

SMITTEVERN- PLAN



**ASKIM-EIDSBERG-HOBØL-MARKER-
SKIPTVET-SPYDEBERG-TRØGSTAD**

01.03.2018

Kommuneoverlegellesskapet i Indre Østfold
v/Barbro Kvaal

SMITTVERNPLAN

Ansvarlig: Kommuneoverlege Barbro Kvaal

Bygger videre på plan utarbeidet 2012-13

Revidert: Juni 2013, desember 2014 og januar 2018

Kommunens plikt til å ha smittevernplan er hjemlet i Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1995) §7 og kommuneoverlege/smittevernoverlege er ansvarlig for at det finnes en plan.

Planen er revidert i 2018, all informasjon er sjekket opp mot gjeldene anbefalinger og regelverk i Folkehelseinstituttet. Planen er også sterkt forkortet i forhold til tidligere utgaver, mer informasjon er lagt inn som lenker.

Kommunen skal ha en Pandemiplan – den er lagt inn i den generelle smittevernplanen kapitel 5.

Gjeldende plan bør ha en varighet på ca 4 år, men med kontinuerlige små oppdateringer.

En smittevernplan må stadig oppgraderes, stort sett som følge av statlige føringer. Det ligger i kommuneoverlegens ansvar å sørge for oppdateringer.

En smittevernplan trenger formelt sett ikke politisk vedtak, men bør fremlegges til orientering i kommunestyret.

En smittevernplan er en fagplan, beregnet på de som arbeider med smittevern. I motsetning til andre kommunale planer sendes den ikke på høring. Planen inneholder ingen sensitive opplysninger og kan ligge tilgjengelig på kommunens hjemmeside.

Smittevern er en viktig del av kommunenes helse- og sosialberedskap, og en oppdatert plan ligger til grunn for beredskap. Smittevernplanens kapitel 1 – hastesaker bør være en del av kommunens generelle beredskap.

Nytt i år er noen anbefalinger i kapitel 11, i tillegg til barnevaksinasjonsprogrammet er det tatt med anbefalinger om arbeidsgivers tilbud om sesonginfluensavaksine til ansatte, og vanlig oppfriskning av noen av vaksinene fra barnevaksinasjonsprogrammet.

Kommunal varslingsliste er tatt ut. En varslingsliste må alltid være oppdatert og det bør bare være en liste i kommunen. Denne bør finnes i kommunens beredskapsplan – slik at det bare er en gjeldene liste

Kommunens administrative og politiske ledelse bør kjenne til at det finnes en oppdatert smittevernplan.

FORMÅL:

Å sikre befolkningen mot smittsomme sykdommer

FREMGANGSMÅTE:

1. Ansvarlig: Kommunen/kommuneoverlegen. [Smittevernloven §7](#).

2. Faglig basis: Tjenesten skal utøves etter allment aksepterte faglig-medisinske normer. Tjenesten skal gi råd og publikasjoner som gis fra Folkehelseinstituttet og andre statlige organer.

AKTUELLE LOVER/PLANER/LITTERATUR

Overordnede planer:

- Kommunens beredskapsplan

Andre planer:

- Kommunens helse- og sosialberedskapsplan
- Kommunens kriseplan

Regelhenvisning : følgende lover med forskrifter

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven) 1995
[Lov om vern mot smittsomme sykdommer](#)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011
- Lov om matproduksjon og mattrygghet
- Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Lov om helsepersonell

Tilleggs litteratur, nettsider etc:

- Smittevernveilederen <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/>
- www.fhi.no Smittsomme sykdommer A-Å
- www.utbrudd.no
- www.vesuv.no
- [Meldesystem for smittsomme sykdommer og tuberkuloseregisteret](#)

FOLKEHELSEINSTITUTTET

Folkehelseinstituttet har på visse områder ansvar for– og myndighet til – å lage nasjonale retningslinjer og veiledere. Dette gjelder smittevernområdet generelt, og helt spesielt for tuberkulose og for vaksinasjon. Dette er regulert i følgende forskrifter:

