

Forskrifter om leger og annet helsepersonells melding og varsling av smittsomme sykdommer trådte i kraft 1.1.95.

En lege som oppdager en smittet person, har meldeplikt etter forskriften uten hinder av taushetsplikten. Det samme gjelder annet helsepersonell.

I forskriftene er sykdommene delt inn i 4 grupper: A, B, C og D.

For **gruppe A**, som omfatter de alvorligste smittsomme sykdommene, skal meldingene gis enkeltvis, muntlig og skriftlig. Muntlig melding skal gis umiddelbart, skriftlig melding skal sendes samme dag, og meldingene går til

Statens institutt for folkehelse og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommunene enn der han bor, skal melding også gis til kommunelegen der den smittede oppholder seg. I meldingen skal det gis opplysninger som identifiserer personen, med navn, adresse, fødselsdato og personnummer

Gruppe B inneholder de fleste av de resterende meldepliktige smittsomme sykdommene. Disse sykdommene skal meldes enkeltvis og skriftlig samme dag på fastsatt skjema. De samme personopplysninger skal gis som for gruppe A. Meldingen skal gå til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor og til Statens institutt for folkehelse. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der han bor, skal melding også sendes kommunelegen i denne kommunen. Melding om Hiv/Aids skal bare gå til Statens institutt for folkehelse, og melding om tuberkulose eller atypiske mycobakterier skal fra Statens institutt for folkehelse videreformidles til Statens helseundersøkelser.

Gruppe C omfatter meldepliktige kjønnssykdommer. De skal også meldes enkeltvis og skriftlig på fastsatt skjema, men skal ikke inneholde personidentifiserbare opplysninger.

Gruppe D omfatter mindre farlige smittsomme sykdommer, som bare tas med for å belyse epidemiens omfang. De meldes summarisk på ukemeldingskort fra praktiserende leger til Statens institutt for folkehelse.

9.3 Myndighet

Etter Smittevernlovens § 7-2 andre ledd bokstav a er kommunelegen (kommunelege I/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.

9.4 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 helsesøster 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 vaksinerings. 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 kommunelege I / smittevernlege utøve denne myndigheten som kommunestyret har.

9.4.1 Masseundersøkelser

For enkelte sykdommer kan det være behov for å ta mer omfattende undersøkelser 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 får vi assistanse av Sykehuset Levanger (skjembildefotografering). Ved annen sykdom som skyldes smittestoff overført fra luftveiene eller ved avføring, kan det bli aktuelt å ta bakteriologisk undersøkelse av visse befolkningsgrupper.

9.4.2 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 ved LS eller SOHo eller opprette midlertidige sykestuer. Det kan f.eks. bli aktuelt å rekvirere skoler, gymsaler, forsamlingsrom eller andre kommunale institusjoner, inkl frigjøring av arealer på sykehjem. Vi må også sørge for tilstrekkelig tilgang av medisinsk og pleiekyndig personale.

9.4.3 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.

10. Nærmere om spesielle sykdommer og risikogrupper

Man viser her til **Smittevernhandbok for kommunehelsetjenesten** fra Folkehelse

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.

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.

10.1 *Influenza*

Man viser her også til **Kommunal plan for pandemisk influensa** i vedlegget.

10.1.1 **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.

Vanliginfluensa er i seg selv ikke farlig, og vil hos normalt friske 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.

Med noen tiårs mellomrom oppstår det så mer alvorlige epidemier pga nye virustyper og dette medfører mer alvorlige symptomer og dødelighet, f.eks Spanskesyken, Asiasyken m. fl.

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 Frosta tilbys vaksinen mot influensa ved legekantoret. Dessuten tilbys den til alle som er under omsorg i pleie og omsorgs-virksomhetene. Befolkningen ellers kan få vanlig resept på vaksine av sine leger, med utlevering gjennom apotek.

Husk: Influensavaksine bestilles fra Folkehelse i mars. Det bør bestilles ca 300 vaksiner. (Antallet som burde vaksinere seg er over 400)

10.1.2 **Prosedyrer.**

Ansvarsforhold:

Influensavaksine bestilles i mars, kommunen mottar bestillingsskjema fra Folkehelse. Mengde vaksine som bestilles bestemmes ut i fra tilbakemelding fra legene og hjemmebasert omsorg.

Smittevernlege/helsesøster koordinerer bestillingen.

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

Helsestasjonen har ansvar for distribusjon av vaksine, annonsering av vaksinasjonstilbud, og innkjøp av utstyr.
Vaksinasjonsdagene gjennomføres i samarbeid med Helsestasjonen for eldre.

De enkelte risikogrupper, og ansvarsforhold:

Spe- og småbarn:

Helsestasjonen (evtl. ordinær helsetjeneste) i samarbeid med barnelege.

Skolebarn:

Skolehelsetjenesten (evtl. ordinær helsetjeneste) i samarbeid med barnelege.

Etter ungdomsskolealder og opptil 65 år:

Egen lege

"Friske" personer > 65 år:

Egen lege

Institusjonsbeboer innen PO og mottakere av hjemmebaserte tjenester:

Sykepleier i samarbeid med pasientens lege.

10.2 Pneumokokksykdom

10.2.1 Epidemiologi

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

Et tilleggsproblem er økende utvikling av antibiotikaresistens.

10.2.2 Prosedyre

Folkehelse har gitt nye anbefalinger for pneumokokkvaksinasjon.

Pneumokokkvaksine skal tilbys følgende grupper:

- personer med nedsatt infeksjonsforsvar pga anatomisk eller funksjonell miltmangel
- personer med nedsatt infeksjonsforsvar pga HIV-infeksjon, lymfom, Hodgkins sykdom
- personer med kroniske hjerte/kar- eller lungesykdommer
- personer som har hatt pneumokokkpneumoni eller andre alvorlige pneumokokksykdommer
- personer over 65 år

Miltløse er den eneste gruppa som anbefales revaksinasjon. For alle andre ser én dose i livet ut til å være nok. Vaksinen er lite effektiv til barn under 2 år og brukes ikke i denne aldersgruppa.

Leger kan bestille pneumokokkvaksine fra Folkehelse, Avd. for vaksine. For personer uten miltfunksjon eller med HIV-infeksjon er vaksinen gratis og rekvireres på blå resept med angivelse av indikasjon og § 4. Andre må betale vaksinen selv. Enkeltdoser av pneumokokkvaksine kan rekvireres fra apotekene. Målgruppene for pneumokokk- og influensavaksine overlapper til dels. De to vaksinene kan derfor tilbys samtidig denne høsten.

- Bortsett fra gruppa over 65 år, bør det i utgangspunktet være en lege som avgjør om det er indikasjon for vaksinasjon. Ved å kople pneumokokkvaksinasjonen sammen med influensavaksinasjonen i høst, vil man kunne nå målgruppa på en praktisk måte.
- Hvis indikasjonen kommer inn under *Forskrifter om godtgjøring av utgifter til viktige legemidler* (HIV-infeksjon, miltløs), bør pasienten ha med seg blå resept til helsestasjonen..
- Det tas en egenandel for vaksinerings.

Revaksinering med pneumokokkvaksine er altså ikke nødvendig med unntak av miltløse.

10.3 Tuberkulose

Man viser her til ”Forebygging og kontroll av tuberkulose” en veileder fra Folkehelse av 11/2002

10.3.1 Epidemiologi

Tuberkulose skyldes smitte av tuberkelbasiller. Sykdommen har tidligere vært sterkt utbredt i Norge, men er nå relativt sjelden i smitteførende tilstand. Sykdommen manifesterte seg med symptomer fra mage-tarmsystemet, gjerne overført via melk, og fra ben- og leddsystemet, i kjertler, nyrer og i lungene. På grunn av god veterinærhygiene og pasteurisering av melk og melkeprodukter er den bovine formen utryddet. Nå forekommer sykdommen alt overveiende som lungetuberkulose.

En nylig påvist smitteførende tuberkulose kan vi i våre dager behandle med spesielt virkende antibiotika, gjeme som kombinasjonsbehandling.

Sykdommen bringes da over i en ikke smitteførende tilstand på kort tid. Det er et problem at sykdommen i enkelte land behandles noe tilfeldig og utilstrekkelig, noe som kan medføre at bakteriene etter hvert kan bli motstandsdyktige mot medisinerne, slik at behandling vanskeligjøres.

Tuberkulose er fortsatt et stort samfunnsproblem i mange land, særlig i land hvor hygienen og helsevesenet er mangelfullt utviklet. Det oppdages en del tuberkulose blant flyktninger og innvandrere til Norge.

Tuberkelbakteriene har en evne til å innkapsle seg og bryte fram igjen som sykdom senere. Dette kan skje ved svekkelse av allmenntilstanden, ved alder, ernæringssvikt eller annen sykdom. Det påvises av den grunn ikke sjelden utbrudd av tuberkulose hos eldre personer med almen svekkelse, gjerne ved innleggelse i sykehus. Vi er nå blitt spesielt oppmerksom på denne gruppen.

10.3.2 Prosedyrer.

Forskrift om tuberkulose gjort gjeldende fra 1.1.03 regulerer tuberkulosekontrollen.

Et nytt tilfelle av tuberkulose skal på vanlig måte meldes til kommunelegen og til Statens institutt for folkehelse. Folkehelse skal melde videre til Statens helseundersøkelser. Kommunelegen har ansvar for å følge opp med miljøundersøkelser, som omfatter den nærmeste familie, nær bekjentskapskrets og arbeidsfellesskapet, eventuelt andre kontakter. Kommunelegen har også ansvar for at vedkommende blir innført i tuberkuloseregisteret og for regelmessig kontroll.

Visse grupper har plikt til å gjennomgå tuberkulosekontroll. Det gjelder

10.3.2.1 *Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose*

...som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket og som ikke er unntatt fra krav om arbeid eller oppholdstillatelse. (Pr 010702 gjelder dette alle land utenfor Vest-Europa, Usa, Canada, Australia, New Zealand og Japan)

Plikt til undersøkelse gjelder også *adoptivbarn fra høyrisikoland*. Det er viktig at helsestasjonen fanger opp disse, da de ikke blir meldt via politiet som andre utlendinger. Også andre utlendinger som oppholder seg mindre enn tre måneder i landet kan omfattes av plikten til undersøkelse ved mistanke om smitterisiko. På Frosta kan tallrike gjestearbeidere fra Øst-Europa utgjøre et meget konkret problem her. Pr. 010104, har vi ikke rutiner for tuberkulosekontroll som omfatter disse gjestearbeiderne.

Gjestearbeidere fra Øst-Europa som skal være her mer enn tre måneder har lovpålagt plikt til å møte til tuberkulosekontroll. Dette skjer ikke pr i dag. Kommunelege I har foreløpig kun tatt opp saken uformelt med noen av gårdbrukerne, men det vil i løpet av våren 2004 gå ut et skriv om saken til politi og landbruksrepresentanter lokalt på Frosta fra undertegnede.

Se forøvrig vedlegg om Tuberkulose og sesong-arbeidere fra Øst-Europa.

10.3.2.2 Helsepersonell og lærere som i minst tre måneder har oppholdt seg i land med høy forekomst av tuberkulose.

(Pr 010702 gjelder dette alle land utenfor Vest-Europa, Usa, Canada, Australia, New Zealand og Japan)

Arbeidsgiver skal sørge for at alle nyansatte, og personer som gjeninntre i sin stilling, fyller ut et spørreskjema om de oppfyller ovennevnte kriterier.

