SMITTEVERNPLAN

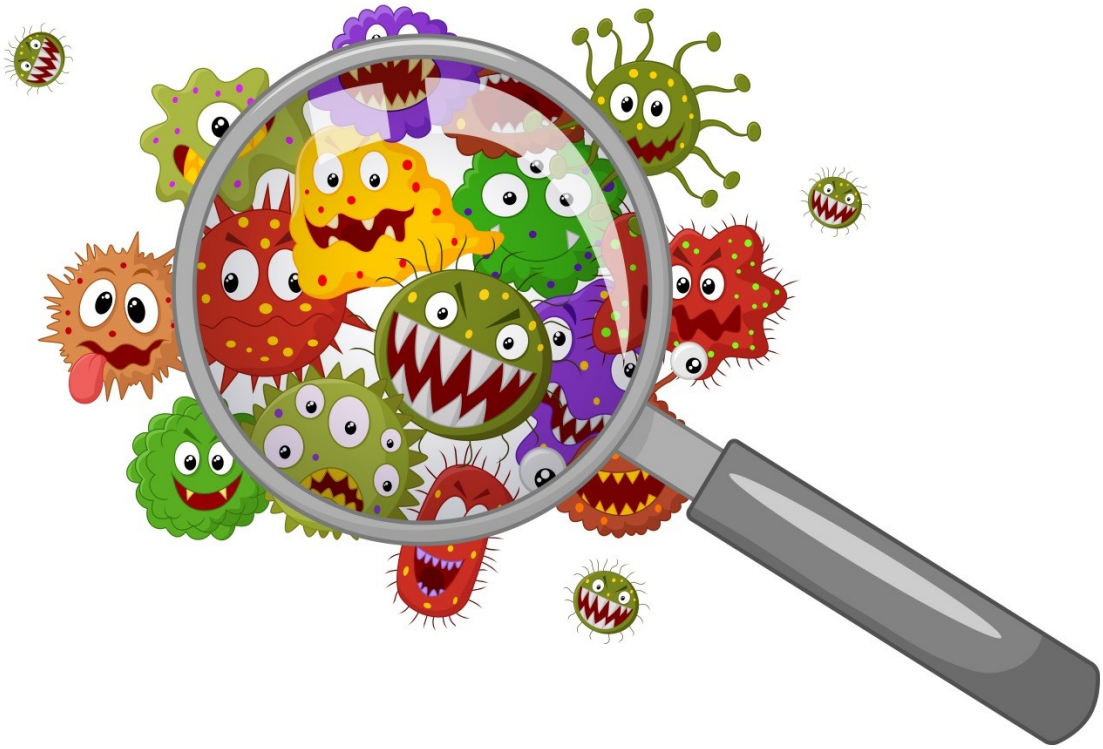
FOR

LEBESBY OG GAMVIK

KOMMUNER

2022 - 2026

(2017 – 2021) revidert februar 2022



Innholdsfortegnelse

1 Innledning – forankring av planen 3
1.1 Hensikt med planen 3
1.2 Formelt grunnlag og faglige referanser 3
1.3 Kommunens oppgaver plikter og ansvar i smittevernet (SML §§6-7) 4
1.4 Kommunen og smittevernlegens ansvar 4
1.5 Sammenheng med annet kommunalt planverk 5
1.6 Kommunens og helsetjenestens organisering 6
1.7 Kommuneoverlegens oppgaver 6
2 Lokale forhold 7
2.1 Risikovurdering for øvrig næringsliv 7
2.2 Risikovurdering – framtidige utfordringer i kommunen 7
2.3 ROS-analyse 7
2.3.1 Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringer 8
2.3.2 Næringsmidler, avfall, avløpshåndtering 8
2.3.3 Skadedyrkontroll 9
2.3.4 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet 9
2.3.5 Helsestasjon for ungdom 9
2.3.6 Interkommunale og statlige etater som berører smittevernarbeidet 9
3 Daglig smittevern 10
3.1 Helseopplysning 10
3.2 Vaksinasjonsprogram 10
3.3 Meldesystemet for infeksjonssykdommer 11
Gruppe A 11
Gruppe B og C 12
4 Spesielle sykdommer 12
5 Smittevern i beredskapssituasjon 18
Vedlegg Plan for pandemisk influensa. 20
Vedlegg Program for tuberkulosekontroll Lebesby og Gamvik kommuner 24
Kontaktinformasjon 28

1 Innledning – forankring av planen

1.1 Hensikt med planen

Smittevernplanen har som hensikt å være et hjelpemiddel og et redskap i arbeidet for vern mot smittsomme sykdommer i Gamvik og Lebesby kommune i fredstid.

Smittevernplanen skal beskrive generelle prinsipper for smittevern, både i normalsituasjon og i beredskapssituasjoner. Planen er også ment å legge føringer for kommunens virksomhet og prioriteringer i den grad smittevernfaglige hensyn berøres.

Smittevernloven skal sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner arbeidet sitt med smittevern.

Smittevernloven skal også sikre at rettsikkerheten til den enkelte ivaretas.
Med hjemmel i smittevernloven er det gitt en rekke forskrifter som skal hjelpe til å nå disse målene.

1.2 Formelt grunnlag og faglige referanser

Denne planen er en revisjon av den forrige smittevernplan for Gamvik og Lebesby kommune som ble utarbeidet av tidligere kommuneoverlege i 2017.

Alle kommuner er pålagt å ha en smittevernplan. Planen bygger på kravene i Smittevernloven med forarbeider og forskrifter. Planen bygger også på faglige anbefalinger som ikke nødvendigvis er nedtegnet i lov eller forskrift.
I planen ligger også tiltak og anbefalinger fra kommunehelsetjenesten i Gamvik og Lebesby kommune. I den grad det er relevant å skille mellom lov- /forskriftskrav og faglige anbefalinger er dette forsøkt gjort.

Mest aktuelle referanser:
Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven)
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55

Forskrift om tuberkulosekontroll
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-02-13-205

Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer
Gitt av Helse- og omsorgsdepartementet 1.1.1995 med hjemmel i § 1-3 i Smittevernloven. I denne forskriften er listet opp de sykdommer som etter Smittevernloven er å anse som allmennfarlige smittsomme sykdommer.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100

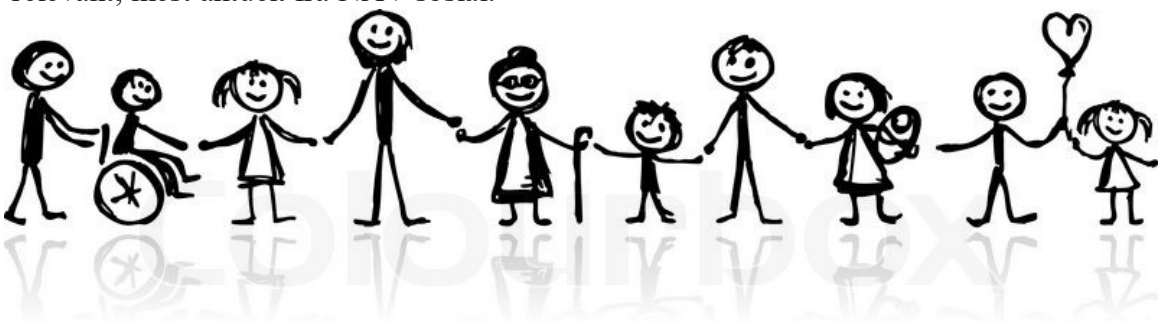
Smittevernveileder for kommunehelsetjenesten
På nettsiden til Folkehelseinstituttet (www.fhi.no) ligger smittevernveilederen som gir faglige anbefalinger overfor helsepersonell hva angår forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer. De gir ikke ut papirutgave.
https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/

Liste over "allmennfarlige smittsomme sykdommer" fremkommer av smittevernveilederen.