- Forskrift om tuberkulosekontroll §4-5
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram §3
- Smittevernloven §7-9
- [Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram](#)
- [Forskrift om smittevern i helsetjenesten](#)
- [Forskrift om vern mot eksponering for biologiske faktorer \(bakterier, virus, sopp m.m.\) på arbeidsplassen](#)

SMITTEVERNPLAN

INNHold

SMITTEVERNPLAN	2
FORMÅL:.....	2
FREMGANGSMÅTE:	2
AKTUELLE LOVER/PLANER/LITTERATUR.....	3
FOLKEHELSEINSTITUTTET	3
1. SMITTEVERN I HASTESITUASJONER.....	6
1.1. MENINGOKOKKSYKDOM/SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE	7
1.2. MAT OG VANNBÅRNE SYKDOMMER.....	8
1.3. LEGIONELLA	9
1.4. MESLINGER.....	10
1.5. POST -EKSPONERINGSPROFYLAKSE.....	11
1.6. SMITTEOPPSPORING OG SANERING	13
1.7. ANDRE SMITTEVERNTILTAK.....	15
1.8. MELDING OM UTBRUDD	16
2. INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM.....	17
3. ANTIBIOTIKARESISTENTE BAKTERIER; MRSA, ENTEROKOKKER OG ESBL.....	18
3.1. MRSA	18
3.2. ENTEROKOKKINFEKSJON	19
4. TUBERKULOSE	20
4.1. GENERELT OM TUBERKULOSE OG TUBERKULOSEKONTROLL.....	20
4.2. ANSVAR OG ORGANISERING I TUBERKULOSEARBEIDET	21
4.3. VAKSINASJON	21
4.4. SMITTEOPPSPORING/MILJØUNDERSØKELSE	22
5. PLAN FOR MASSEVAKSINERING MOT PANDEMISK INFLUENSA.....	28
5.1. KOMMUNENS PLIKTER OG OPPGAVER	28
5.2. KOMMUNAL LEDELSE, ANSVAR OG FORANKRING:.....	28
5.3. DEFINISJON ; PANDEMISK INFLUENSA	29
5.4. STRATEGIER FOR VAKSINASJON	30
5.5. MULIGE SCENARIER FOR VAKSINASJON.....	32
6. INNVANDRERE OG SMITTEVERN	32
6.1. UNDERSØKELSE (SCREENING) AV INNVANDRERE:.....	32
6.2. VAKSINER.....	34

SMITTEVERNPLAN

6.3.	INNVANDRERE OG REISE TIL TIDLIGERE HJEMLAND	34
6.4.	SPESEILLE KLINISKE SITUASJONER	35
7.	OPPFØLGING OG KONTROLL AV PERSONER MED TARMINFEKSJONER	36
8.	SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER	38
8.1.	SMITTEOPPSPORING VED SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER:	38
8.2.	PLIKT TIL Å MEDVIRKE VED SMITTEOPPSPORING	39
8.3.	FRAMGANGSMÅTE VED SMITTEOPPSPORING	39
9.	SMITTEVERN VED SJELDNE SYKDOMMER	40
10.	LOKALE FORHOLD	42
10.1.	SMITTERISIKO I REGIONEN	42
10.2.	KOMMUNALE/INTERKOMMUNALE RESSURSER OG SAMARBEIDSINSTANSER	42
11.	VANLIGE VAKSINER	43
11.1	VAKSINASJONSPROGRAMMET	43
11.2.	VAKSINE FOR SESONGINFLUENSA	44
11.3.	OPPFRIKKNINGSVAKSINE	44
12.	UTENLANDSREISER OG SMITTEVERN	45
13.	SMITTEVERN I SKOLER OG BARNEHAGER	47
14.	VARSLINGSLISTE IHT SMITTEVERNPLAN	47

SMITTERVERNPLAN

1. SMITTEVERN I HASTESITUASJONER

Alvorlig smittsomme sykdommer skal meldes; MSIS – nominativt -gruppe A:

MSIS Forskrift. § 3-2. (Helsepersonellets varslingsplikt)

- *Lege, sykepleier, jordmor eller helsesøster som mistenker eller påviser et tilfelle av smittsom sykdom jf. § 3-1 annet ledd, skal varsle kommunelegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommunelegen, skal de varsle Folkehelseinstituttet.*
- *Kommunelegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet*
- [Skjema for melding av nominative sykdommer til MSIS gruppe A sykdommer](#)
- [Meldingskriterier MSIS.pdf](#)