Hvis kriteriene er oppfylt må arbeidstakeren gjennomgå en ny tuberkulintest.

Kommunen bes hermed om å oppdatere sine rutiner på dette!

ELEVER ANBEFALES TUBERKULOSEKONTROLL

Elever i grunnskolen anbefales å gjennomgå tuberkulinprøving. **I Frosta gjennomføres dette i 8. klasse** (kommunelegens bestemmelse), og det gis også tilbud om BCG-vaksine til tuberkulin negative. En informasjonsbrosjyre fra *Statens helseundersøkelser* orienterer om dette og om retten til å reservere seg. Brosjyren inneholder et avsnitt hvor foreldre/foresatte må krysse av om de ønsker at eleven skal/ikke skal vaksineres. **Vaksinatøren må sikre seg at samtykke foreligger før vaksinasjon finner sted**

Praktisk gjennomføring av tuberkulosekontrollen:

Man viser her igjen til **Forebygging og kontroll av tuberkulose**

10.4 Hepatitter

10.4.1 Hepatitt A

Kommunelege I kan ikke huske et eneste tilfelle av dette på Frosta på ihvertfall de syv siste åra.

10.4.1.1 *Epidemiologi*

Hepatitt A er en virussykdom som vanligvis smitter via avføring. Ved dårlig håndhygienekan smittestoffet bli tilført næringsmidler som fører smitten videre. Virus kan også overføres via urensset vann som er tilblandet avføring. Det er også påvist smitteoverføring blant injiserende misbrukere ved bruk av urene sprøyter eller stoff som er forurenset. Det har nylig vært et utbrudd av hepatitt A assosiert med stoffmisbrukermiljø i Østlandsområdet. Ekstra risiko er det for turister som reiser utenfor Europa og er uforsiktig med vann, is og matvarer.

Det er ofte vanskelig å påvise hvor smitten stammer fra dersom det bare opptrer enkelte tilfeller av sykdommen. Dersom det opptrer flere tilfeller omtrent samtidig, vil vi forsøke å lokalisere smitekilden ved å undersøke om det kan

være en felles smittekilde. Det kan være at de får vann fra samme vannverk, har fått matvarer fra samme sted e.l. Spesiell oppmerksomhet må rettes mot felles mattilvirkning, i institusjoner, cateringvirksomhet o.l.

Hepatitt A helbredes vanligvis av seg selv i løpet av 6- 8 uker uten spesifikk behandling..

10.4.1.2 Prosedyre.

Vaksine:

- Ved lengre opphold i områder der smitterisikoen er stor.

Gammaglobulin:

- Preeksposisjonelt til reisende til områder der hepatitt A er endemisk.

Ved utbrudd:

Vaksine:

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

Gammaglobulin:

- Brukes **posteksposisjonelt** til personer som har hatt matfelleskap, eller seksuell kontakt med eller delt sprøyte med en person som utvikler hepatitt A.
- Helsepersonell som gjennom pleie av person med hepatitt A kommer i direkte kontakt med avføring eller oppkast.
- Ansatte og barn i barnehage med tilfelle av hepatitt A.

En dose senest 14 dager etter at indekspersonen ble syk.

10.4.2 Hepatitt B

Tilstanden utgjør intet problem på Frosta. På landsbasis er det stort sett utlendinger som er smittet.

10.4.2.1 Epidemiologi

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

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

10.4.2.2 Prosedyre

Det er ingen spesifikk behandling av sykdommen. Vi tilbyr vaksiner for visse risikogrupper etter regler gitt av Sosial- og helsedepartementet i rundskriv I-18/96 - *Rundskriv om forskrift vedrørende gratis legehjelp og legemidler ved allmennfarlig smittsom sykdom, og Retningslinjer for immunisering mot hepatitt B.*

10.4.2.3 Prosedyre for hepatitt B testing.

Jfr. rundskriv I-18/96.

Følgende land regnes som lavendemiske for hepatitt B:

Norden, Storbritania, Irland, Benelux, Sveits, Frankrike, Tyskland, Østerrike, USA, Canada, New Zealand og Australia.

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

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

Grunder til testing:

1. Det er aktuelt med vaksine
2. Det er viktig å avklare smitterisiko
3. Sykdomstegn

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

De to første gruppene bør testes før evtl. vaksine.

10.4.2.4 Prosedyre for bestilling av gratis Hepatitt B vaksine fra Folkehelse.

Når man har rett til gratis vaksine - jfr. **Rundskriv I-18/96** fra Sosial- og helsedepartementet - skal vaksinen rekvireres på blå resept fra Folkehelse.

Følgende data oppgis til **helsestasjonen**:

- Navn, fødselsnummer og adresse/hjemstedskommune
- Indikasjonsgruppe - jfr. rundskrivet.
- Vaksinen bestilles på blå resept påført disse opplysningene. Hvis det er flere personer samtidig kan navneliste vedlegges resepten.
- Det er bare kommunelegen med ansvar for smittevern eller dennes stedfortreder som har rett til å rekvirere vaksine som Folkehelse skal betale for.
- Vaksiner og arkiv angående hepatitt B oppbevares på helsestasjonen.

- Vaksinerings av småbarn og skolebarn gjøres innenfor ordinær helsestasjons- og skolehelsetjeneste.
- Vaksinerings av voksne gjøres av helsestasjonen.

10.4.3 Andre hepatitter, spesielt hepatitt C

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

De foreligger noen få tilfeller med hepatitt C på Frosta. Som ellers i landet er tilstanden på Frosta utelukkende knyttet til sprøytemisbruk/deling og utgjør ingen risiko for allmenheten. Det gis inngående info til de som er rammet, inkl anbefaling om vaksine mot andre hepatittformer.

10.4.4 Prosedyre for sykdomsforebygging etter uhell med mulig smitte.

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

- Hvis sår/skade, tilstreb blødning på skadestedet.
- Spyling/skylling med rikelig vann for øyeblikkelig fortykning, evt. vask med såpe og vann og desinfeksjon med 2 % jod sprit eller 70 % sprit.
- Ved sprut av blod eller blodholdig kroppsvæske i øyne eller munn, skylles godt med vann.
- Lege kontaktes snarest for vurdering av indikasjon for immunprofylakse.
- Hvis mulig bør smitekilden undersøkes umiddelbart med henblikk på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV.
- Den eksponerte skal ta blodprøve (0-prøve) umiddelbart med tanke på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV for å avklare om vedkommende kan være smittet fra før.
- Den eksponerte skal ta ny blodprøve med tanke på HepatittB-virus, HepatittC-virus og HIV etter 3 og 6 måneder for å avklare om vedkommende kan ha blitt smittet.
- Evtl. 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 rundskriv I-18/96, Rundskriv om forskrift vedrørende gratis legehjelp og legemidler ved allmenfarlig smittsom sykdom - side 14: Retningslinjer for immunisering mot hepatitt B.

10.5 Meningokokksykdom

Kommunelege I kan ikke huske et eneste tilfelle av dette på Frosta på ihvertfall de syv siste åra

10.5.1 Epidemiologi

Meningokokksykdom er navnet på det vi vanligvis og litt uriktig betegner som smittsom hjernehinnebetennelse. Sykdommen forekommer i to hovedformer, som hjernehinnebetennelse eller som en generell blodforgiftning. Den overføres ved dråpesmitte, hoste, nysing, eller ved overføring av spytt, ved kyssing, drikking av samme flaske o.l. På grunn av forskjellige egenskaper ved bakterien, deles sykdommen inn i gruppe A, B eller C.

Smitten kan gå gjennom mange ledd uten å medføre sykdom, men når en person blir syk, kan den være meget alvorlig. Ved blodforgiftning kan den angripe alle organer og bryte ned motstandskraften, slik at det undertiden bare går timer fra symptomene begynner til død inntre. Det er derfor viktig å mistenke sykdommen tidlig, slik at behandling kan settes hurtig inn. Sykdommen er kjennetegnet ved høy feber, hodepine, døsighet, ofte stiv nakke. Typisk er små flekker i huden som ikke forsvinner ved trykk av glass mot flekkene. Sykdommen krever hurtig innleggelse i sykehus.

Det finnes vaksine mot bakterier av gruppe A og C. Det ble for noen år siden utprøvet en vaksine mot gruppe B. Den ga imidlertid for dårlig beskyttelse til å kunne brukes generelt. For denne gruppen er beskyttende tiltak det viktigste.

Av meningokokksykdom er gruppe B den som forekommer hyppigst i Norge. En vaksinasjon mot gruppe A og C vil derfor ikke beskytte mot denne gruppen og kan gi en falsk sikkerhetsfølelse. Sykdommen forekommer hyppigst hos små barn og i aldersgruppen 15 - 22 år, men kan angripe alle aldersgrupper. Vi har i det senere gjort stor innsats for å gi helseveiledning til utsatte ungdomsgrupper, spesielt russ om våren. Sykdommen spres lett i tette miljøer, store samlinger, militærleirer, idrettssamlinger m.v.

10.5.2 Prosedyre.

Det er meget sjelden at det oppstår mer enn ett tilfelle av meningokokksykdom av gangen. Smitte spres lettest til dem som har daglig, nær omgang, og særlig til barn. Ved tilfelle av sykdom vil derfor barn i den nærmeste familie og i meget nær omgangskrets bli tilbudt penicillinbehandling for å forsøke å forhindre sykdom. Forøvrig er det ingen omfattende tiltak, men det kan være aktuelt å forhindre samlinger og sterkere anstrengelser i omgangskretsen. Som regel er det ikke grunnlag for omfattende stengninger.

Tiltak:

1. Lete etter **koprimære** tilfeller
2. **Informasjon** - se kap. 12 og 13.
3. **Antibiotika:** Penicillin V i vanlige behandlingsdoser gis i 7 dager til:
 - Husstandsmedlemmer under 15 år (de som har brukt samme dagmamma - men ikke andre i samme skoleklasse eller barnehage !!)

- Helt nære kontakter - uansett alder (delt munnsekret)
4. **Vaksinasjon** - anbefales til personer over 2 år ved sikkert eller sannsynlig tilfelle av meningokokksykdom serogruppe C. Husstand uansett alder - venner < 25 år.

10.6 Tyfoid, dysenteri og salmonellainfeksjon

Man viser her til veileder om ”Oppklaring av utbrudd med næringsmiddelbåren sykdom” fra Fohelesa

Mindre enn ett tilfelle pr år på Frosta, som diagnostiseres

10.6.1 Epidemiologi

Dette er sykdommer som overføres via mat og drikke og gir symptomer hovedsakelig fra mage-tarmtractus. Tyfoid og dysenteri er sjeldne, men alvorlige sykdommer. Salmonellainfeksjon er relativt hyppig, men fører sjelden til sykehusinnleggelse. Salmonella er ofte årsak til "turistsjau" under sydenreiser. Sykdommen er ikke regnet blant de allmennfarlige sykdommene. Den går vanligvis over av seg selv etter 1-3 uker.

I praksis er det salmonellainfiserede matvarer eller drikkevann som kan forårsake problemer. Det kan være årsak til større eller mindre epidemier, som kan forekomme spredt i deler av landet. Det kan være et nitid detektivarbeid som skal til for å påvise det mediet som overfører smittestoffet. For noen år siden ble det f.eks. påvist at smitten ble overført via et bestemt produksjonsnummer av malt sort pepper. Sykdomsutbredelsen stanser av seg selv når smittemediet blir funnet og fjernet.