Smittevernloven er videre i denne planen forkortet SML.

1.3 Kommunens oppgaver plikter og ansvar i smittevernet (SML §§6-7)

Som utgangspunkt har alle rett til smittevernhjelp overfor enhver smittsom sykdom. Den enkelte vil fra kommunenes side ha rett til relevante tjenester og tiltak fra for eksempel allmennlegetjeneste, helsesøstertjeneste, hjemmesykepleie, og også fra andre etater der det er relevant, mest aktuelt fra NAV sosial.



til undersøkelse og behandling ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

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

- Skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen,
- Drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges,
- Sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk
- Sørge for at andre tiltak i SML eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk.

1.4 Kommunen og smittevernlegens ansvar

Kommunens og smittevernlegens ansvar framgår bl.a. i smittevernloven, hvor det bl.a. står:

§ 7-1 Kommunens ansvar
Kommunen skal sørge for at alle som bor, eller midlertidig oppholder seg i kommunen, er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon, med hensyn til smittsom sykdom.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av

de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven 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 kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

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

Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom. Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.

§ 7-2 Kommunelegens oppgaver
Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne (se kap. 4 Definisjoner avsnitt smittevernlege).

Kommunelegen skal

a) Utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner 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, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer.
f) Utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

1.5 Sammenheng med annet kommunalt planverk

PLANENS NAVN:	Smittevernplan
PLANENS VIRKEOMRÅDE:	Lebesby og Gamvik kommuner
OVERORDNET PLANVERK:	Kommunal plan for kriseledelse
UNDERORDNET PLANVERK:	• Tiltakskort pandemic • Varslingslister i hver enhet • Plan for COVID-19
ANSVARLIG FOR	Smittevernlege/kommuneoverlege

KRAV TIL KOMMUNIKASJON OG SPREDNING:	• Rådmann, sektorledere, enhetsledere, fastleger, helsestasjon, helsestasjonslege, legevakt. • Skal publiseres på kommunens hjemmeside
KRAV TIL ØVELSER:	• Årlig varslingsøvelse
NESTE AJOURHOLD:	• Årlig oppdatering av varslingslister • Revidering av planen 2025

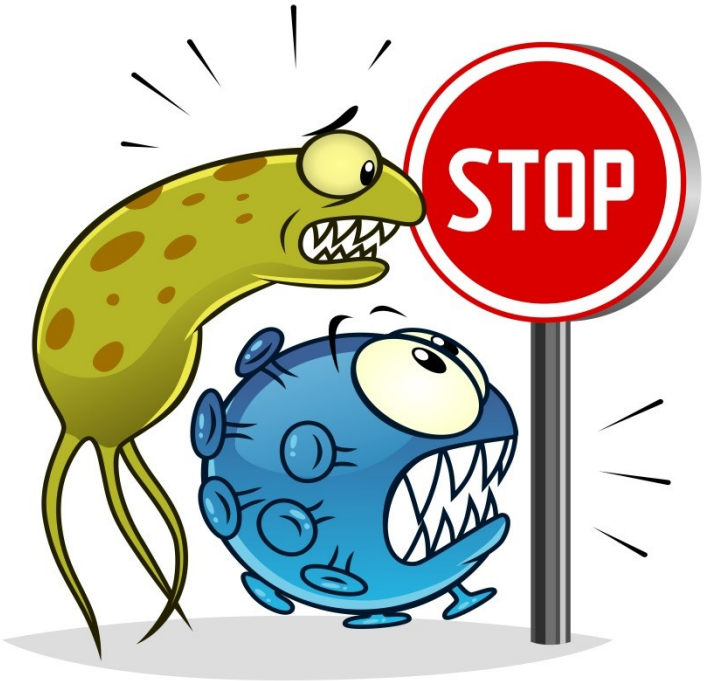
Smittevernplanen er en del av kommunens generelle planverk, da spesielt knyttet til plan for helsemessig og sosial beredskap.
Smittevernplanen vil også berøre internkontrollsystemet i helse- og omsorgstjenesten, spesielt innen legetjenesten og helsestasjonsvirksomheten.
For å unngå at faglige anbefalinger med tiden blir stående i planen selv om de er "gått ut på dato" er det et poeng at smittevernplanen er av generell karakter.
Det er viktig at man skiller smittevernplan fra faglige rutiner/prosedyrer som må endres fortløpende ettersom det epidemiologiske bildet endres og samfunnet får ny kunnskap om smittsomme sykdommer.
Med unntak av tuberkulose, vil spesifikke anbefalinger på oppfølgning og behandling av konkrete sykdommer derfor kun i liten grad ha berettiget plass i smittevernplanen.
Det ligger til det aktuelle fagpersonell å utarbeide de spesifikke faglige retningslinjene. De ulike enhetene i helsetjenesten i Lebesby og Gamvik og kommuner bør ha koordinerte prosedyresamlinger som kan brukes sammen med smittevernplanen i smittevern arbeidet.

1.6 Kommunens og helsetjenestens organisering

Det vises til kommunens organisasjonskart, stillingsomtaler og planverk for øvrig.

1.7 Kommuneoverlegens oppgaver

Kommuneoverlegen for Gamvik og Lebesby kommuner har ansvar for å utarbeide forslag til endringer ved ordinær revisjon av planen. Kommuneoverlegen er også smittevernlege.
Ny revidert plan skal godkjennes av kommunestyret. Dersom det ikke er fast tilsatt smittevernlege i noen av kommunene når det er tid for revidering, får helsesjef eller rådmann i en eller begge kommuner ansvar for at revideringsarbeidet igangsettes av de leger som er midlertidig stedfortreder i smittevern saker i Gamvik og Lebesby kommune.



2 Lokale forhold

2.1 Risikovurdering for øvrig næringsliv

Industribedrifter, forretninger, private som yter helsetjenester og øvrige private institusjoner i kommunen forutsettes selv å ta ansvar for å følge aktuelt lovverk innen sine ansvarsområder. Det faller utenfor kommunens oppgave å utarbeide konkrete planer som berører smittevern for slike virksomheter. Kommunehelsetjenesten og smittevernlegen kan likevel være rådgivere og samarbeidspartnere overfor private i smittevernfaglige spørsmål.
Smittevernlegen vil også ha tilsynsfunksjon, samt vedtaksmyndighet i visse situasjoner.