I kontortid kan Folkehelseinstituttet kontaktes på tlf 21 07 70 00. Utenom kontortid alle dager: tlf 21 07 63 48. . <https://www.fhi.no/sys/sok/?term=smittevernvakt>

Nettside for utfyllende informasjon: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/06.-utbrudd-av-smittsomme-sykdommer/>

Definisjon av 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 (hotell/feriested, utstyr, næringsmidler, vann e.a.).

Følgende utbrudd av smittsomme sykdommer skal varsles:

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

Følgende sykdommer oppfattes som hastesituasjoner:

1. Meningokokksykdom
2. Mat og vannbårne sykdommer
3. Legionella
4. Meslinger
5. Stikkskader
6. Smitteoppsporing og sanering
7. Hastevedtak
8. Melding om utbrudd

1.1. MENINGOKOKKSYKDOM/SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE

Tilleggs litteratur, nettsider etc.: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/hjernehinnebetennelse/smittsom-hjernehinnebetennelse---me/>

Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd: tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderes, selv om assosierte tilfeller er sjeldent forekommende. Disse tiltakene er:

1.1.1. Lete etter koprimære tilfeller

Koprimære tilfeller kommer tidlig, og må oppspores med én gang primærkasus er mistenkt. Kommuneoverlege/smittevernlege **skal** varsles umiddelbart.

- Søsken,
- Andre i familien som har vært i nærheten /hatt kontakt i dagene før,
- Venner/Lekekamerater, skole – barnehage
- Definerbare ungdomsgrupper /venner
- Alle med nærkontakt siste dagene.

Alle med tegn til infeksjonssykdom i pasientens nærmiljø må vurderes nøye med tanke på meningokokksykdom. Det bør være lav terskel for å henvise til sykehus i en slik situasjon.

1.1.2. Informasjon

Når et sikkert eller sannsynlig tilfelle av alvorlig meningokokksykdom er påvist, bør man raskt spre informasjon om dette til pasientens nærmiljø. Husk samtykke fra pasient og pårørende.

1.1.3. Utrydde bærerskap.

- I de fleste tilfeller skjer smitte fra friske bærere. Overføring skjer ved "nærdråpe-smitte"
- Assosierte tilfeller av systemisk meningokokksykdom forekommer hyppigere blant nærkontakter til en syk enn ellers i befolkningen, særlig gjelder dette små barn.
- Valg av regime for bærerskapsutrydding.

Det følges til enhver tid anbefalinger gjort på folkehelse – www.fhi.no

1.1.4. Vaksinasjon rundt et tilfelle

- Kartlegging – se www.fhi.no
- Vaksine dekkes av folketrygden (blåreseptforskriften § 4 punkt 3). Vaksine bestilles fra Folkehelseinstituttet

1.1.5. Vaksinasjon av russ

Årets avgangskull på videregående skole tilbys vaksinasjon i henhold til nasjonale anbefalinger

1.1.6. Nyttig informasjon om meningokokksykdom:

- Saklig, nøktern informasjon om meningokokksykdom bør distribueres via alle mulige kanaler
 - Inkubasjonstid 2-10 dager, vanligvis 3-4 dager.

SMITTERVERNPLAN

- Symptomer og forløp:
- Forebyggende tiltak
- Folkehelsas anbefalinger følges.
- Råd til russ og andre aktuelle ungdomsgrupper

1.1.7. Meldings- og varslingsplikt

Meldingspliktig til MSIS, gruppe A.

1.2. MAT OG VANNBÅRNE SYKDOMMER

Tilleggs litteratur, nettsider etc.:

Drikkevannsforskriften, Sykdommer som smitter gjennom mat og vann. Vannforsyningens ABC, FHI Badevann- rensing og regler. Oppsummering tema: Drikkevann

https://www.mattilsynet.no/om_mattilsynet/gjeldende_regelverk/forskrifter/forskrift_om_vannforsyning_og_drikkevann_drikkevannsforskriften

<https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/vern-mot-vannbaren-smitte-i-norge/>

Viktig samarbeidspartner ved mat- og vannbårne sykdommer er Mattilsynet Region Stor Oslo – avd. Follo/Østfold

Drikkevann

De hyppigst forekommende sykdommer ved smitte via drikkevann er forskjellige former for gastroenteritt.