10.6.2 Prosedyre

Salmonella er nominativ meldepliktig. Den syke blir pålagt streng håndhygiene. Etter sykdommens grad vil behandlende lege vurdere sykmelding. Dersom vedkommende arbeider med næringsmidler, vil vi kreve at han holder seg unna slikt arbeid, eventuelt sykmeldes, inntil det er minst 3 negative avføringsprøver.

10.7 Kolera

10.7.1 Epidemiologi

Det er ikke smitte av kolera i Norge. Bare unntaksvis registreres kolera hos folk som kommer til landet fra smittet område. Kolera er imidlertid utbredt i mange utviklingsland, med en del dødsfall.

Sykdommen skyldes et smittestoff som utskilles fra tarmen. Under primitive forhold kan det forurense vann som brukes som drikkevann. Sykdommen medfører sterke brekninger og diarre og kan føre til sterk uttørring av kroppen. Det er dette som medfører døden. Ved tilførsel av store væskemengder via blodårene, vil væskebalansen bli opprettet og sykdommen helbredes.

10.7.2 Prosedyre

Reisende som skal leve primitivt i tropene, bør være ekstra oppmerksom på vann og matvarer som kan være vasket i vann, isprodukter, fisk, skalldyr, salater.

Vaksine: Ved reise til områder der kolerea forekommer:

- personer som skal leve under dårlige hygieniske forhold
- personer som mangler magesyre eller bruker antacida
- hjelpepersonell ved krig eller naturkatastrofer

10.8 Difteri, poliomyelitt.

10.8.1 Epidemiologi

Sykdommene forekom tidligere hyppig i vårt land, spesielt alvorlige epidemier opptrådte under krigen 1940 - 45. På grunn av god vaksinasjonsdekning ved helsestasjonene, mer enn 95% dekning, er sykdommene i dag nesten borte. Sykdommene er imidlertid fremdeles aktive i utviklingsland. Selv i høyt utviklede land ser vi begrensede epidemier i kretser som avviser vaksinasjon, ofte av religiøse grunner. For tiden er det en epidemi av difteri i vårt naboland Russland

10.8.2 Prosedyre

For å motvirke at sykdommene igjen skal blusse opp i vårt land, er det av største betydning at vi opprettholder den gode vaksinasjonsdekningen av småbarn og skolebarn. Dessuten bør den voksne befolkningen sikre seg ved å vedlikeholde vaksinasjon med 10 års mellomrom. Særlig viktig er det at turister til land utenfor Europa og til østeuropeiske land er tilfredsstillende vaksinert før utreise. Spesielt anbefaler vi difterivaksine til reisende til Russland.

Første revaksinasjon med poliovaksine settes i 1. klasse selv om det har gått mindre enn 5 år siden basisvaksinering.

10.9 Seksuelt overførte sykdommer (SOS)

De tradisjonelle kjønnssykdommene, gonorre, syfilis og bløt sjarker, er nå ganske sjeldne, noe vi tilskriver den nøyaktige oppfølging og behandling av smitekilder.

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 eggledeme hos kvinner og være årsak til sterilitet og barnløshet. Det er derfor viktig å intensivere smitteoppsporing hos menn for å bryte smittekjeden.

Chlamydiainfeksjon oppdages vanligvis ved prøver tatt ved gynekologiske undersøkelser. Det er særlig unge kvinner under 25 år som er bærere av smitten, som føres videre via seksualkontakter. Prøver tas derfor rutinemessig ved undersøkelse ved prevensjonskontorer og familieveiledningskontorer. Sykdommen er lett å behandle, men det er viktig at partnere og mulige smittede oppspores og behandles.

Kommunelege I på Frosta observerer i sin daglige praksis, på lik linje med resten av landet en god del forekomst av genitale herpesinfeksjoner og ikke minst kjønnsvorter.

Begge deler overføres seksuelt. Kjønnsvortevirus kan utløse celleforandringer i livmorshalsen og er sannsynligvis en betydelig årsak til kreft i livmorshalsen.

Kommunelege I, som også er skolelege bedriver sammen med helsesøster en god del opplysningsvirksomhet ovenfor elever i relevante aldersgrupper. Dette opplegget er delvis nedfelt i **Plan for Skolehelsetjenesten**.

10.10 HIV/AIDS

10.10.1 Epidemiologi

Kommunelege I er ikke kjent med at HIV noensinne er påvist hos personer på Frosta.

I 2002 ble det diagnostisert 205 nye hivsmittede i Norge: 122 menn og 83 kvinner, det høyeste antallet i løpet av ett år siden 1985. 137 var av utenlandsk opprinnelse, og smittet før de kom til Norge. 122 av disse er antatt smittet heteroseksuelt. Totalt er det nå diagnostisert 2 555 personer med hiv i Norge (1 805 menn og 750 kvinner).

I følge MSIS-rapport nr. 6, 2003 fra Folkehelseinstituttet har antallet hivsmittede blant asylsøkere/ innvandrere økt betydelig de siste fem årene. Dette samsvarer med økningen i hivutviklingen i områdene de kommer fra. Antallet norskfødte og innvandrere som smittes mens de er bosatt i Norge, har vært stabilt i om lag ti år (fig

10.10.2 Prosedyre

Det er nå størst økning i heteroseksuell spredning av HIV, og det er påvist flere tilfeller av heteroseksuell spredning gjennom flere ledd før tilstanden ble diagnostisert. Dette understreker viktigheten av smitteoppsporing.

Spesielle tiltak i Frosta:

- Skolehelsetjenesten bidrar med undervisning etter ønske
- Helsestasjonen for ungdom gir HIV/AIDS-informasjon
- Helsestasjonen gir HIV/AIDS-informasjon til utenlandsreisene

Alle leger tilbyr testing, men tilfeldig Hiv-testing uten at et evt. pos. resultatet kan følges opp av legen skal ikke forekomme.

Gravide testes rutinemessig ved samtykke.

10.11 Asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere

Det vises til Veileder fra Statens helsetilsyn om forebyggende infeksjonsmedisinsk arbeid ved førstegangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere, IK-2595.

10.12 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. Dette gjelder f.eks SARS, Fugleinflensa mm. 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, SARS, Fugleinflensa o.l. Feil bruk av antibiotika fører til at stadig flere grupper smittestoff kan bli resistente. Natur- og menneskeskapt 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.

11. Smittsomme sykdommer i institusjoner

11.1 **Barnehager.**

Statens institutt for folkehelse har gitt ut en egen veileder - Syke barn og barnehager - november 1996. Denne er ment som oppslag på barnehagene, og den kan også gis til foreldre/foresatte. Den er distribuert til alle barnehager i kommunen gjennom barnehagekonsulenten i Oppvekst- og undervisningsetaten. Veilederen er med i vedlegget til denne planen.

11.2 **Smittevern i helseinstitusjoner**

Det vises til Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner og Veileder fra Statens helsetilsyn angående dette- IK-2532.

Alle helseinstitusjoner (i kommunehelsetjenesten: sykehjem) skal ha et infeksjonskontrollprogram. Programmet skal også omfatte tiltak for å verne personalet mot smitte. Infeksjonskontrollprogrammet skal angi 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.

(Frostatunet deltar allerede i et kontrollopplegg i samarbeid med Folkehelsa gjennom en såkalt prevalensundersøkelse. Mer omfattende infeksjonskontrollprogram er under utarbeidelse av kommunelege I med intensjoner om ferdigstilling innen 010404)

12. Smitteberedskap

Man viser her også til **Kommunal plan for pandemisk influensa**

12.1 *Virkemidler ved beredskaps-situasjoner.*

Ved beredskap skal man bygge på rutiner og organisering ved normale forhold. Dette gjelder også i smittevernarbeidet. I Frosta 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 vil man :

- Informere befolkningen
- Sikre drikkevannforsyning og forsyning av næringsmidler
- Tilby vaksiner dersom tilgjengelig
- Tilby behandling dersom tilgjengelig.
- Isolere smitteførende personer dersom nødvendig.
- Fjerne/destruere smittefarlige gjenstander.
- Hjemmel til dette har man i smittevernloven.

12.2 *Generelle retningslinjer*

Som kommunelege står man før eller siden en sjelden gang 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.

12.2.1 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 vi 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 legevaktslegen er godt informert .

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 du 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 tror jeg er en stor fordel: psykologisk sett har vi et bedre utgangspunkt for riktig informasjonsformidling enn om avisen får et nyss om saken og lurert på om vi egentlig ønsker å dysse noe ned. Ta med andre ord "tyren ved hornene".

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 du har liten tid, så appeller til folk og forklar hvorfor du har så liten tid. Med fordel kan helsesøster settes til å ta telefoner og andre publikumskontakter. Men husk at folk gjerne venter at kommunelege I 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 nettopp det å ta seg av det som nettopp har skjedd.

13. Informasjonsstrategi

13.1 Informasjon til befolkningen

13.1.1 Taushetsplikt

En person som er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett på taushet, som ved alle andre sykdomstilstander. 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.

13.1.2 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 **kommunelege I / 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. Kommunelege I (smittevernlegen) har ansvar for kontakten med media. I Frosta kan man benytte Frostingen, NRK Nord-Trøndelag, TVN, eventuelt også andre media.

Det må opprettes en kontakt (person, telefon, telefax) for opplysning, rådgivning og kunngjøring om tiltak.

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

Kommunelege I ønsker at kommunen vurderer om vi ikke burde lage et register over E-mail adresser til kommunens innbyggere.

13.2 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.

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

13.3 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 Frosta enn at telefon evt. supplert med internpost og telefax vil gi oss full oversikt over forekomst av smittsomme sykdommer i Frosta som helsetjenesten kjenner til.

14. Vedlegg

14.1 Personelloversikt - varslingsliste

Navn	Tlf. kontor	Telefax	Tlf. privat	Mobiltlf.
Kommunelege I Arne Bye	74808860	74808859	74084235	90649927
Lege Naima Benali	74808860			
Lege Ola Arve Guldseth	74808860		74830107	92297117
Turnuslege G.Guleng				
Helsesøster	74808870	74808859		
Anne Lise Sivertsen	74808950		74807695	
Eli Leangen Lian	74808960		74807456	99562966
Anne Mille Røttereng	74808960		74807268	
Rådmann S. Hopland	74808800		74076151	92229298
Ordfører A. Myraunet	74808800		74089805	
Miljøvernleder Roar Pettersen	74808884		74807326	

14.2 Lover-forskrifter-rundskriv-veiledere

1. Veileder: Smittevernloven - En generell innføring
2. Veileder: Melding og varsling av smittsomme sykdommer
3. Veileder: Smittevern i helseinstitusjoner
4. Veileder: IK-2595 - Første gangs helseundersøkelse av nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere.
5. Rundskriv I-18/96 - Rundskriv om forskrifter vedrørende gratis legehjelp og legemidler ved allmennfarlig smittsom sykdom.
6. Veiledning om vaksinasjon 1996
7. Kontroll av tuberkulose – Veileder om forebygging og kontroll av tuberkulose.

14.4 Journal for førstegangs helseundersøkelse av innvandrere i Frosta kommune

Etternavn
Fødselsdato
Tidspunkt ankomst Norge:
Opprinnelsesland:
Språk:
Status i Norge: asylsøker innvilget opphold (dato): familiegjenforening annet
:

Fornavn
Kjønn: Mann Kvinne
Familie: Antall pers.: Antall barn:
Etnisk bakgrunn:
Trenger tolk: Ja Nei

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 / Ernæringsstilstand:

Psykisk status:

Supplerende undersøkelser:

Undersøkelse/Prøve Dato Resultat / kommentar

Skjerm bilde/rtg. thorax

BCG-arr Ja Nei

Pirquet

Hb

SR

HBsAg

(AntiHBs)

(HBEAg)

(AntiHBE)

TPHA / RPR

HIV

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

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:

14.5 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 **helsestasjonen**.