2.2 Risikovurdering – framtidige utfordringer i kommunen

I fredstid og med samfunnsfunksjoner og infrastruktur intakt, vil faren for alvorlige utbrudd av smittsomme sykdommer som rammer store deler av befolkningen i Gamvik og Lebesby kommune være liten. Dog viser siste års COVID-19-pandemi at økt globalisering også medfører økt risiko for alvorlige epidemier/pandemier av smittsomme sykdommer.

2.3 ROS-analyse

Lebesby og Gamvik kommuner har både norsk og samisk befolkning. Begge kommuner har synkende folketall og en skjev aldersfordeling med en relativ overvekt av eldre. Det er noe tilflytting fra utlandet vesentlig Finland, Russland, Baltikum, Island og Asia.

I forhold til tilflytting fra utlandet er det viktig å være oppmerksom på personer fra endemiske områder med smittsomme sykdommer som ikke kommer via flyktningmottak. Her har

kommunen et ansvar for å tilrettelegge helsetjenesten for å oppdage og behandle smittsom sykdom i denne gruppen. Spesielt nevnes for denne gruppen tuberkulose.

Smittevern i Lebesby og Gamvik kommuner vil i hovedsak handle om forebygging og beredskap i forbindelse med vannbåren infeksjon, matbåren infeksjon og dråpesmitteinfeksjon, og med risiko og sårbarhet som vist i tabell 1.

Tabell 1 ROS-analyse for Lebesby og Gamvik kommuner

Stor sannsynlighet	Norusvirus Øyekatarr Skabb	Rotavirusenteritt RS-virus Clamydia	Streptokokk-Infeksjoner (systemiske) Influensa	
Sannsynlig	Brennkopper Lus	Salmonellose Dyrebitt Stikkskader Kikhoste	Meningokokk-sykdom Pneumokokk-infeksjon COVID-19	
Mindre sannsynlighet	Ringorm Marksykdommer	Campylobakteriose Pseudomonas-infeksjon Cytomegalovirus Hepatitt B-C Hepatitt A Gonorè	MRSA HIV-infeksjon Tuberkulose Haemophilus-inluenzae (hib) E.Coli enteritt	
Lite sannsynlig	Trikomonas	Shigelliose Yersiniose Syfilis Toxoplasmose	Botulisme Listeriose Tetanus Legionellose	Pandemisk influensa
	Ufarlig	En viss fare	Farlig/kritisk	Katastrofalt

2.3.1 Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringer

Lebesby og Gamvik kommune skiller seg ikke vesentlig epidemiologisk fra andre kommuner hva angår forekomst av smittsomme sykdommer. Det er ikke spesielt høy import av sykdommer fra utlandet.

Reisemedisinsk rådgivning og vaksinasjon utføres ved legekontorene i samarbeid med helsestasjonene.

2.3.2 Næringsmidler, avfall, avløpshåndtering

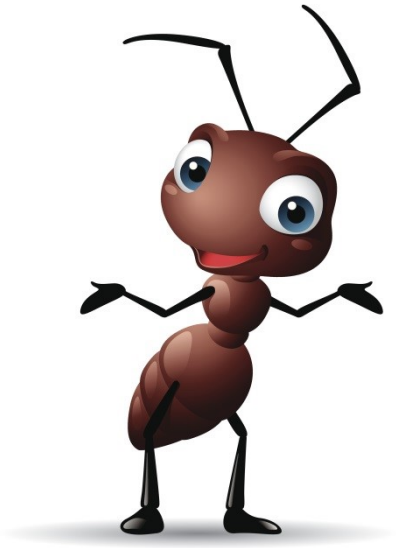
Hovedansvar for kommunenes håndtering av avfall, kloakk, drikkevannsforsyning, skadedyrkontroll ligger hos de tekniske avdelinger.

Teknisk etat tar kontrollprøver på drikkevann, disse analyseres av eksternt laboratorium. Svar på prøvene sendes kommunenes tekniske avdelinger. Det skal foreligge internkontroll og driftsinstruks for vannverkene. Videre beredskap i forhold til vannforsyningen skal være nærmere omtalt i kommunenes beredskapsplaner. Mattilsynet utfører på delegasjon kontroll med butikker og utsalgssteder som selger matvarer/næringsmidler der smittefare kan være en problemstilling.

Legekontorene og sykehjemmene skal som en del av sine internkontrollsystemer ha rutiner for håndtering av smittefarlig avfall.

2.3.3 Skadedyrkontroll

Når det gjelder skadedyrbekjempelse og forebygging vises det til egen veileder fra folkehelseinstituttet;
https://www.fhi.no/nettpub/skadedyrveilederen/



Eier og bruker av bygning, innretning m.v. kan selv utføre skadedyrbekjempelse på egen eiendom. Som hovedregel skal naboer varsles. Kommunen kan pålegge eier eller bruker av bygning, innretning m.v. å iverksette tiltak for å forebygge eller utrydde skadedyr når forekomst av skadedyr tilsier dette. Når det foreligger overhengende helsefare kan kommunen forby bruk av bygning, innretning m.v til forholdet er rettet. Kommuneoverlege kan fatte hastevedtak om umiddelbar skadedyrbekjempelse dersom det er nødvendig for å hindre overhengende helsefare.

2.3.4 Andre risikoforhold i kommunen med betydning for smittevernet

Det er en viss trafikk av fiskefartøyer fra Russland til havnene i Mehamn og Kjøllefjord. I Russland er det dårligere kontroll med smittsomme sykdommer enn i vårt land, og trafikken representerer en viss - om enn liten - risiko for import av smittsomme sykdommer. For øvrig er Lebesby og Gamvik kommune små og relativt oversiktlige samfunn.
Kommunehelsetjenesten har pr januar 2022 ingen opplysninger om andre faktorer, bedrifter, institusjoner eller befolkningsgrupper som bør overvåkes særskilt med tanke på smittevern.

2.3.5 Helsestasjon for ungdom

Legekontorene i begge kommuner og helsestasjonene samarbeider om forebyggende tiltak/ prevensjon/behandling og oppfølging av seksuelt overførbare sykdommer.

2.3.6 Interkommunale og statlige etater som berører smittevernarbeidet

Lebesby og Gamvik er tilknyttet mattilsynet Avdeling Finnmark som har nærmeste kontorsted i Karasjok og Vadsø.

Finnmark miljøtjeneste AS, renovasjon.

Helse Nord RHF, skal etter SML ha utpekt en smittevernansvarlig lege som sammen med smittevernlegen i kommunen har vedtaksmyndighet ved tvangsbehandling.

Universitetssykehuset i Nord- Norge; har mikrobiologisk laboratorium og infeksjonsmedisinsk avdeling.

Finnmarkssykehuset. Sykehusene i våre nærområder, har egen smittevernlege og tuberkulosekoordinator.

3 Daglig smittevern

3.1 Helseopplysning

Helseopplysning har som hovedformål å forebygge og å redusere omfanget av smittsomme sykdommer i befolkningen. Alt helsepersonell i kommunen bør innenfor sine arbeidsområder og på sine arbeidssteder bidra til informasjon og rådgivning når det er aktuelt.

Alt helsepersonell (dvs. leger, jordmødre, helsesykepleiere, helsesekretærer og sykepleiere) som er involvert i individrettet pasientbehandling har et særskilt ansvar for å ha tilstrekkelige kunnskaper om smittevern. Spesielt viktig er meldeplikten om visse smittsomme sykdommer. Informasjon om smittevern kan skje gjennom ulike kanaler; eksempelvis som individrettet informasjon/veiledning, men også gjennom presse, skole, internundervisning og informasjon til spesielle grupper.