Forurenset eller mistanke om forurenset drikkevann:

- Det meste effektive tiltak ved mistanke om utbrudd som skyldes drikkevann, er innføring av kokepåbud.
- Vannverk/helsemyndigheter og mattilsyn varsler om kokepåbud.
- Koking dreper virus, bakterier og parasitter. Vannet må fosskoke.
- Alt vann som kommer inn i munnen må være kokt.

Desinfeksjon og kontroll av drikkevannet

Ifølge drikkevannsforskriften skal drikkevann fra vannverk alltid være desinfisert. Det er vannverkseier som er pliktig til å få dette utført.

1.2.1. Tiltak ved vannbårne utbrudd

Tiltakstype A:

- Det skal umiddelbart iverksettes tiltak for å bringe parameterverdien under grenseverdien. Det kan ikke gis dispensasjon fra grenseverdier.
- Tilsynsmyndighetene skal umiddelbart varsles.

Tiltakstype B:

SMITTERVERNPLAN

- Nødvendige tiltak skal gjennomføres så snart som mulig for å bringe parameterverdien under grenseverdien, og tilsynsmyndighetene skal varsles.

Tiltakstype C:

- Nødvendige tiltak skal gjennomføres så snart som mulig for å bringe parameterverdien under grenseverdien.

1.2.2. Mattilsynets oppgaver

Mattilsynet skal godkjenne og føre tilsyn med vannforsyningsystemene, godkjenne vannbehandlingsprodukter, utarbeide forskrifter, veiledere og gi annen informasjon som er viktig og nyttig innen drikkevannssektoren.

1.2.3. Smittespredning gjennom badevann

Det foreligger i dag ingen registrering av badevannsbåren sykdom i Norge, og likevel antas det at risikoen for å bli syk ved bading i friluftsbad (badestrand e.l.) eller i et svømmebasseng i Norge er liten. Dette skyldes at vi de fleste steder har god plass, og at det derfor er få badestrender/badeplasser som ligger nær utslipp av avløpsvann.

1.3. LEGIONELLA

Tilleggs litteratur, nettsider etc.: www.fhi.no Smittsomme sykdommer [A-Å: Legionella](#)

- Forebygging av legionella smitte – veileder
- Forskrift om miljørettet helsevern kap3a, Krav om å hindre spredning av legionella via aerosol
- Forskrift 6 des 1996 nr. 1127 om systematisk helse, miljø og sikkerhet i virksomheter
- Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstue

Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd:

- Varsling i henhold til MSIS forskrift gruppe A

Dersom pasienten har vært på et overnattingssted siste 10 dager til kommuneoverlegen i gjeldende kommune og Folkehelseinstituttet:

- Hotell/cruiseskip – romnummer - eventuelt turoperatør
- Tidspunkt for oppholdet og sykdomsdebut.

1.3.1. Kommunehelsetjenestens oppgaver ved enkelttilfeller eller utbrudd:

Smittevernansvarlig kommuneoverlege bør – i samarbeid med miljøteknisk ekspertise – følge opp ethvert tilfelle hvor smitte mest sannsynlig har skjedd i kommunen.

Undersøkelse må derfor kartlegge hvilke slike kilder pasienten har vært eksponert for i inkubasjonstiden (2-10 dager). Kommunen skal på forhånd ha oversikt over alle kjøletårn og luftskrubberanlegg.

SMITTERVERNPLAN

Kommunelegen har derfor muligheten til å vurdere pasientens bevegelser i forhold til disse typer anlegg

Temperaturen på drikkevann i Norge er vanligvis lav (som regel under 10°). Det er derfor normalt ikke nødvendig å foreta undersøkelser av kaldt drikkevann. **Det er ikke grunnlag for tiltak overfor personer i pasientens nærmiljø** bortsett fra å være oppmerksom på evt. symptomer dersom disse har vært utsatt for samme eksponering. Varmtvannsberedere bør ha 70°

Prøvetaking skjer i henhold til retningslinjer fra FHI

1.3.2. Mistanke om felleskildeutbrudd

Dersom det foreligger flere mistenkte eller bekreftede tilfeller i kommunen i løpet av uker eller måneder bør muligheten for et felleskildeutbrudd vurderes.