Helsesøster på helsestasjonen har ansvaret for infeksjonsforebyggende tiltak, råd og veiledning, og henviser videre til familiens faste lege.

Helsestasjonen skal gjøre tuberkulinprøving. Ved positivt utslag uten BCG vaksine henvises barnet til diagnosestasjonen.

Tuberkulin negative skal gå inn i ordinært vaksinasjonsprogram.

Helsestasjonen 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 helsestasjonen.

Tilgjengelig informasjon om medisinske forhold må vurderes. Man skal ta hensyn til hvor barnet kommer fra, og hvilke forhold det har levd under.

14.6 Råd om smitteforebyggende tiltak

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

Formål

Informasjon om smitteforebyggende tiltak til personer som er bærere av hepatitt B-virus (HBV) er viktig for å forebygge smittespredning.

Råd til kroniske HBsAg-positive bærere. (Hepatitt-B)

Ved undersøkelse av blodprøve er det funnet smittestoff som kan være årsak til smittsom gullst (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 vaksiner ved 1, 2 og 12 måneders alder.

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

Seksuell omgang. Det gjelder mellom mann og kvinne så vel som mellom homoseksuelle. vaksiner tilbys ektefeller samt andre faste seksualpartnere til kroniske smittebærere. Det tilbys også vaksiner 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 sykdommem du nå har fått (hepatitt B), skyldes et virus som er i blodet noen uker før sykdommem 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 utskriving 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 andres. Vask godt og skyll godt i varmt vann etterpå. Bruk oppvaksmaskin 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.

14.6.2 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.

14.8 Råd om syke barn og barnehage

INFEKSJON	RÅD FOR Å FOREBYGGE VIDERE SMITTESPREDNING
Atypiske mykobakterier (lymfadenitt)	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Amøbeinfeksjon (Entamoeba histolytica)	Kan gå i barnehage dagen etter igangsatt behandling og symptomfrihet, kontrollprøve ikke nødvendig
Brennkopper	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt
Bronkitt	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Campylobacterinfeksjon	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet, kontroll prøve ikke nødvendig
E.coli enteritt (EHEC og EIEC)	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet og 3 negative kontrollprøver med 1 døgn mellomrom
5.barnesykdom (Erythema infectiosum)	Kan gå i barnehagen ved god allmenntilstand uavhengig av utslett
4.barnesykdom (Exanthema subitum)	Kan gå i barnehage ved god allmenntilstand uavhengig av utslett
Forkjølelse	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Fotsopp	Ingen restriksjoner
Giardiasis (Giardia Lamblia)	Kan gå i barnehage dagen etter igangsatt behandling og symptomfrihet, kontroll prøve ikke nødvendig
Halsbetennelse	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt ved bekreftet Gr. A streptokokker (GAS). Ved andre halsinfeksjoner ingen restriksjoner, allmenntilstanden avgjør.
Hepatitt A	Kan gå i barnehage 1 uke etter debut ikterus og/eller andre symptomer. Passiv immunisering med normalt immunglobulin (gammaglobulin) av andre barn og ansatte er aktuelt.
Hodelus	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt. Andre barn bør undersøkes og eventuelt behandles.
Hånd-fot-munnsyke (Coxsackievirus inf.)	Kan gå i barnehagen ved god allmenn tilstand uavhengig av utslett
Kikhoste	Kan gå i barnehage 5 dager etter igangsatt antibiotikabehandling. Mangelfullt vaksinerte og uvaksinerte barn i barnehagen bør vaksineres evt antibiotikabehandles.

Kusma	Barn med sikker diagnose kan gå i barnehage 9 dager etter hevelse. Dersom alle barn er MMR-vaksinerte avgjør allmenntilstanden .
Lungebetennelse	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Mark/ormesykdommer	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt
Meslinger	Barn med sikker diagnose kan gå i barnehage 4 dager etter utbrudd utslett Andre uvaksinerte barn ned til 9 mnds alder i barnehagen bør vaksineres. Dersom alle barn er MMR-vaksinerte avgjør allmenntilstanden
Mollusker	Ingen restriksjoner
Ringorm	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt
Røde hunder (rubella)	Barn med sikker diagnose kan gå i barnehage 1 uke etter utbrudd av utslett. Hvis barnet er vaksinert er utslettsykdommen ikke rubella. Dersom alle barn er MMR-vaksinerte avgjør allmenntilstanden. Spesielle hensyn må tas til gravide ansatte uten kjent vaksinasjonsstatus.
Salmonellainfeksjon	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet, kontrollprøve vanligvis ikke nødvendig. Bleiebarn bør i tillegg ha 1 negativ kontrollprøve
Shigellainfeksjon	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet og 3 negative kontrollprøver med 1 døgn mellomrom.
Skabb	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt
Skarlagensfeber	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt
Tyfoid-/paratyfoidfeber mellomrom	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet og 3 negative kontrollprøver med 1 døgn
Urinveisinfeksjoner	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Vannkopper (varicella)	Kan gå i barnehage når utslettet har begynt å tørke inn
Virale gastroenteritter	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet, kontrollprøve ikke nødvendig
Vorter	Ingen restriksjoner
Yersinia infeksjoner	Kan gå i barnehage ved symptomfrihet, kontrollprøve ikke nødvendig
Ørebetennelse	Allmenntilstanden avgjør, ingen restriksjoner
Øyekatar	Kan gå i barnehage dagen etter at behandling er igangsatt

Plan for pandemisk influensa i Frosta kommune

Ved Kommunelege I Arne Bye

Revidert siste gang 290204

Bakgrunn

Influensapandemier 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. Dette, tillegg til siste tids oppmerksomhet rundt truende epidemier med SARS og fugleinfluensa er bakgrunnen for statlig pålegg om ferdigstillelse av en slik plan.

Hvis Norge i dag skulle bli rammet av en influensapandemi kan den i verste fall bli like alvorlig som spanskesyken og føre til to millioner influensasyke 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 influensaseson.

Mer sannsynlig vil en ny pandemi ha en karakter som asiasyken i 1957–59 eller Hong Kong-syken i 1968–70. Hele samfunnet vil bli rammet og mange samfunnsfunksjoner stoppe opp. Helsevesenet vil bli overbelastet og konsekvensene for landets økonomi betydelige. Når første bølge av pandemien treffer oss, vil en nyformulert influensavaksine neppe være ferdig utviklet og tilgjengelig for alle som ønsker den, og medikamenter mot influensa vil bare i liten grad kunne dempe virkningen av sykdommen.

Siste tids SARS og fugleinfluensa viser at en pandemisk influensatrussel kan oppstå uten særlig forvarsel.

En influensapandemi krever en egen plan på grunn av de spesielle utfordringene som helsevesenet og myndighetene vil stå overfor både når pandemien truer, og når befolkningen angripes av sykdommen. Den raske luftbårne smittespredningen kan ikke forhindres, og viruset vil ramme alle aldersgrupper og samfunnslag uten hensyn til personlig livsstil eller atferd. Det er ikke mulig å stanse et pandemisk influensavirus ved forsterket grensekontroll eller karantenetiltak. WHO har en spesiell beredskap for influensa og anbefaler at hvert enkelt land utarbeider egne beredskapsplaner.

Norge har sin ***Nasjonal Beredskapsplan for pandemisk influensa***.

Målsetting

Målsettingen med denne beredskapsplanen er å legge til rette for at man under en influensapandemi kan:

- redusere sykkelighet og død
- pleie og behandle syke og døende hjemme og på sykehus
- opprettholde nødvendige samfunnstjenester
- gi fortløpende, nødvendig informasjon til helsevesenet, det offentlige, publikum og massemediene

Kommunen- Hovedoppgaver, lovgrunnlag

Kommunehelsetjenesten skal yte nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1–1.

Ved influensapandemi 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. Særlig for å ivareta forebyggingsoppgaven tilfredsstillende, må kommunene gi utstrakt publikumsinformasjon på dette området, og det må foreligge kommunale planer for dette.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste, jf. smittevernloven § 7–2. Den kommunale smittevernplanen skal inneholde beredskapsplaner som inkluderer tiltak ved influensapandemi. Beredskapsplanene skal være samordnet med fylkeskommunale, helseregionale og statlige etaters planer og være forankret i Helsedepartementets kriseplan.

Kommunehelsetjenesten skal tilby berørte grupper i befolkningen det nasjonale programmet for vaksinerings mot smittsomme sykdommer, jf. smittevernloven § 3–8. Under alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan departementet eller Sosial- og helsedirektoratet bestemme at uvaksinerte må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.

Kommunestyret kan når det er nødvendig for å forebygge allmennfarlig smittsom sykdom, vedta tiltak om blant annet møteforbud, stengning av virksomheter og begrensning i kommunikasjoner, jf. smittevernloven § 4–1 første ledd.

Kommunestyret kan med hjemmel i smittevernloven § 4–6 vedta forholdsregler i forbindelse med gravferd ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Kommunestyret kan pålegge helsepersonell i kommunehelsetjenesten plikt til å gjennomgå opplæring i smittevernarbeid. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom kan dette personellet pålegges smittevernoppgaver av kommunestyret, jf. smittevernloven § 4–9.

Nasjonalt folkehelseinstitutt peker ut leger som skal foreta summariske meldinger av influensaliknende sykdom til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS).

Den kommunale sosial- og omsorgstjeneste har ansvaret for å forebygge sosiale problemer, jf. - sosialtjenesteloven § 4–1. Dette omfatter en rekke tjenester, som praktisk bistand, avlastningstiltak, heldøgns omsorgstjenester m. fl., jf. sosialtjenesteloven § 4–2. En influensapandemi vil få store konsekvenser for pleie- og omsorgssektoren med dens ansvar for hjemmeboende eldre, funksjonshemmede og syke. Dødelighet, sykkelighet og prioriteringsproblemer vil øke. Pandemien vil ramme faste brukere av tjenestene, og vil dessuten føre til nye brukere og vil ramme personalet

Statens ansvar

Helsedepartementet har det overordnede ansvaret for landets helsetjeneste, herunder smittevernet og for forskrifter om organisering, samarbeidsoppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap, jf. smittevernloven § 7–11.

Helsedepartementet har det overordnede ansvar for planlegging, iverksettelse og sentral koordinering av tiltak under en influensapandemi, og for kontakt med andre departementer. Departementet kan delegere disse oppgavene. Organiseringen av dette er forankret i Helsedepartementets kriseplan.

Helsedepartementet har ansvar for å bestemme om et beredskapslager for antivirale medikamenter skal opprettes.

Oppgavefordeling under pandemiens forskjellige faser

Kommunens rolle er uthevet skriftmessig..

Faseinndeling under pandemi

Det er hensiktsmessig for planleggingen å inndelegge utviklingen av en influensapandemi i seks faser:

Fase 0,

nivå 0: Interpandemisk periode

nivå 1: Ny subtype av virus påvist hos menneske

nivå 2: Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

nivå 3: Smitte mellom mennesker bekreftet

Fase 1 Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Fase 2 Utbrudd bekreftet i Norge

Fase 3 Første pandemibølge over i Norge

Fase 4 Andre og følgende pandemibølger i Norge

Fase 5 Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Definisjoner på de ulike fasene

Fase 0, nivå 0 – Interpandemisk periode

Normal influensaaktivitet.