3.2 Vaksinasjonsprogram

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten følger *Veiledning om vaksinasjon* utgitt av Folkehelseinstituttet:
http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/vaksinasjonsboka

Vaksinasjonsprogrammet inneholder vaksiner mot 12 sykdommer: Rotavirus, Difteri, stivkrampe, kikhoste, hepatit B, infeksjon med Haemophilus influenzae type b (Hib), pneumokokksykdom, poliomyelitt, meslinger, kusma, røde hunder og humant papillomavirus. I tillegg tilbys noen barn vaksine mot tuberkulose.

Dokumentasjon:
Alle vaksiner som blir gitt i Lebesby og Gamvik kommuner skal registreres i SYSVAK (det sentrale vaksinasjonsregister), med tilhørende kodenummer og batchnummer. Videre skal vaksinene registreres i helsebok/ helsekort. Dette gjelder både for barn og voksne.

Dersom barn i vaksinasjonsprogrammet av ulike årsaker ikke vaksineres, skal dette journalføres i helsestasjonens elektroniske journal.

3.3 Meldesystemet for infeksjonssykdommer

En lege skal alltid underrette smittevernlegen ved mistanke om allmennfarlige smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte (SML § 3-6).

En sykepleier eller jordmor som i sin virksomhet oppdager en smittet person har varslingsplikt overfor smittevernlegen. Dersom vedkommende helsepersonell er usikker på om tilstanden er meldepliktig skal vedkommende konferere med smittevernlegen eller pasientens fastlege som igjen kan melde tilfellet til smittevernlegen.

Smittsomme sykdommer inndeles i gruppe A, B og C.

Enhver lege i og utenfor sykehus som oppdager eller får mistanke om sykdommer i **gruppe A** skal samme dag sende melding på fastsatt skjema til MSIS, Nasjonalt Folke-helseinstitutt og kommuneoverlegen. Hvis den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal melding også sendes til kommuneoverlegen i den kommunen vedkommende oppholder seg. For tuberkulose skal melding også sendes til den lokale tuberkulosekoordinator. Det er også egen tuberkulosekoordinator ved Kirkenes sykehus.

Meldingspliktige sykdommer er inndelt i ulike sykdomsgrupper; A, B og C. Hva slags informasjon MSIS kan innhente avhenger av hvilken gruppe sykdommen tilhører

Gruppe A

Disse sykdommene meldes med full pasientidentitet både fra medisinsk-mikrobiologiske laboratorium og fra diagnostiserende lege til MSIS, Folkehelseinstituttet. Kopi av meldingen

fra diagnostiserende lege går også til kommuneoverlegen i pasientens bostedskommune. Pr 31.12.21 inngår 73 ulike sykdommer og tilstander i denne gruppen:

Meldingspliktige sykdommer i MSIS - FHI

Gruppe B og C

Enkelte sykdommer ble tidligere meldt inn som gruppe B- og gruppe C-sykdommer. Disse sykdommene ble meldt uten direkte personidentifiserbare kjennetegn. Gruppe B opphørte som gruppe i MSIS-forskriften mars 2019. Ingen sykdommer er i dag kategorisert som gruppe C-sykdommer.

Definisjon av et utbrudd:

- Flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område i et gitt tidsrom
- To eller flere tilfeller av samme sykdom med antatt felles kilde (utstyr, hotell/feriested, næringsmidler, vann m.v.).

Typer utbrudd som skal varsles:

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

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jamfør folkehelseloven og forskrift om oversikt over folkehelsen.

Som ledd i oversikten skal kommunen bl.a. ha løpende oversikt over infeksjons-epidemiologiske forhold i kommunen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet.

4 Spesielle sykdommer

For spesifikke sykdomstilstander vises det til nettbasert veileder i smittevern for kommunehelsetjenesten (Smittevernboka):

http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernboka

Den nettbaserte veilederen er et oppslagsverk om forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer. Hovedmålgruppen er personell i kommunehelsetjenesten. Veilederen inneholder både temakapitler og kapitler om sykdommer a - å. Veilederen oppdateres kontinuerlig.

Nedenfor kommenteres utvalgte sykdommer kort.

- **Tuberkulose**

For oppdatert informasjon om tuberkulose, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/tuberkuloseveilederen

Risikogruppene er eldre som kan få oppblussing av tidligere tuberkulose, innvandrere fra høyendemiske områder og alkohol- og narkotikamisbrukere. Resistensutvikling mot anti- bakterielle midler er et problem, særlig hvis ikke behandlingen blir gjennomført nøyaktig.

Lebesby og Gamvik kommuner helsetjeneste har utarbeidet egne retningslinjer for hvordan man skal følge opp tuberkulosekontroll for alle personer som bor eller oppholder seg midlertidig i kommunen.
Dette gjelder både testing/forebyggende kontroller, og oppfølging ved positive svar på disse.
Det er også egen tuberkulosekoordinator ved Kirkenes sykehus.

- **Ebola**

For oppdatert informasjon og råd om ebola, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/tema/ebola

Ved mistanke om ebola skal behandlende lege umiddelbart varsle smittevernlegen. Smittevernlegen varsler Folkehelseinstituttet og Statsforvalter.

Dersom smittevernlegen ikke er til stede, varsles stedfortredende kommuneoverlege, hvis denne ikke nås varsles smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet, tlf 21 07 63 48.

Bekreftede tilfeller av ebolavirussykdom meldes på vanlig meldingsskjema til MSIS.

- **Hepatitt B**

For oppdatert informasjon og råd om hepatitt B, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=82749

Hepatitt B (gulsott) smitter gjennom blod og seksuelt samvær. Sykdommen kan i enkelte tilfeller føre til at den smittede kan være smittebærer i meget lang tid.

Hepatitt B-vaksine tilbys spesielt utsatte grupper samt til alle i barnevaksinasjonsprogrammet.
Helsepersonell som arbeider med blod-prøvetaking skal følge fastsatte prosedyrer.

Stikk-/skjæreuhell skal meldes som yrkes-skade.

Kondom er den form for prevensjon som gir smittebeskyttelse ved seksuell aktivitet.

Det finnes flere typer hepatitt som ligner på hepatitt B, både når det gjelder epidemiologiske forhold og forebyggende tiltak. Vaksine er ikke uten videre tilgjengelig. Det finnes vaksine mot hepatitt A, som smitter gjennom næringsmidler.

- **HIV/AIDS**
  HIV smitter på samme måte som hepatitt B, men er mindre smittsom. Forebyggende tiltak er de samme. Vaksine foreligger ikke men det finnes god behandling som gjør at smittede kan leve tilnærmet normale liv. Sykdommen er meldepliktig til MSIS, Nasjonalt Folkehelseinstitutt i gruppe A (AIDS).
  https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjonaids---veileder-for-hel/

- **Methicillin-resistente stafylokokker (MRSA)**
  For oppdatert informasjon og råd om MRSA, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=77715
  MRSA-veileder gir nasjonale anbefalinger for smitteverntiltak som forebygger spredning av meticillinresistente gule stafylokokker i helsetjenesten.