1.3.3. Tiltak og behandlingsmetoder

Ved påvisning av legionellabakterier i vannsystemer eller kjøletårn skal rengjøring og desinfeksjon iverksettes. De vanligst benyttede metodene er:

1.3.4. Meldings- og varslingsplikt

Meldingspliktig til MSIS, gruppe A.

1.4. MESLINGER

Tilleggs litteratur, nettsider etc.: www.fhi.no Smittsomme sykdommer A-Å: Meslinger
Meslinger er en av de mest smittsomme sykdommer vi kjenner og har historisk medført høy barnedødelighet.
Vaksine mot meslinger tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet - MMR vaksine – tilbys 15mnd alder og revaksinering ved 11 års alder.

1.4.1. Tiltak rundt et tilfelle

Ved ethvert bekreftet tilfelle bør det undersøkes hvordan pasienten kan ha blitt smittet (f.eks. utenlandsreise) og om det er uvaksinerte nærkontakter.

1.4.2. Barnehager

Barnet kan vende tilbake til barnehagen tidligst 4 dager etter opptreden av utslett dersom allmenntilstanden ellers er god. Vaksinasjonsstatus av andre barn vurderes.

1.4.3. Tiltak i helseinstitusjoner

Basale smittevernrutiner. Luftsmitteregime til 5 døgn etter debut av utslett hvis det er mottakelige pasienter eller personale i avdelingen.

1.4.4. Vaksinasjon

SMITTERVERNPLAN

MMR (Measles, Mumps and Rubella) tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet. Ansatte i helsevesenet og de som arbeider med barn og unge bør være vaksinert mot meslinger

1.4.5.

Meldingspliktig til MSIS, gruppe A.

1.5. POST -EKSPONERINGSPROFYLAKSE

Retningslinjer for immunisering av hepatitt A og B som refunderes av Folketrygden (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuhell-pa-sproyter-posteksp/>

Hepatitt B, Hepatitt C og HIV

1.5.1. Førstehjelpstiltak

Førstehjelp består i å vaske sår eller stikkstedet godt med såpe og vann og deretter desinfisere med spritløsning dersom dette er tilgjengelig. Kartlegg mulig smitterisiko

1.5.2. Stikkskader utenfor helsetjenesten

Ved stikkskader utenfor helsetjenesten bør det gjøres en risikovurdering mht. smittefare

Dersom det er indikasjon for å igangsette posteksponeringsimmunisering gjøres følgende:

1.5.3. Stikkskader i helsetjenesten

Ved stikkskader i helsetjenesten bør det gjøres en risikovurdering med hensyn på sannsynligheten for smitte.

Vaksiner, immunoglobuliner og sera som skal dekkes på Folketrygden må rekvireres fra Folkehelseinstituttet på **blå resept §4 nr. 3**.

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hepatitt-b-vaksinasjon-og-hepatitt-/#posteksponeringsbehandling-etter-annen-eksponering>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/17.-stikkuhell-pa-sproyter-posteksp/#prosedyrer-ved-stikkskaderog-andre-blodeksponeringerutenfor-helsetjenesten>

SMITTERVERNPLAN

Tabell 1. Hepatitt B-tiltak etter stikkskadeeksponering hvor kilden er kjent HBsAg positiv eller hvor kildens hepatitt B status er ukjent.