Fase 0, nivå 1 – Ny subtype av virus påvist hos menneske

Ved første rapport om isolasjon av ny subtype av influensavirus fra en person og uten at det finnes klare holdepunkter for spredning av dette viruset eller av utbrudd.

Fase 0, nivå 2 – Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

Når det er bekreftet at to eller flere mennesker er blitt infisert av en ny subtype av virus med mulig epidemisk potensiale, men hvor virusets evne til spredning mellom mennesker fortsatt er uklar.

Fase 0, nivå 3 – Smitte mellom mennesker bekreftet

Når det er bekreftet at en ny subtype av virus smitter fra menneske til menneske.

Fase 1 – Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Når WHO har stadfestet utbrudd med en ny subtype av virus i minst et annet land enn i det landet det først ble påvist og at denne subtypen sprer seg.

Fase 2 – Utbrudd bekreftet i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester tilfeller med en ny subtype av virus i Norge eller påvisning i Norge av ny subtype av virus som har forårsaket utbrudd i utlandet.

Fase 3 – Første pandemibølge over i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester at spredning av ny subtype av virus har stoppet opp i landet og sykdomsaktiviteten er normalisert, men hvor det fortsatt forekommer utbrudd i andre deler av verden.

Fase 4 – Andre og følgende pandemibølger i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester nytt/nye utbrudd med den nye subtypen av virus i Norge.

Fase 5 – Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Når influensaaktiviteten går tilbake til normale interpandemiske nivåer og immuniteten i befolkningen er utbredt.

Overgangen mellom fasene er ikke alltid helt skarpe. En mulig pandemi kan stoppe opp i en tidlig fase og gå tilbake til fase 0, den kan også hoppe over en fase eller et nivå under fase 0. I bedømmelsen av overgangen til et høyere nivå i fase 0 må det også tas hensyn til hvor alvorlig syke de bekreftede tilfellene er og – etter en helhetsvurdering – hvor berettiget mistanken er om viruset har epidemisk potensiale.

Dersom en mulig pandemi stopper opp på et nivå under fase 0, vil Nasjonalt folkehelseinstitutt etter råd fra WHO og i samråd med Sosial- og helsedirektoratet avgjøre når beredskapen skal trappes ned til Fase 0, nivå 0 igjen.

Det er ikke mulig å forutsi hvor lang tid det tar fra fase 0 til fase 2. Basert på tidligere erfaringer kan det ta 1/2 – 1 år. Bedre influensaovervåking i dag tilsier tidligere varsling, mens økt internasjonal

reisevirksomhet kan bety raskere spredning. Spredningshastigheten har ikke minst betydning for mulighetene til å produsere vaksine.

Fase 0, nivå 0 – Interpandemisk periode

Normal influensaaktivitet

Mellom pandemiene vil institusjonene utføre alle sine vanlige gjøremål. Spesielle oppgaver i forhold til influensapandemi vil være:

Helsedepartementet skal

–

- fastsette en oppdatert nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa –
- opprette og løpende supplere en Pandemikomite

Pandemikomiteen skal

–

- minst én gang årlig og senest ved utgangen av mai ved sitt arbeidsutvalg utarbeide en rapport om nødvendigheten av å endre Pandemiplanen på bakgrunn av siste års hendelser. Denne rapporten skal sendes til Helsedepartementet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- sikre nødvendig vaksineberedskap (herunder spesielt beredskap for pandemi)

Fase 0, nivå 1 – Ny subtype av virus påvist hos menneske

Fase 0, nivå 1 inntreffer når første rapport om isolasjon av ny subtype av influensavirus fra en person uten at det finnes klare holdepunkter for spredning av dette viruset eller av utbrudd. WHO vil primært informere WHO's influensasentre og helsemyndighetene i alle land.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for de ulike institusjonene i kapittel 3 og i fase 0, nivå 0.

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- gjennomgå beredskapsplanen for å vurdere om den er oppdatert –
- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt orientere Pandemikomiteens medlemmer

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- samle tilgjengelig informasjon og – i samråd med Sosial- og helsedirektoratet – eventuelt sende ut informasjon til helsevesenet og publikum om situasjonen –
- gjennomgå beredskapsplanen for å vurdere om den er oppdatert –
- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet orientere Pandemikomiteens medlemmer

Fase 0, nivå 2 – Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

Når det er bekreftet at to eller flere mennesker er blitt infisert av en ny subtype av virus med mulig epidemisk potensiale, men hvor virusets evne til spredning mellom mennesker fortsatt er uklar.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- vurdere å kontakte produsenter og andre med tanke på tilgang på antiinfektiva og andre nødvendige legemidler –
- vurdere å kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye antiviralia og eventuelt andre antiinfektiva

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- kontakte de vaksineprodusenter det foreligger kontrakt med om deres mulighet til å levere vaksine, evt. vurdere også å kontakte andre vaksineprodusenter –
- vurdere å kontakte WHO (og evt. andre leverandører) med tanke på leveranser av «seed virus» til eventuell egenproduksjon av ny vaksine,
- vurdere å kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye vaksiner

Fase 0, nivå 3 – Smitte mellom mennesker bekreftet

Når det er bekreftet at en ny subtype av virus smitter fra menneske til menneske.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Pandemikomiteen skal

–

- møte for å drøfte situasjonen, gjennomgå beredskapsplanen og komme med anbefalinger til Helsedepartementet om eventuelle endringer av planen, herunder en oppdatert helseberedskapsstrategi og om nødvendig foreslå videre utredninger og forberedende tiltak.

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- gi ut nødvendig informasjon til helsevesenet og publikum innenfor eget ansvarsområde i samråd med Nasjonalt folkehelseinstitutt –
- kontakte produsenter og andre med tanke på tilgang på antiinfektiva og andre nødvendige legemidler og etterstrebe nødvendige beredskapslagre av disse –
- kontakte Statens legemiddelverk for å diskutere mulighetene for godkjenning av nye antiviralia og eventuelt andre antiinfektiva –
- innhente informasjon om helseberedskapen i landet og be de ulike institusjonene i helsevesenet gjennomgå og aktivisere sine egne beredskapsplaner dersom de ikke allerede har gjort det

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- gi ut nødvendig informasjon til helsevesenet og publikum innenfor eget ansvarsområde i samråd med Sosial- og helsedirektoratet –
- iverksette første fase av eventuell egenproduksjon av ny vaksine,
- vurdere å iverksette ukentlig rapportering av resultater av klinisk og virologisk* overvåkning av influensa, jf. forskrift av 20. juni 2003 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varslingsom smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften) § 2-1. –
- i samarbeid med landets medisinske mikrobiologiske laboratorier øke den diagnostiske beredskap for influensavirus-* og andre aktuelle infeksjoner ved pandemi –
- rapportere om kliniske og epidemiologiske trekk ved den nye influensa i utlandet *

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Regionale helseforetak og kommunen skal

–

- gå gjennom og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner,

Fase 1 – Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Når WHO har stadfestet utbrudd med en ny subtype av virus i minst ett annet land enn i det landet det først ble påvist og at denne subtypen sprer seg.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Helsedepartementet skal

–

- sikre at det blir gitt adekvat og samordnet informasjon til helsevesen og publikum om pandemiens utvikling –
- sikre at det blir iverksatt adekvate tiltak, herunder foreløpige prioriteringer om bruk av vaksiner (inkludert pneumokokkvaksiner) og antivirale midler –
- vurdere ut fra foreløpige rapporter om sykkelighet og dødelighet om influensa med den nye subtypen av virus skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom i henhold til smittevernloven § 1–3. En rekke mulige tiltak etter smittevernloven betinger at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom og enkelte tiltak betinger også at det er et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom

Pandemikomiteen skal

–

- møtes dersom det kommer til nye opplysninger som nødvendiggjør endringer i beredskapsplanen

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- foreta ytterligere skritt for å sikre helsetjenesten tilgang til legemidler –
- i samarbeid med fylkesmannens helseavdeling vurdere å iverksette tiltak for å øke behandlingsskapasiteten i kommunehelsetjenesten og sykehusene, jf. smittevernloven § 7–10 annet ledd –

- ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom vurdere om de med øyeblikkelig virkning skal pålegge midlertidig meldings- og varslingsplikt –
- vurdere å pålegge laboratorier kartleggingsundersøkelser, jf. smittevernloven § 3–7 –
- forberede eventuelt vedtak eller pålegg med hjemmel i smittevernloven dersom dette finnes nødvendig –
- gjennom fylkesmannens helseavdeling peke på de oppgavene og den myndighet som er tillagt kommunene

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- starte eventuell egenproduksjon av vaksine mot det nye viruset så snart det er praktisk muligeventuelt importere ytterligere vaksine mot det nye viruset –
- vurdere klinisk og epidemiologisk informasjon med tanke på framtidig belastning på helsevesenet og andre deler av samfunnet –
- iverksette ukentlig rapportering av resultater av klinisk og virologisk* overvåkning av influensa

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Statens legemiddelverk skal

–

- vurdere godkjenning av nye vaksiner –
- vurdere søknader om markedsføringstillatelse eller godkjenningsfritak for eventuelle nye vaksiner mot influensa eller pneumokokker, antivirale midler og andre aktuelle antiinfektiva –
- analysere nye legemidler og eventuelt foreta produksjonspartifrigjøring («batch release») for norskprodusert vaksine

Regionale helseforetak og kommunen skal

–

- klargjøre gjennomføring av sine beredskapsplaner
- prioritere virologiske undersøkelser av pasienter som har influensaliknende symptomer

Fase 2 – Utbrudd bekreftet i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester utbrudd med en ny subtype av virus i Norge eller påvisning i Norge av ny subtype av virus som har forårsaket utbrudd i utlandet.

Tiltakene som er listet opp nedenfor kommer i tillegg til det som er oppgitt for tidligere faser.

Helsedepartementet skal

–

- holde seg løpende orientert og vurdere om det skal iverksettes spesielle krisepplaner for hele eller deler av samfunnet eller tas i bruk hjemler for rekvisisjon, beordring og andre beredskapstiltak –
- ta endelige avgjørelser om prioriteringer og bruk av tilgjengelig vaksine og antivirale midler –

- vurdere å lage forskrift om påbudt vaksinerings av utsatte grupper, jf. smittevernloven § 3–8, andre ledd, forutsatt at influensa er definert som allmennfarlig smittsom sykdom –
- vurdere å lette legers arbeid ved å utvide arbeidstakeres egenmeldingsperiode for sykmelding utover tre dager, dvs. gjøre unntak fra hovedregelen i folketrygdloven § 8–24. Et slikt vedtak kan fattes av Kongen ved utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som truer folkehelsen, jf. smittevernloven § 7–12 –
- sikre at det opprettes en sentral for samling av all relevant informasjon med tanke på daglig produksjon av en offisiell bulletin om situasjonen –
- sikre at det opprettes tilgjengelig informasjonssentraler for publikum og presse –
- vurdere å gi andre forskrifter og pålegg etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3

Pandemikomiteen skal

–

- ha møter ved behov.