- **Meningokokksykdom ("smittsom hjernehinnebetennelse")**
  For oppdatert informasjon og råd om meningokokksykdom, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=82820

  Sykdommen forekommer i to varianter, som hjernehinnebetennelse og som sepsis (blod- forgiftning) og kan forårsakes av flere varianter av samme bakterie (meningokokker sero-gruppe A, B, C og noen meget sjeldne varianter). Smitten overføres som dråpesmitte, d.v.s. ved hoste, nysing, drikking av samme flaske m.v., kyssing. Sykdommen rammer særlig mindre barn og ungdom 15-22 år. Sykdommen er meget alvorlig og krever rask sykehusinnleggelse, men kan være vanskelig å identifisere på et tidlig stadium.

  Det foreligger vaksine mot meningokokksykdom serogruppe A, C, W og Y. Vaksine mot serogruppe B ble tilgjengelig i Norge i 2014 og kan tilbys enkelte risikogrupper, jamfør Folkehelseinstituttets veileder.

Vaksine for serogruppe A, C, W og Y kan tilbys utenlandsreisende.
Informasjon er viktig, og det bør gies informasjon til russ ved videregående skoler.

Alle klassetrinn får tilbud om vaksine.

Når et tilfelle oppstår, skal det gis hurtig informasjon. I tette miljøer som internater, militærleirer, skoler, barnehager skal man unngå større forsamlinger, eventuelt sende de friske hjem, og store fysiske anstrengelser (militærøvelser og lignende) skal avlyses. Det skal gis antibiotika til medlemmer av samme husstand og svært nære kontakter, jamfør Folkehelseinstituttets veileder. Vaksine skal evt. tilbys nærkontakter (se veilederen).

- **Miltbrann (anthrax)**
  For oppdatert informasjon og råd om miltbrann, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=82823

  Sannsynligheten for at dette blir et problem er svært lav. Imidlertid dukket miltbrann opp for få år siden som ledd i terrorhandlinger i utlandet. Sykdommen forekommer primært hos større planteetere, husdyr som storfe, sau og hest, men også hos ville dyr. Bakteriesporene overlever i jorden i mange år. Støv kan virvles opp og pustes inn.

  Mennesker smittes hovedsakelig ved direkte kontakt med infiserte dyreprodukter. Sykdommen forekommer hos mennesker som hud-anthrax, mage-/tarm-anthrax, lunge-anthrax eller generell spredning (med utgangspunkt i de andre formene). Det er høy dødelighet ved alle former, unntatt lokaliserte, mildt forløp-ende hudinfeksjoner.

  Sykdommen smitter normalt ikke fra menneske til menneske. Sykdommen behandles med antibiotika og krever sykehusinnleggelse.

- **Influensa**
  For oppdatert informasjon og råd om influensa, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=87529

  Influensa og influensalignende sykdom (ikke bekreftet ved prøvetakning) opptrer som en årlig foreteelse om høsten/vinteren. Hvert år tilbys vaksine til befolkningen og særlig anbefales vaksinering av utsatte grupper (kronisk syke, gravide og eldre). Vaksinen er sammensatt slik at den virker mot de virus som er aktuelle ute i verden på det tidspunktet og som kan komme til Norge i den nærmeste fremtid.

Vaksinen varer i underkant av ett år, slik at årlig vaksinering er nødvendig for å opprettholde beskyttelsen. Med noen års mellomrom kommer det gjerne en større epidemi og med endel års mellomrom kan det komme en verdensomfattende, alvorlig epidemi (pandemi). Influensa kan utløse en beredskapssituasjon.

- **Alvorlige coronavirusinfeksjoner, deriblant COVID-19, SARS og MERS**
  For oppdatert informasjon og råd om SARS, MERS og COVID-19, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/

  Dette er alvorlige luftveisinfeksjoner som forårsakes av genetisk ulike typer coronavirus i familien coronaviridae. SARS-coronaviruset forårsaket en større global epidemi med utgangspunkt i Asia 2002-2003. MERS-coronaviruset forårsaket fra 2012 en epidemi med utgangspunkt i Midtøsten. COVID-19-pandemien er på skrivende tidspunkt pågående.

- **Legionellose**
  For oppdatert informasjon og råd om legionellose, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=82774

  Dette er en bakteriesykdom som finnes i to varianter:
  - **Legionærsykdommen** er en alvorlig lungebetennelse med høy dødelighet
  - **Pontiac-feber** gir et mildt sykdomsbilde uten lungebetennelse. Behandling er vanligvis ikke nødvendig.

  Legionella-bakterien finnes i vann og er vanlig i naturen. Innretninger som gir muligheter for oppvekst og som kan spre aerosol til omgivelsene utgjør et potensiale for smitte. I 2005 var det et alvorlig utbrudd i Østfold, der man først mistenkte kjøletårn som kilde, men hvor det viste seg å være en skrubber som spredte dette, noe man ikke tidligere hadde sett.

  Ellers må alle felles dusjanlegg kunne betraktes som potensielle smittekilder og det må være gode rutiner for oppvarming av vannet og renhold av anlegget.

- **Poliomyelitt**
  For oppdatert informasjon og råd om poliomyelitt, se Folkehelseinstituttet sine hjemmesider: http://www.fhi.no/artikler/?id=82836

  Poliomyelitt (polio) er en virussykdom som forårsakes av poliovirus og vil i de fleste tilfeller gi lette symptomer. Hos en liten andel opptrer alvorligere sykdom med hjernehinnebetennelse og/eller lammelser.

  Arbeidet med global utrydding anses å være i en sluttfase, men har store utfordringer.

Hovedutfordringen er å nå barn med vaksinasjon i fattige og tett befolkede områder i Pakistan og Nigeria og i konfliktområder i grenseområder mellom Pakistan og Afghanistan. Det kreves fortsatt store innsatser av affiserte land og det internasjonale samfunn for å nå målet. Verdens poliodag markeres 24. oktober.

- **Vannbårne infeksjoner**
  Sykdommer som smitter gjennom drikkevannet kan medføre betydelige utbrudd med mange syke samtidig. Ved slike epidemier er samarbeidet mellom kommunenes tekniske avdelinger, Mattilsynet og kommuneoverlegen særlig viktig.

  Avstengning og opprenskning av drikkevannskilden og alternativ vanntilførsel er nødvendig. Generelt er det vannverkets ansvar at det leveres vann av tilfredsstillende kvalitet.

  Kvalitetskontroll av vannet er vannverkseiers (i stor grad kommunens) ansvar og informasjon til befolkningen og mediene er Mattilsynets og kommuneoverlegens ansvar.

  Helsetjenester overfor de syke er primærlegenes ansvar, herunder legevakten. Hvis epidemien får slike dimensjoner at primærlegene ikke klarer å håndtere dette og/eller helsetjenestens personell blir rammet i en slik grad at helsetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende, er det kommuneoverlegens ansvar å organisere det videre arbeid. En kan da være kommet over i en helsemessig beredskapssituasjon.

  For råd om kokevarsel når drikkevann inneholder bakterier, se Folkehelseinstituttet sin veileder.