POSTEKSPONERINGSIMMUNISERING MOT HEPATITT B			
Den eksponerte		Kilden	
Vaksinasjonsstatus hos den eksponerte	Anti-HBs målt 1 md etter avsluttet vaksinasjon	Tiltak om kilden er sikker HBsAg-positiv	Tiltak om kildens HBsAg-status er ukjent
Ikke vaksinert	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon	Straks full hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 md)
Fått 1 dose	-	(0, 1, 2 og 12 md)	
Fått 2 doser	-	Straks HBIG og én dose vaksine	Straks én dose vaksine
Fått 3 eller flere doser	< 10 IU/l	Straks HBIG og én dose vaksine	Straks én dose vaksine
Fått 3 eller flere doser*	Ukjent	Straks én dose vaksine	Straks én dose vaksine

SMITTERVERNPLAN

Fått 3 eller flere doser*	≥ 10 IU/l	Ingen tiltak	Ingen tiltak
---------------------------	----------------	--------------	--------------

1.6. SMITTEOPPSPORING OG SANERING

1.6.1. Oppsporing av kontakter til pasienter med mistenkt eller bekreftet sjeldne allmenfarlig smittsom sykdom – meldegruppe A

Ved enhver allmenfarlig smittsom sykdom må det gjøres en vurdering.

Smittevernplanen:

- Kap. 1.6. smitteoppsporing på enkelte sykdommer og generelt (dette underkapittelet.)
- Kap 3. MRSA og andre resistente bakterier
- Kap.4. Tuberkulose

Ansvar:

- Kommuneoverlegen har ansvar for identifisering og oppfølging av kontakter
- Kontaktoppsporing i sykehus håndteres av institusjonens smittevernlege, Folkehelseinstituttet kan bistå i kontaktoppsporingsarbeidet.
- Det må vurderes hvordan smitten har kommet, import fra annet land – transportmuligheter osv.

Definisjon av kontakter:

- Husstandsmedlemmer
- Personer som har hatt nær kontakt fra indexpasienten, mens vedkommende hadde symptomer
- **Kontaktoppsporingsarbeidet:**
- Kontaktoppsporing tilpasses risiko for at indexpasient er smittet
 - Ved lav risiko – avventes smittebekreftelse
 - Ved middels risiko begynner kartlegging av kontakter i påvente av lab. svar
 - Ved høy risiko eller bekreftet sykdom starter kontaktoppsporing og oppfølging umiddelbart

1.6.2. Generelle regler (FHI) for oppsporing på fly ved mistanke om pasient med mistenkt eller bekreftet smitte av allmenfarlig smittsom sykdom.

- Definisjon av kontakter:
- Oppfølging av kontakter:

1.6.3. Bruk av beskyttelsesutstyr

- Ved kontakt med person *uten* symptomer
 - Ved mistanke skal basale smittevernrutiner alltid følges.
 - Personlig beskyttelsesutstyr er kun nødvendig ved direkte kontakt med kroppsvæsker / eller kan være utsatt for dråpesmitte.
- Ved kontakt med person *med* symptomer
 - Personlig beskyttelsesutstyr
- Personlig beskyttelsesutstyr tas på i nummerert rekkefølge:

SMITTERVERNPLAN

- Beskyttelsesutstyret tas av i fastsatt rekkefølge

1.6.4. Desinfeksjon og rengjøring ved synlig kontaminering

<https://www.fhi.no/sys/sok/?term=desinfeksjon>

Personell som utfører rengjøring, desinfeksjon og håndterer avfall skal benytte personlig beskyttelsesutstyr.

Som smitteførende materiale regnes oppkast, avføring, blod og andre kroppsvæsker fra en syk person.

- Smittemateriale fjernes først mekanisk med en klut fuktet med desinfeksjonsmiddel
- Til slutt utføres vanlig rengjøring med såpe og vann.
- Desinfeksjon kan gjøres på utsatte kontaktpunkter ved å tørke over med desinfeksjonssprit (70 – 85 %), selv om stedene ikke er synlig kontaminert.

Det skal i norsk helsetjeneste kun brukes desinfeksjonsmidler som er godkjente av Statens legemiddelverk.

- [Godkjenning og regelverk for desinfeksjonsmidler](#) (Legemiddelverket)

Avfall som er synlig tilsølt med kroppsvæsker fra pasienter med mistenkt alvorlig smittsom, skal håndteres som smittefarlig avfall.

Personell som håndterer smittefarlig avfall skal, inntil avfallet er ferdig emballert, benytte personlig beskyttelsesutstyr, som beskrevet i [kapittel om beskyttelsesutstyr i primærhelsetjenesten](#).