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt holde Helsedepartementet løpende orientert, samt fremme eventuelle anbefalinger –
- i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt forestå den daglige håndteringen av pandemien –
- etablere midlertidig meldingssystem for dødsfall som skyldes influensa –
- gjennom fylkesmannens helseavdeling ta initiativ til å opprette lokale tilgjengelige informasjonssentraler for publikum og presse –
- vurdere om det er nødvendig å påby vaksinerings med en gang for at ikke folkehelsen skal bli skadelidende, jf. smittevernloven § 3–8 –
- vurdere å treffe vedtak etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3 –
- pålegge kommuner og fylkeskommuner å iverksette sine beredskapsplaner

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet holde Helsedepartementet løpende orientert, samt fremme eventuelle anbefalinger –
- i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet forestå den daglige håndteringen av pandemien –
- gi råd om vaksinasjon som skal sikre at prioriterte grupper tilbys vaksinasjon –
- øke overvåkingen av influensaviruset *, særlig i forbindelse med alvorlige/fatale tilfelle av sykdom –
- øke overvåkingen av den epidemiologiske situasjon, spesielt med hensyn til andre virus/bakterier i forbindelse med alvorlige/fatale tilfelle av sykdom –

- øke bistand til virologisk diagnostikk i samarbeid med region- og fylkeslaboratoriene i medisinsk mikrobiologi, herunder undersøkelse av resistens hos virus * –
- økt bistand til bakteriologisk overvåkning og diagnostikk, spesielt med tanke på overvåkning av antibiotikaresistens

* utføres i samarbeid med WHO's influensasenter.

Regionale helseforetak skal

–

- sikre diagnostikk, forebygging, behandling og pleie i henhold til egne planer jf. kapittel 6.1.2

Kommunen skal

–

- sikre forebygging, behandling og pleie i henhold til egne planer
- vurdere å treffe beslutninger i kommunestyret etter smittevernloven kapittel 4 og 5 som beskrevet i planens kapittel 3 forutsatt at influensa er definert som allmennfarlig smittsom sykdom

Fase 3 -- Første pandemibølge over i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester at spredning av ny subtype av virus har stoppet opp i landet og sykdomsaktiviteten er normalisert, men hvor det fortsatt forekommer utbrudd i andre deler av verden.

Helsedepartementet skal

–

- motta og vurdere foreløpige rapporter om pandemien fra Pandemikomiteen, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Pandemikomiteen skal

–

- raskt samle sammen erfaringene fra første bølge av pandemien –
- møte for å vurdere de erfaringene som er gjort og komme med anbefalinger om eventuelle nye og endrede tiltak –
- drøfte situasjonen, gjennomgå beredskapsplanen og komme med anbefalinger til Helsedepartementet om nødvendige videre utredninger og forberedende tiltak

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- utarbeide en foreløpig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner for å forberede neste bølge av pandemien

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- utarbeide en foreløpig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner for å forberede neste bølge av pandemien

Fase 4 – Andre og følgende pandemibølger i Norge

Når Nasjonalt folkehelseinstitutt stadfester nytt/nye utbrudd med den ny subtypen av virus i Norge.

Alle aktørene skal

–

- iverksette relevante tiltak som under fase 2 med de revisjoner som ble foretatt under fase 3

Fase 5 – Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Når influensaaktiviteten går tilbake til normale interpandemiske nivåer og immuniteten i befolkningen er utbredt.

Helsedepartementet skal

–

- erklære at pandemien er over –
- motta og vurdere endelige rapporter om pandemien fra Pandemikomiteen, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt –
- påse at aktuelle etater og fagmiljøer forbereder overgang til normaldrift og evaluerer og eventuelt reviderer sine beredskapsplaner

Pandemikomiteen skal

–

- lage en endelig rapport om erfaringene fra hele pandemien –
- foreslå endringer i beredskapsplanen

Sosial- og helsedirektoratet skal

–

- utarbeide en endelig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal

–

- utarbeide en endelig rapport om eget ansvarsområde av pandemien, dens virkninger og spesielt vurdere erfaringer som bør føre til revisjon av egne beredskapsplaner

Statens legemiddelverk skal

- gjennomgå og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner

Regionale helseforetak og kommunen skal

- gjennomgå og eventuelt oppdatere egne beredskapsplaner

Forebygging, diagnostikk og behandling

De viktigste tiltakene for forebygging av influensa er vaksinasjon og profylaktisk behandling med medisiner mot influensavirus. På grunn av de spesielle forholdene ved en influensapandemi forventes behovet for vaksine så vel som for medikamenter langt å overstige tilbudet. Prioritering av vaksine og medikamenter for spesielle befolkningsgrupper blir en viktig del av beredskapsarbeidet. Det må også tas i betraktning hvordan smitteoverføring kan begrenses.

Vaksinasjon

Vaksinasjon med en riktig sammensatt influensavaksine kan minske effekten av sykdommen, særlig i de befolkningsgruppene som har størst risiko for alvorlig sykdom og død forårsaket av influensa. I perioden mellom pandemiene anbefales disse risikogruppene å la seg vaksinere hver høst før influensasæsonen. Disse anbefalingene publiseres i MSIS-rapport. Folkehelsas "Veiledning om vaksinasjon 1998" fra Statens institutt for folkehelse inneholder også råd om bruk av influensavaksine.

Under ordinære, ikkepandemiske forhold vil vaksinen gi beskyttelse mot influensa etter en ukes tid. Hos yngre personer angis vaksinen å gi ca. 80 % beskyttelse, hos eldre noe dårligere (50–60 %). Beskyttelsen synes imidlertid å være noe bedre mot alvorlig sykdom og død enn mot infeksjon.

Ved en pandemi vil hele eller store deler av befolkningen mangle immunitet mot det aktuelle viruset. Dette kan føre til at beskyttelse kan inntre senere eller kreve to doser vaksine. Erfaringene fra bruk av vaksine i en interpandemisk fase kan ikke uten videre overføres til vaksinebruk under en pandemi.

Tilgang på vaksine i Norge.

Norge har pr i dag ingen egenproduksjon av influensavaksine, men kan sette i gang produksjon etter gammeldagse produksjonsprinsipper og således sannsynligvis med dårlig kvalitet. Norge kjøper vaksinen fra private firmaer i utenlandet. man har avtaleom å kunne få kjøpe dobbelt så mye i en pandemisituasjon, men avtalen vil høyst sannsynlig bli overprøvd av myndighetene i produsjonslandet. Vår tilgang til vaksiner ved en virkelig dramatisk pandemi kan således synes noe tvilsom...

Kommunelege I ser for seg, muligens på noe tynt grunnlag at tilgjengelige vaksiner i stor grad vil bli fordelt til kommunene avhengig av innbyggerantall. Det blir da opp til kommuneledelsen/kriseledelsen sammen med Kommunelege I og vurdere hvem som skal vaksineres. Naturlig nok basert på anbefalinger fra stlig hold.

Dette gjør en følgende tema, vaksinasjonsstrategier, aktuelt.

Ulike strategier for bruk av vaksinen

Tilgjengelig influensavaksine må benyttes for å nå Influensapandemiplanens målsettinger, hvorav den viktigste er å redusere sykkelighet og død.

Vaksinasjon kan skje etter fire ulike hovedstrategier. Disse strategiene er satt opp for å synliggjøre de ulike valgmulighetene en vil stå overfor. Dersom influensavaksine blir tilgjengelig under en pandemi, vil en sannsynligvis ikke velge bare én av strategiene, men deler av flere.

Strategi 1: Ikke vaksinere noen, ingen vaksine tilgjengelig

Denne situasjonen oppstår dersom det ikke er mulig å skaffe vaksine ved import eller egenproduksjon.

Strategi 2: Vaksinasjon av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner

Vaksinasjon av personer med viktige samfunnsfunksjoner skal dels bidra til å redusere sykkelighet og død (indirekte) og dels bidra til opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner. Følgende personer kan det være nødvendig å vaksinere for å opprettholde funksjoner som sikrer liv og helse:

–

- helsepersonell, i første rekke leger, sykepleiere og bioingeniører som arbeider i kommunehelsetjenesten og ved mottaksavdelinger, medisinske avdelinger, barneavdelinger og medisinsk mikrobiologiske avdelinger i sykehus

–

- ambulanspersonell –
- personell i vaksine- og legemiddelproduksjon og forsyning (fra fabrikk til apotek) –
- nøkkelpersonell i landets ledelse –
- nøkkelpersonell i strømforsyningen, vannforsyningen, offentlig transport og telekommunikasjonen –
- personell i brannvesen og politi

I tillegg kan følgende nøkkelpersonell som utfører viktige tjenester for samfunn og næringsliv være aktuelle å tilby vaksinasjon:

–

- renovasjonspersonell –
- personell i kommunenes tekniske etater –
- personell i begravellesbyråer –
- forsvarrets og sivilforsvarets personell –
- nøkkelpersonell og sikkerhetspersonell i industrien, herunder offshorevirksomheten

Strategi 3: Vaksinasjon av grupper med økt risiko for komplikasjoner ved influensa

Her er siktemålet å gi direkte beskyttelse til personer som av erfaring er mer utsatt for komplikasjoner, herunder død, i forbindelse med influensa. Dette er stort sett de samme gruppene som anbefales influensavaksine foran hver sesong.

Under en influensapandemi kan det vise seg at også andre grupper er særlig utsatt for komplikasjoner, for eksempel små barn og gravide kvinner. Opplysninger fra land som allerede er rammet og fra immunstatusundersøkelser, kan gi holdepunkter for hvilke andre grupper som eventuelt bør inkluderes i denne strategien.

For tiden er de anbefalte gruppene som følger:

–

- voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt de som har nedsatt lungekapasitet –
- voksne og barn med kroniske hjerte-/karsykdommer, spesielt de med alvorlig hjertesvikt –
- voksne og barn med sykdommer eller medisinerings som gir nedsatt infeksjonsresistens –
- personer over 65 år –
- beboere på alders-, syke- og pleiehjem

Strategi 4: Vaksinasjon av alle

Dersom vaksinetilgangen er ubegrenset kan vaksinen – i den grad det offentlige og private helsevesenet har kapasitet – tilbys hele befolkningen. Helsevesenets primæroppgave vil likevel være å først tilby vaksine til personer nevnt under strategi 2 og 3.

I tillegg til disse fire hovedstrategiene er det to andre strategier å foreta vaksinasjon etter. Disse strategiene vil delvis overlape gruppene nevnt under strategi 2.

Strategi 5: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til personer med høy risiko for komplikasjoner

Etter som vaksinen ikke gir full beskyttelse hos alle vaksinerte i risikogruppene, kan man ytterligere redusere smitterisikoen for risikogruppene ved å redusere eksponeringsfaren fra pleiepersonellet og familien (flokkbeskyttelsen i alders-, syke- og pleiehjem blir betydelig bare dersom vaksinasjonsdekningen blant både personell og beboere er meget høy). Formålet med denne strategien er dermed å gi indirekte beskyttelse til risikogruppene. Følgende grupper vaksineres etter denne strategien:

–

- helsepersonell med pasientkontakt i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten –
- ansatte med beboerkontakt i alders-, syke- og pleiehjem –
- hjemmesykepleiere og hjemmehjelpere, inkludert frivillige pleiere og andre mannskaper som kalles inn i en beredskapssituasjon –
- husstandsmedlemmer til personer nevnt under strategi 3

Strategi 6: Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til mange andre

Enkelte personer med influensa kan på grunn av sin aktivitet eller sitt yrke smitte mange andre personer med viruset. Teoretisk sett skulle man kunne sinke smittespredningen, eventuelt redusere pandemiens omfang gjennom å vaksinere personer som kan bli viktige smittespredere. Dette kan være:

–

- personell i skoler og barnehager –
- skole- og barnehagebarn –
- sjåførere og andre med kundekontakt i kollektivtransporten –
- skrankepersonell i banker, postkontorer, offentlige kontorer og butikker

Ut fra samme resonnement kan man også tenke seg å prioritere folk som bor tett framfor folk som bor mer spredt.