- **Matbårne infeksjoner: Lokale situasjoner**
  Sykdommer som overføres gjennom mat er et tiltakende problem og krever kontinuerlig kontroll av Mattilsynet. Generelt er det salgs- og serveringsstedets ansvar at det leveres matprodukter av tilfredsstillende kvalitet. Ved utbrudd er det Mattilsynet og kommuneoverlegens ansvar å finne årsaken til utbruddet og treffe tiltak for å stoppe dette. Informasjon til befolkningen og mediene er Mattilsynets og

kommuneoverlegens ansvar.

- **EHEC-infeksjon og HUS**
  E. coli-enteritt (inkludert EHEC-infeksjon og HUS) kan gi alvorlig patologi bl.a. hos barn og skal følges opp smittevernmessig.

  For råd om håndtering ved EHEC-infeksjoner, se Folkehelseinstituttet sin veileder: http://www.fhi.no/artikler/?id=82709

5 Smittevern i beredskapssituasjon

En beredskapssituasjon oppstår når:

- Det foreligger store utbrudd som rammer store deler av lokalsamfunnet og/eller samfunnet forøvrig
- Det foreligger ett eller flere tilfeller av en særdeles farlig, smittsom sykdom
- Statens Helsetilsyn melder at det er en helsemessig beredskapssituasjon
- Det foreligger en generell beredskapssituasjon

I en slik situasjon kan kommunens helsetjeneste i noen tilfeller bli hardt rammet og derfor få en betydelig redusert kapasitet. Samfunnet forøvrig kan bli hardt rammet, slik at endel funksjoner kan bryte sammen. Sykehusene kan komme til å treffe tiltak for redusere smitte innen sykehuset og om nødvendig stenge av hele eller deler av sykehuset for å verne andre pasienter. I slike tilfeller kan det bli aktuelt å opprette provisoriske behandlings- og pleieenheter innen kommunen.

I en slik situasjon skal kommunens kriseledelse tre sammen, jfr. kommunens Beredskapsplan. Kriseledelsen skal opprette en beredskapsgruppe for smitte bestående av kommuneoverlegen, kommunikasjonsansvarlig, samt ledelse innen kommunens helse- og sosialtjeneste, og de avdelinger/sektorer som tenkes berørt av smittesituasjonen. Beredskapsgruppen for smitte ledes av kommuneoverlegen (smittevernlegen).

I en beredskapssituasjon kan det bli aktuelt å disponere kommunens helsepersonell slik situasjonen krever, herunder helsepersonell ansatt i kommunen, samt leger og fysioterapeuter med, og om nødvendig uten, avtale med kommunen. Helsepersonell kan bli satt til andre oppgaver enn det de primært er vant til.

Følgende tiltak kan bl.a. bli aktuelle:

- Legevakten blir døgnkontinuerlig og får flere leger og annet personell
- Ett eller flere legekontorer i kommunene kan bli pålagt å stenge ordinær virksomhet og kun ta i mot øyeblikkelig hjelp
- Helsestasjonens personell kan bli satt inn i andre deler av primærhelsetjenesten, også for å styrke legevakten og legekontorene
- Deltidsansatte, også i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten, kan måtte pålegges heltidsarbeid, og ordinær arbeidstid oppheves

Helsepersonell skal varsles når en beredskapssituasjon kan oppstå, og det skal opprettes kommunikasjonskanaler, slik at personellet kan nås raskt.

Det skal opprettes direkte kommunikasjonskanal til sykehusets medisinske ledelse. Kommunehelsetjenesten må være forberedt på at det kan bli aktuelt å bistå sykehuset i en gitt situasjon, f. eks. hvis det må opprettes pasientmottak utenfor sykehuset.
Smittevernlegen er ansvarlig for at det opprettes en slik informasjonskanal.
Smittevernlegen har i samarbeid med helse- og omsorgssjefen ansvaret for opprettelse av slikt mottak i kommunen. Skoler og idrettshaller er aktuelle lokaler.

Der det foreligger vaksine eller andre medisinske forebyggende tiltak, skal følgende grupper prioriteres og i denne rekkefølge:

1. Helsepersonell som vil få en nøkkelrolle i å håndtere epidemien
2. Nøkkelpersonell for å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner
3. Pasienter som er særlig utsatt hvis de blir syke

Vedlegg

Plan for pandemisk influensa.

Dokumenter
Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.
https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf

Kriseinfo.no
http://www.kriseinfo.no/Sykdom-Smitte/Influensapandemi/WHOs-seks-faser/

Generelt

Denne momentlisten er ment som et supplement til Nasjonal beredskapsplan og erstatter ikke denne.
Når det gjelder forhold som:

- myndighet og ledelsesansvar
- varsling, innkalling og møtested for personell/arbeidsfordeling endring av vaktplaner
- opprettelse av enhet for massemottak/undersøkelse
- system for masseregistrering og melding (MSIS)
- retningslinjer for vaksinasjon og eventuelt profylaktisk behandling av friske, inkludert eget personal
- informasjon til eget personell og befolkningen i samarbeid med fylkeslege, helsedirektoratet og Folkehelseinstitutt. Kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (AMK-sentral i sykehus)
- psykososial omsorg overfor pasienter/pårørende
- anbringelse og identifisering av døde
- massemottak/frigjøring av plasser i sykehjem
- forsyning av legemidler (antibiotika/profylaktika) og vaksiner

er behandlet i smittevernplanen og kommunens Plan for helsemessig og sosial beredskap.

Tiltak i forbindelse med pandemisk influensa.

Foreliggende Smittevernplan skal så langt det er praktisk mulig legges til grunn for forebyggende og begrensende tiltak ved eventuelle situasjoner som beskrevet nedenfor.

Faser	Beskrivelse	Merknader
Fase 1 **Ingen nye virus**	Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker. Et influensavirus subtype som kan forårsake infeksjoner hos menneske kan være tilstede hos dyr. I så fall anses risikoen for smitte til mennesker som lav	
Fase 2 **Nytt virus hos dyr**	Ingen nye influensavirus subtyper er oppdaget hos mennesker. Imidlertid sirkulerer det dyreinfluensavirus som utgjør en reell risiko for sykdom hos mennesker.	
	Pandemisk årvåkenhetsperiode	
Fase 3 **Smitte til menneske(r)**	Sykdom hos menneske med ny subtype, men ingen spredning mellom mennesker, eller sjeldne tilfeller av smitte til nærkontakter.	
Fase 4 **Begrenset smitte mellom mennesker**	Små klynger med begrenset spredning mellom mennesker, men geografisk begrenset, noe som antyder at viruset ikke er godt tilpasset mennesker.	
Fase 5 **Økende, men ikke svært smittsomt**	Større klynger av personer med infeksjon, men fortsatt geografisk begrenset, noe som antyder at viruset er i ferd med å tilpasse seg mennesker, men fortsatt ikke smitter lett mellom mennesker.	
	Pandemisk periode	
Fase 6 **Pandemi**	Økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen.	
	Postpandemi – Tilbake til interpandemisk periode	

For hver av disse fasene deler pandemiplanen tiltakene inn slik:

Tiltak 1	Tiltak 2	Tiltak 3	Tiltak 4	Tiltak 5
Planlegging og koordinering	**Overvåking og vurdering**	**Forebygging og begrensning**	**Respons**	**Kommunikasjon**

For hver av fasene 2-6 ovenfor er det angitt hvilke tiltak som skal settes i verk uansett og hvilke tiltak som må settes i verk dersom Norge er berørt.

Ved utbrudd av Pandemisk influensa må kommunens kriseledelse innkallelse til møte for å vurdere forhold til fastsettelse av ekstraordinære tiltak i hht Smittevernlovens § 4-1 første ledd, § 4-6, § 4-9. I denne sammenheng er blant annet plan knyttet til vaksinasjonsstrategi aktuelt. Det vil si hvilken strategi som bør benyttes i tilfelle der etterspørselen etter vaksine er større enn tilbudet. I et slikt scenario vil vi ha ulike strategier å velge mellom i forhold til hvem som skal gis vaksine. Disse strategiene er overførbare i forhold til situasjoner som også kan oppstå lokalt i tilfelle et smitteutbrudd.

Vaksinasjon ved pandemisk influensa.

Prioritering:

Fase 1 - Ikke vaksinere noen, ingen vaksine tilgjengelig

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

Fase 2 - Vaksinasjon av personer som ivaretar viktige samfunnsfunksjoner

Vaksinasjon av personer med viktige samfunnsfunksjoner skal delvis bidra til å redusere sykelighet 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 andre som arbeider i kommunehelsetjenesten.
- Ambulansepersonell
- Nøkkpersonell innen ledelse
- Nøkkelpersonell i strøm, - og vannforsyningen og andre tekniske tjenester
- Personell i brannvesen og politiet

Fase 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 som anbefales vaksine foran hver sesong.

Fase 4 - Vaksinasjon av alle

Dersom vaksinetilgangen er ubegrenset – i den grad helsevesenet har kapasitet – tilbys hele befolkningen vaksine.
Helsevesenets primæroppgave blir likevel å tilby vaksine til personer nevnt under strategi 2 og 3.

Fase 5 - Vaksinasjon av personer som kan overføre influensa til personer med høy risiko for komplikasjoner

Ettersom vaksinasjonen ikke gir full beskyttelse hos alle vaksinerte i risikogruppene, kan man ytterligere redusere smitterisikoen for risikogruppene ved å redusere eksponeringsfaren fra pleie personell og familien. For eksempel ansatte i helsesektoren familie osv.

Fase 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.

For eksempel ansatte i skoler og barnehager, skole og barnehagebarn, ansatte i transportsektoren, ansatte med skrankefunksjoner osv.

Det vises utover dette til informasjon omkring influensa i legekontorets IK-perm.

Vedlegg
Program for tuberkulosekontroll Lebesby og Gamvik kommuner

Innledning – bakgrunn.

Programmet er bygget opp etter gjeldene forskrifter, samt tuberkuloseveilederen;
Forskrift om tuberkulosekontroll
Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram
Smittevernloven
https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/

- Forskrift om tuberkulosekontroll er på Lovdata revidert og gjeldende fra 1. januar 2016. Etter forskriftens § 2-1 skal alle kommuner ha et tuberkulosekontrollprogram som skal utgjøre en del av kommunens smittevernplan.
- Forskriften omhandler spesifiserte tiltak for smitteoppsporing, behandling og kontroll, sikre beskyttelse av usmittede, tilbud om forebyggende behandling for å hindre utvikling av tuberkuløs sykdom. I tillegg beskrivelse av ansvarsforhold.
- Tuberkulose er en smittsom sykdom der hovedsmitteveien er via luftveier/hoste.
- Aktiv tuberkulose påvises ved karakteristiske forandringer ved røntgen av brystet sammen med direkte påvisning av mikroben ved undersøkelse av luftveissekret. De aller fleste tilfeller skyldes dråpesmitte fra lungetuberkulose ved hoste
- Tuberkulose kan være aktiv sykdom, men det er en stor mengde personer som har latent tuberkulose som betyr at bakterien finnes "sovende" i kroppen uten å gi sykdom. Statistisk viser at så mye som 30 % av befolkningen i verden har latent tuberkulose. Tilstanden kan behandles og en utfordring for helsetjenesten i alle land er hvor mange som skal gis et slikt tilbud.
- Informasjon om retningslinjer for smitteoppsporing og tiltak finnes i Folkehelsas Tuberkuloseveileder der alle faglige retningslinjer oppdateres svært hyppig. Siste oppdatering er 15. mars 2017. Denne veilederen er det viktigste dokumentet for de forskjellige kommunale tuberkulosekontrollprogrammene. I den oppdaterte Forskriften for tuberkulosekontroll brukes nå formuleringen:
  «Tiltakene gjennomføres blant annet ved testing og vaksinasjon etter gjeldende anbefalinger. Klinisk undersøkelse, herunder supplerende undersøkelser som røntgen av lungene og blodprøver -etter gjeldende anbefalinger. Adekvat behandling og oppfølging etter gjeldende anbefalinger, herunder observert behandling. Tiltakene gjennomføres i ulike kombinasjoner etter individuelle behov og indikasjoner».
  Dette betyr, at det er Folkehelsas oppdaterte Tuberkuloseveileder som gir svaret på alle faglige formål som ønskes oppfylt i forskriftsteksten.

Ansvarsforhold i kommunens tuberkulosekontrollprogram

Generelt – kommunens oppgaver

I praksis vil tuberkulosekontrollen kreve et likeverdig samarbeid mellom de ulike faggruppene, spesielt smittevernlegen og helsesykepleier. Kommunen er pliktig til å ha personell med kompetanse til å gjennomføre og overvåke tuberkulosekontrollen. Kommunen har ansvar for å påse at helsepersonell kan få nødvendig opplæring og anledning til å vedlikeholde sine kunnskaper (forskriftens kap. 4).

Videre (forskriftens kap. 4) har kommunen plikt til å dekke alle utgifter knyttet til gjennomføringen av tuberkuloseprogrammet som utføres av kommunehelsetjenestens ulike ledd. Dette gjelder også utgifter som personer påføres for å oppfylle plikt til å gjennomgå tuberkulinundersøkelse. Egenandeler kan ikke kreves.