Prioritering og valg av vaksinasjonsstrategi

Uansett mengde vaksine som blir tilgjengelig, må man velge en vaksinasjonsstrategi eller en kombinasjon av strategier, og prioritere innenfor hver strategi. Begrenset vaksinetilgjengelighet vil by på en rekke medisinsk-etiske problemer. Hvordan skal man prioritere mellom en stor fordel for et lite antall personer og en liten fordel for et stort antall personer? Skal man prioritere å øke

forventet gjenstående levetid hos yngre og middelaldrende eller å redusere dødeligheten hos eldre med kort forventet gjenstående levetid? Vil det være riktig å søke å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner eller redusere dødeligheten hos de eldste?

Det bør utarbeides en oversikt over antall personer i kommunen for de ulike vaksinasjonsstrategiene.

Pneumokokkvaksine

Vaksinasjon mot pneumokokksykdom antas å redusere insidensen av pneumokokkpneumoni etter influensas sykdom, en alvorlig tilstand. De vanlige anbefalingene for bruk av pneumokokkvaksine bør følges. Man bør i interpendemiske perioder anstrenge seg for å få høyest mulig vaksinasjonsdekning i risikogrupperne (jf. at vaksinasjon mot pneumokokksykdom for de fleste er en engangsforseteelse, i motsetning til mot influensa). Det er lite trolig at vaksineprodusentene vil være i stand til å kunne dekke opp for en plutselig økning i etterspørsel etter pneumokokkvaksine i forbindelse med en influensapandemi. Dette bør også vurderes ifm inngåelse av eventuelle internasjonale avtaler.

Innbyggerne og ihvertfall risikogrupper, utsatte grupper og strategiske personer bør således stimuleres til pneumokokkvaksinering i ”fredelige” perioder.

Bruk an antivirale medikamenter.

Det finnes to preparater, Tamiflu og Relenza. Det foreligger liten erfaring med stoffene. De er dyre. Man henviser i denne planen til *Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa* www.dep.no/hd/norsk/publ/handlingsplaner/042041-990032/index-dok000-b-n-a.html

Virologisk diagnostikk

Det dreier seg om blodprøver, svelgskyllevannsprøver, prøver fra nesen og prøver av oppspytt. Kommunen/helsetjensten har pr 2/2004 ingen beredskapslager for diagnostisk materiell og utstyr. Dette er kun et økonomisk spørsmål (Kort holdbarhetstid mm)

Det foreligger hurtigtester, svært kostbare, som vi kan benytte oss av lokalt. Ellers må vi sende prøver til omliggende sykehus.

Hvordan redusere infeksjonens spredningshastighet

I sin alminnelighet er det lite sannsynlig at spredningen av influensa kan stoppes, men en viss reduksjon av spredningshastigheten kan muligens oppnås ved å redusere unødvendige reiser, særlig over lange avstander. Likevel vil det ikke ha noen effekt å stenge grensene, innføre tvungen karantene av reisende eller liknende. Syke bør anbefales å holde seg hjemme. Begrensning av store sosiale sammenkomster som møter, idrettsstevner og liknende kan vurderes. Man bør unngå busser, tog, fly, kjøpesentra i størst mulig grad.

Stengning av barnehager og skoler må vurderes. Hva med restauranter, puber etc?

Influensa – historikk -sykdomslære

Definisjoner

Epidemi

En epidemi er opptreden eller utbrudd i et samfunn eller region av en sykdom som i antall tilfeller klart overskrider hva som normalt er forventet. For influensa er dette et diffust begrep, idet vi oftest hver eneste vinter forventer forekomst av influensa. I mange land benytter man derfor uttrykkene sporadiske utbrudd, lokale utbrudd, regionale utbrudd og omfattende utbrudd. En influensaepidemi vil nok passe som beskrivelse av fasene regionale - og omfattende utbrudd.

En influensaepidemi forårsakes oftest av en ny variant av influensavirus, men samme variant har noen gang hjemsoekt befolkningen i mer enn én sesong. I løpet av slikt utbrudd kan 5–10% av befolkningen bli syke i løpet av 6–12 uker. I hvilken grad epidemien får feste i befolkningen vil blant annet avhenge av hvor stor del av befolkningen som er helt eller delvis immun på grunn av tidligere smitte eller vaksinerings med nært beslektede virusvarianter.

Pandemi

En pandemi er en epidemi som opptrer i et stort område og vanligvis affiserer en stor andel av befolkningen. For influensa kan en pandemi beskrives som en verdensomspennende epidemi, global spredning av et «nytt» virus (ny subtype) der ingen eller bare ganske få kan forventes å ha immunitet mot det nye viruset. En betydelig andel av jordens befolkning kan forventes å bli smittet allerede i løpet av den første sesongen (20–40%) fordi det ikke finnes noen flokkimmunitet.

Når kommer den?

Siden 1510 er det kjent 18 pandemier. Avstanden mellom disse har variert betydelig, men de fleste har kommet med 10 til 40 års mellomrom. Det er vanskelig å antyde når en ny pandemi vil slå til, men i følge historiske erfaringer kan en pandemi slå til når som helst. Den siste alvorlige pandemien var i 1968–1969. I 1977–1978 oppsto en ny pandemi, den relativt milde russerinfluensaen.

Statistisk sett burde man således kunne forvente en ny influensapandemi i løpet av de nærmeste årene. Problemstillinger er således meget aktuell.

Spredningsmønster og hastighet

Det typiske forløpet ved tidligere pandemier har vært at de etter start i det fjerne østen har spredt seg langs handels- og transportruter over hele verden. Pandemiske virusstammer har spredt seg over hele kloden i løpet av ca. 6 måneder. Pandemiene etterfølges ofte av flere influensabølger.

Årstid

Tidligere erfaringer har vist at pandemiene kan slå til på andre tider av året enn epidemiene som gjerne starter omkring årsskiftet. Bare to av elleve pandemier siden 1782 har oppstått på vinteren (nordlig halvkule), mens de resterende fordelte seg jevnt over de tre andre årstidene

Pandemiens lengde

Under tidligere pandemier har det verste utbruddet pågått 6–8 uker, men mindre aktivitet har fortsatt i noen måneder

Sykdommen

Sykdomsinsidens

30-80% av befolkningen kan bli rammet.

Alder og kjønn

Under en vanlig influensaepidemi vil de fleste tilfellene opptre hos barn, men langt de fleste tilfellene av alvorlig sykdom og død vil opptre hos eldre og personer med underliggende kroniske sykdommer. *Forløp under en pandemi kan imidlertid avvike til dels betydelig og ofte er barn og yngre mennesker hardest rammet og med høy dødelighet.* Mange statistikker bekrefter dette og ikke minst siste tids SARS fugleinfluensaepidemier.

Sykelighet og dødelighet

Fremskriving av tallende for sykelighet og dødelighet under de siste fire influensapandemiene sees i nedenstående tabell.

Scenario	Andel angrepet	Antall syke	Døde per 1 000	Antall døde
<i>Spanskesyken (1918)</i>	45%	2,0 mill	6,45	28 574
<i>Asiasyken (1957)</i>	30-80%	1,3 – 3,5 mill	0,59	2 632
<i>Hong Kong-syke (1969)</i>	15-40%	665 000-1,8 mill	0,74	3 291
<i>Russerinfluensa (1977)</i>	9%	400 000	0,00	0

En ny spanskesyke i dag (siste gang i 1918) ville for Frosta i dag statistisk set ha medført 16 dødsfall. 1100 personer ville blitt syke og sanns ute av stand til å gjøre jobben sin noen dager.

Konsekvenser og forebyggende tiltak

En ny pandemi kan i beste fall bli som en influensasesong i et normalår. Da vil det ikke være behov for spesielle kriseplaner og tiltakene som settes i verk vil kunne være som de som anbefales hver høst før influensasesongen. I verste fall kan det komme en ny spanskesyke med betydelig sykkelighet og dødelighet og med stor innvirkning på mange samfunnsfunksjoner (se nedenstående tabell). Mest sannsynlig vil en ny pandemi bli som under asiasyken eller Hong Kong-syken. Omfanget av en ny pandemi vil ha betydning for en rekke tiltak, deriblant vaksinasjonsprioriteringen.

Tabell V1.4 Skjematisk oppstilling av scenarier, konsekvenser og tiltak for å redusere sårbarhet.

Scenario	Beskrivelse	Konsekvens	Tiltak
<i>Spanskesyken</i>	Forårsaket av særlig ondartet virus. Unormal distribusjon av sykkelighet og dødelighet: Høy sykkelighet og dødelighet i gruppen 20-40 år.	Stort sykefravær. Høy dødelighet. Vanskelig å holde sentrale samfunnsfunksjoner i gang.	Behov for kriseplaner for å frigjøre sykehussenger. Krever apparat for å takle et stort antall døde mennesker. Prioritere tilgjengelig vaksine og antivirale midler.
<i>Asiasyken</i>	Høy sykkelighet. Normal distribusjon av dødelighet. Lav dødelighet. Mange barn og soldater rammes.	Økt behov for sykehusinnleggelse. Økt dødelighet i risikogrupper for influensa. Mange barn og soldater rammes. Smitte blant personell i barnehager, skoler og militærleire.	Behov for kriseplaner for bemanning innen helsevesen, skoler, barnehager og militære forlegninger.

Hong Kong-syken Få døde i 1968/69. Noe økt behov for
Overdødelighet observert sykehusinnleggelse.
vinteren 1969/70

Distribuere tilgjengelig vaksine

Pandemisk influensa - tiltak

Ved en konkret situasjon skal KommunelegeI/Smittevernlege/stedfortreder kontakte Enhetsleder for Pleie og Omsorg. A.M Røttereng, leder for hjemmetjenestene E. Leangen og leder for sykehjemmet A. L. Sivertesen, eller disses stedfortredere.

Disse har oversikt over kommunens helsepersonellressurser. Man bør møtes og diskutere videre tiltak. Det må innkalles til møte i Ressursgruppe for krisehåndtering. Rådmann og Ordfører må informeres. Disse må igjen vurdere om en kriseledelse skal etableres jfr **Plan for kriseledelse i Frosta Kommune**. Kommunelege I vil være rådgiver for denne kriseledelsen.

Møtested:

Frostatunet ansees som best egnet til oppmøtested. Helsepersonell med mistenkt influensa bør ikke møte personlig.

Enhet for massemottak/undersøkelse/vaksinering.

Det naturlige er her å bruke legekantoret og helsestasjonen. Kantina og kommunestyresal kan brukes som venterom og observasjonsområde etter f.eks vaksinasjon.

Eksempelvis kan legekantorets 3 leger + 2 sykepleiere og helsesøster i tillegg til 2 sekretærer vaksinere/dokumentere anslagsvis 70 pasienter i timen, hvis dette prioriteres fullstendig.

Det kan alternativt opprettes vaksinasjonsheter rundt omkring, ledet av en lege, men gjerne med mange sykepleiere som vaksinatører. Det må sørges for tilgjengelighet av medikamenter mot anafylaktisk sjokk og andre vaksinerikasjoner (Adrenalin, kortison og antihistaminer).

Innkallelse til f.eks vaksine bør innholde moment om at mulig syke ikke må komme.

System for masseregistrering og melding (msis)

Legekantorets journalsystem er godt egnet for dette.

Retningslinjer for vaksinasjon og evt. forebyggende behandling av friske, inkludert helsepersonell.

Dette vil være avhengig av vaksinetilgang og statlige anbefalinger.