Smittevernlegens ansvar i tuberkulosearbeidet

- Ha det faglige overoppsyn for tuberkulosearbeidet i kommunen.
- Se tuberkulosekontrollen i sammenheng med smittevernarbeidet for øvrig.
- Utarbeide tuberkulosekontrollprogram, og komme med forslag til revisjon/endringer.
- Gi råd til kommunens administrative og politiske ledelse om nødvendige tiltak.
- Vurdere behovet for kompetanseheving hos kommunens helsepersonell.
- Være et bindeledd mellom legekontor og helsestasjon / pleie- og omsorgstjeneste.
- Oversende resultat av tuberkuloseundersøkelsen og journal til kommunelegen i ny bopelskommune ved flytting av personer.
- Være bindeledd mellom sentrale/regionale helsemyndigheter og den lokale helsetjenesten.
- Ved behov delta på utskrivningsmøte på sykehus. Eventuelt kan annen lege oppnevnes til møtet dersom dette er mer hensiktsmessig, for eksempel vedkommende sin fastlege.
- Bistå regional tuberkulosekoordinator med overvåkning av forekomsten av tuberkulose.
- Lede organisering og etablering av nødvendige helsekontroller etter behov, for eksempel ved utbrudd av tuberkulose, mottak av flyktninger m.v.
- Ha ansvar for nødvendig smitteoppsporing ved utbrudd eller enkelttilfeller.
- Motta melding fra politiet / lensmannsetaten om nyankomne statsborgere som plikter å framstille seg for tuberkulosekontroll, og sørge for at helsesøster følger opp slik kontroll.
- Sammen med sykehuslege utpekt av Helse Nord etter SML fatte vedtak om fritak for tuberkuloseundersøkelse (før 1/1-03 lå slik vedtakskompetanse til smittevernlegen alene).
- Holde seg faglig oppdatert, både medisinsk og juridisk, innen tuberkulosearbeidet, og gjennom helse- og sosialetatens fagledermøter og fora for øvrig bidra med nødvendig informasjon og opplæring av ansatte der det er aktuelt. Om nødvendig holde egne kurs / møter om generelt smittevern eller enkeltpasienter.
- Ved behov utarbeides faglige prosedyrer, eller godkjenne sådanne, etter behov eller etter bestemmelsene i forskrift om tuberkulosekontroll.

Helsesykepleiers ansvar i tuberkulosearbeidet

- Det daglige ansvar for informasjon og vaksinasjon innenfor det ordinære vaksinasjonsprogrammet.
- Gjennomføre vaksinering retningslinjer og oppfølging som står beskrevet i Folkehelsas tuberkuloseveileder.
- Sikre tilstrekkelig lager med vaksine og forsvarlig oppbevaring.
- Holde seg tilstrekkelig faglig oppdatert.

Kommunelegekontorets ansvar i tuberkulosearbeidet

- All gjennomføring av tuberkulosetesting (dvs skoleelever, risikogrupper, på oppdrag av lege / smittevernlege m.v.).
- Oppfølgning, sammen med hjemmesykepleie og lege, av person som behandles utenfor sykehus med tuberkulosemedikamenter.
- Bistå smittevernlegen i tuberkulosearbeidet (jfr pkt 6.4.2), herunder informasjon og smitteoppsporing og rapportering.

Pleie- og omsorgstjenesten sitt ansvar

Pleie- og omsorgstjenesten har delegert ansvar for den praktiske gjennomføring av direkte observert behandling. Pleie- og omsorgstjenesten skal etter behov yte øvrige nødvendige tjenester rundt tuberkulosesmittede.

Øvrig helsepersonell sitt ansvar – meldeplikt og behandlingsansvar

En lege, eller annet helsepersonell, som oppdager eller får mistanke om tuberkulose, skal samme dag gi melding om dette. Melding sendes uten hensyn til lovbestemt taushetsplikt. Det benyttes skjema for nominativ melding om smittsom sykdom. Pasienten skal ha informasjon om hvem som får meldingen og hva den skal brukes tid.

Meldingen skal sendes smittevernlegen, regional tuberkulosekoordinator og Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Fastlegene har plikt til, som for øvrige listepasienter, å bistå i diagnostikk, behandling, smitteoppsporing og øvrig oppfølgning av en person med mistenkt eller påvist tuberkulose.

Rutiner for direkte observert behandling (DOT).

- Denne prosedyren finnes i Tuberkuloseveilederen og ved alle tilfeller med behandlingstrengende tuberkulose knytter ansvarlig fastlege eller kommuneoverlegen umiddelbar kontakt med spesialisthelsetjenesten som har ansvaret for behandlingen.

- I hvert enkelt tilfelle utarbeides skriftlige prosedyrer og behandlingsskjema. Behandlingen gjennomføres i nært samarbeid med behandlende lege, smittevernlege og evt helsesykepleier.

- Pleie- og omsorgstjenesten skal, der det er nødvendig og på delegasjon fra smittevernlegen, ha ansvar for oppbevaring av tuberkulosemedikamenter til den enkelte.

Plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse (fra forskriftens § 3)

Følgende personer har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse:

1) Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose og som skal oppholde seg i landet i mer enn 3 måneder med krav om oppholdstillatelse, registreringsbevis eller oppholds kort, samt flyktninger og asylsøkere. Oppdatert liste over land med høy og særlig høy forekomst av tuberkulose finnes i Folkehelsas tuberkuloseveileder.
2) Personer som kommer fra eller har oppholdt seg i minst 3 måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og omsorgstjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger.
3) Andre personer som det er medisinsk mistanke om er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose.
4) Forsvaret gir retningslinjer for militært personell.

Øvrige bestemmelser:

- Tuberkuloseundersøkelsen skal være uten utgifter for den som har plikt til å gjennomgå slik undersøkelse. Vedkommende skal få dekket reiseutgifter.
- Undersøkelser som nevnt over skal gjennomføres så snart som mulig. For flyktninger og asylsøkere er det krav om undersøkelse innen fjorten dager etter innreise til Norge. Dette kravet gelder også flyktninger som kommer direkte til kommunen, eksempelvis familiegjenforening.
- Arbeidsgiver har ansvar for at personer som nevnt over har gjennomført tuberkuloseundersøkelse før tiltredelse.

Identifikasjon av risikoindivider / risikogrupper

I den oppdaterte tuberkuloseveielederen finnes flytskjema for tuberkuloseundersøkelse ved forskjellige situasjoner.

Informasjon

Personer med mistenkt eller påvist tuberkulose har krav på informasjon om sykdommen, samt informasjon om rutiner for videre utredning og behandling.

Det finnes en rekke gjennomarbeidede informasjonsbrosjyrer i tuberkuloseveilederen.

Vaksinasjon

Det har de seinere år vært store endringer i anbefalinger om hvem som skal BCG-vaksineres. Oppdatert informasjon finnes i tuberkuloseveilederen.

Kontaktinformasjon

NB! Denne kontaktinformasjon skal ikke publiseres. Kun brukes internt.

Smittevernlege

Kommuneoverleger Håkon Furu og Marius Lier.

Dersom det gjelder en akutt henvendelse og ovennevnte ikke kan nåes, vurder kontakt med:

Nasjonalt Folkehelseinstitutt

Folkehelseinstituttet, Smittevernvakten;

I kontortid – 21 07 70 00

Utenom kontortid – 21 07 66 43 / 21 07 63 48 (døgnåpent)

- Avdeling for infeksjonsovervåkning
- Avdeling for vaksine

Leger i Lebesby og Gamvik kommuner

Lege	Kontorsted	Mobil
Kommuneoverlege Lebesby Marius E. Lier	Kjøllefjord legekontor	918 58 198
Kommuneoverlege Gamvik Håkon Furu	Mehamn legekontor	415 20 055

Helsesykepleiere i Lebesby og Gamvik kommuner

Navn	Kontorsted	Mobil jobb	Mobil privat
Helsesøster Irma Sjøveian	Kjøllefjord helsesenter	979 90 890	993 44 207
Helsesykepleier Susanne Grinde	Mehamn helsesenter	907 73 954	415 65 642