Retningslinjer for behandling og innleggelse i sykehus.

Allerede ved en vanlig influensaepidemi kan sykehusene bli overfylte. Alvorlige komplikasjoner i luftveiene kan være en innleggeleseindikasjon. Dette vil i stor grad måtte baseres på statlige retningslinjer, som igjen baseres på tilbakemeldinger fra land som allerede er rammet av epidemien.

Informasjon til eget personale.

Hyppige møter. E-mail. Oppheng/plakater på strategiske steder. Kommunen har ikke flere helsepersonell enn at telefon også kan benyttes.

Informasjon til befolkningen.

Veldig viktig.

Rent medisinske forhold bør det informeres om av KommunelegeI, mens annen informasjon skal ordfører ta seg av jfr Plan for kriseledelse.

Det bør opprettes en egen internettside lokalt mtp informasjon. Kommunelege I vurderer det som ønskelig at kommunen prøver å registrere innbyggernes e-mail adresser for senere å kunne bruke dem for å overbringe informasjon i en slik situasjon.

Massemedia i form av aviser, tv, radio kan være aktuelt å benytte. Oppheng/plakater på strategiske steder kan igjen være nyttig.

Psykososial omsorg ovenfor pasenter/pårørende

Dette administreres av ressursgruppe fro krisehåndtering

Anbringelse og indentifisering av døde.

Man viser her til politiets og kirkens planverk

Frigjøring av plasser i sykehjem

Usikkert hvor aktuelt dette vil bli. Hvis mange pasienter med sekundære pneumonier i forbindelse med influensa vil trenge intravenøs behandling, så kan det bli aktuelt å ta i bruk deler av Frostatunet som et slag sykehus. Det kan bli aktuelt å komprimere pasientene på færre rom for å frigjøre plass. Sykehjemmet oppfordres hermed til å gjære seg noen tanker rundt aktuelle løsninger.

Beredskapslager/forsyning av legemidler og smittevernsutstyr.

Den vanligste behandlingen er kun symptomlindrende i form av febernedsettende medikamenter. Kommunen har intet lager av dette utover det som måtte befinne seg på apotek og i *beredskapspakken for sykehjemmet* (Beregnet på sykehjemsbeboere). Befolkningen bør oppfordres til selv å ha et aldri så lite forråd av f.esk paracet, panodil eller lignende. Kommunen har heller intet beredskapslager med antibiotika eller andre legemidler, igjen med unntak av ovennevnte beredskapspakke. Kommunen har videre intet beredskapslager av munnbind, beskyttelsesfrakker, diagnostisk utstyr eller lignendene, utover det som er beregnet til ordinært bruk under normale forhold på legekantoret og på Frostatunet.

Dette er kun et økonomisk spørsmål og meget grovt anslått ville det koste rundt en 30000 kr for å etablere en slik beredskapspakke for hele befolkningen i tillegg til årlige kostnader for vedlikehold pga utgått holdbarhet mm

Aksjonsliste – faseavhengig

Fase 0 – Interpandemisk periode

Vaksinasjon mot influensa og pneumokokksykdom etter nasjonale retningslinjer

Fase 0, nivå 3

– Ved smitte mellom mennesker bekreftet av ny subtype influensavirus

Kommunelegen med ansvar for smittevern ber rådmannen vurdere å etablere kriseledelsen og at det innkalles til møte i ressursgruppa for krisehåndtering.

Saksliste:

- Avklare sekretariat og pressekontaktfunksjon. -
Gjennomgang og oppdatering av beredskapsplanen.

Fase 1

- Utbrudd utenom Norge
-

Holde møte i ressursgruppa. Planlegge for eventuelt utbrudd i Norge.

Saksliste:

- Informasjon om sykdommens profil ved kommunelegen med ansvar for smittevern.
- Planlegge omdisponering av helsepersonell. Hvilke vedtak må gjøres i kommunestyret?
- Få oversikt over og kontakte lokale frivillige organisasjoner, eventuelt offentlige (Sivilforsvaret) som kan hjelpe til med pleie og stell av syke.
- Diskutere legedekning og legevakt ved sykdom. Vurdere om det kan bli nødvendig med samarbeid med nabokommuner.
- Ta kontakt med lokalsykehus for å forberede samarbeid om bruken av sykehus mht. innleggelses- og utskrivingsrutiner.
- Diskutere lokal bruk av sykehjem og hjemmesykepleie. Vurdere muligheter for omdisponering av senger i sykehjem ved utskrivning eller fortetting.
- Forberede informasjonspolitikk i kommunen: Hvordan? (internett, lokalavis, radio) Hva? (lokal, fylke og nasjonal tilstand. Sykdommens ytringsformer, når søke lege, behandlingsalternativer).
- Forberede organisering av registreringsenhet i kommunen.

Fase 2

- Utbrudd i Norge
-

Holde møte i ressursgruppa for at kommunen skal sikre forebygging, diagnostikk, behandling og pleie.

Saksliste:

- Opprette lokal registreringsenhet for daglig oppdatering av lokal situasjon (antall syke, behov for tiltak). Enheten skal rapportere til lokal informasjonsansvarlig og til fylkesmannen. - Forberede omlegging av sykehjemsdrift og opprettelse av evt. alternative pleiesteder. -
- Planlegge tiltak etter smittevernloven kap 4 og 5 ved allmennfarlig smittsom sykdom (møteforbud, stenging av virksomheter som barnehager, svømmehaller, begrense kommunikasjon).
- Gjennomføring av massevaksinasjon etter nasjonal prioritet.
- Informasjonsansvarlig undersøker og registrerer hvordan informasjonen spres og oppfattes. Justering av informasjonen etter behov.

Fase 3

- Første pandemibølge over Norge
- Sette i verk planlagte tiltak.

Saksliste:

- Ta i bruk alternative pleiesteder med personell som er friske.
- Innføre tiltak som nevnt i smittevernloven kap 4 og 5.

Fase 4

- Andre og følgende pandemibølger

Tiltak som i fase to og tre med korreksjon for erfaringer fra fase 3.

Fase 5

- Postpandemisk periode

Evaluerer de tiltakene som ble foretatt og de rammebetingelser man hadde, gjennomføre eventuelle endringer i rammebetingelsene og oppdatere planen

Tuberkulose og andre infeksjoner – Sesongarbeidere fra Øst-Europa

Tuberkulosekontroll av sesongarbeidere fra Øst-Europa

Publisert: 27.10.2003 10:25:09 Oppdatert: 23.11.2003 13:30:06

Sesongarbeidere fra Russland, de baltiske land (Latvia, Litauen og Estland) og øst-europeiske land (bl.a. Polen) har ikke plikt til tuberkulosekontroll etter Forskrift om tuberkulosekontroll hvis de oppholder seg under tre måneder i landet.

Imidlertid kan kommunelegen bruke Smittevernloven til å kreve slik kontroll (jf. kap. 7.1 i Bjartveit K. "Kontroll av tuberkulose – Håndbok for kommunehelsetjenesten").

Forekomsten av tuberkulose i disse landene er betydelig høyere enn i vest-europeiske land og spesielt høy blant yngre og middelaldrende menn, der 100-200 personer per 100 000 innbyggere utvikler tuberkulose hvert år. Dette tilsvarer mellom én per 500 og én per 1000 personer. Opptil ti prosent av disse vil ha sykdom med multiresistente basiller.

Forekomsten blant dem som kommer til Norge bør være betydelig lavere, siden de trolig kommer fra sosiale grupper der forekomsten er lavere enn landsgjennomsnittet.

Ved gjennomgang av tuberkulosemeldinger siden 1996 finner vi ingen pasienter fra de baltiske land eller Russland som har kommet som sesongarbeidere.

Statens helseundersøkelser mener sesongarbeidere fra disse landene helst bør kontrolleres ved første gangs besøk med både røntgenbilde (tatt i Norge) og tuberkulintest. Imidlertid er denne kontrollen mange steder vanskelig å gjennomføre. Det viktigste er da å sikre at personer med symptomer som kan gi mistanke om tuberkulose (for eksempel langvarig hoste med oppspytt, feber og vekttap), blir undersøkt med røntgenbilde av lungene.

Hvis personene kommer tilbake hvert år, kan kontrollen begrenses til nytt røntgenbilde i de tilfellene der personene har symptomer som kan gi mistanke om tuberkulose.

Hvis personer skal oppholde seg over tre måneder i Norge og kommer fra land med høy risiko for tuberkulose (for tiden definert som utenom Vest-Europa, USA, Canada, Japan, Australia, New Zealand), skal de gjennomgå tuberkulosekontroll etter §2–4 i "Forskrift om tuberkulosekontroll" av 20.10.1996.

Einar Heldal
Statens helseundersøkelser

Øst-Europeiske sesongarbeidere i landbruket

Publisert: 27.10.2003 10:26:59 Oppdatert: 00:00:00

Bær- og grønnsakdyrkere er blitt helt avhengige av arbeidskraft fra Øst-Europa. Et større antall slike arbeidere er innom Frosta hvert år. Arbeiderne kommer fra Polen, Litauen, Russland og andre øst-europeiske land.

Sesongarbeiderne bor tett i forskjellige forskjellige typer hus på gardene, og de står for egen husholdning. De hygieniske forholdene er uoversiktlige, og arbeiderne kommer i nær kontakt med husdyr og planter. Virksomheten innebærer derfor en fare for spredning av sykdom til mennesker, dyr og planter. I Øst-Europa er tuberkulose vanligere enn i Norge, og unge menn er en vanlig smittekilde (se over). Under slike bo- og arbeidsforhold kan også andre infeksjoner, som patogene tarmbakterier, spres mellom

arbeidere og forurensede grønnsaker og jordbær som selges som ferskvare. Spredning av sykdom med produktene ville være en ulykke for mange produsenter som har investert millioner. En gastroenterittepideemi i travleste jordbærhøstingen ville også være en katastrofe for produsenten fordi helsemyndighetene ville måtte ta de syke ut av produksjonen til de ikke lenger var smittebærere. Gjennom en restriktiv politikk har Norge klart å unngå alvorlige smittsomme dyre- og plantesykdommer. Import av slike ville kunne bety en større samfunnsmessig katastrofe enn spredning av sykdom blant mennesker.

Helse-, veterinær- og landbruksmyndighetene og Arbeidstilsynet i sammenlignbare kommuner har gått sammen om å utarbeide konkrete retningslinjer for å redusere de potensielle farene mest mulig, og for å sikre anstendige bo- og arbeidsforhold. Dette har skjedd i nært samarbeid med og etter ønske fra produsentene som selv har innsett farene. Retningslinjene inneholder krav til bo- og arbeidsforhold, arbeidskontrakt, opplæring, hygiene og sanitære forhold. For arbeiderne er det laget et informasjonsskriv på polsk, litauisk, russisk og engelsk som arbeidsgiver sender i god tid før de kommer til landet.

På Frosta har vi pr 2/2004 ikke slike rutiner

I noen kommuner er det gjort befaringsbesøk på noen gårder. Noen steder ble retningslinjene stort sett fulgt, andre steder var det uholdbare sanitære forhold og direkte farlige husrom. Arbeiderne hadde i stor grad tatt med seg de matvarene de trengte for sesongen, og mange av disse var ulovlige som egg, ferske kjøttvarer og meieriprodukter. Arbeiderne visste at dette var ulovlig, men arbeidsgiverne følte at det var vanskelig å kontrollere hva hver enkelt hadde med seg.

På Frosta er det ikke gjennomført slike kontroller.

Det bør diskuteres om det bør gjøres.