1.6.5. Lovkrav ved håndtering av smittefarlig avfall i institusjon

Avfallet må håndteres, emballeres og merkes i tråd med krav i forskrift om smittefarlig helseavfall.

[Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste](#) (2005)

For alle sjeldne sykdommer som ikke vanligvis finnes i Norge; følges folkehelseinstituttets råd vedrørende smitterisiko; smitteoppsporing; sanering etc

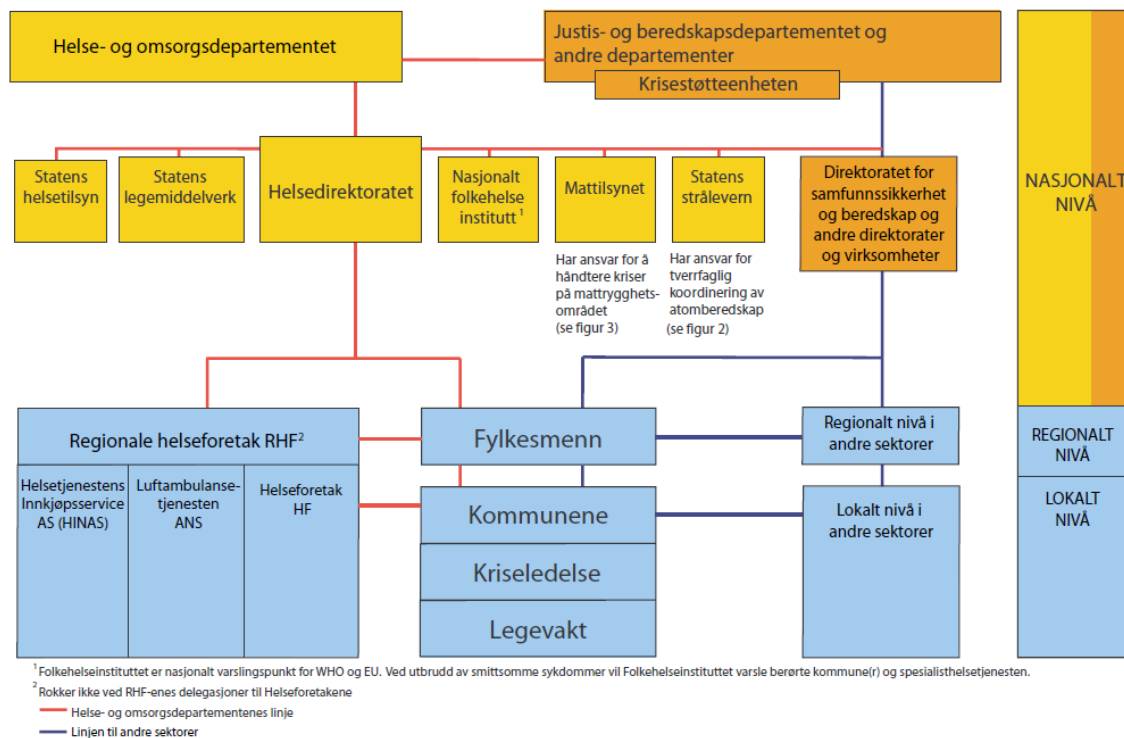
- **Kontaktinformasjon for smittevern og overvåking: Folkehelse**
Telefon: 21 07 66 43
Telefaks: 21 07 65 13
[Send e-post](#)
- **Smittevernvakta:**
Telefon 21 07 63 48
Smittevernvakta er en døgnbemannet tjeneste for helsepersonell. Telefonen er bemannet av leger ved avdeling for infeksjonsovervåking, og skal brukes til varsling og rådføring om smittsomme sykdommer og smitteverntiltak. Hvilke sykdommer som er varslingspliktige fremgår av MSIS og tuberkuloseforskriften.

SMITTERVERNPLAN

Smittevernvakta kan også gi råd til helsepersonell om smittevern der saken haster så mye at den ikke kan vente til neste morgen.

For rådføring som kan vente bør avdelingen kontaktes i kontortiden på 21 07 66 43.

Figur 1: Varslings- og rapporteringslinjer i helsesektoren ved kriser



1.7. ANDRE SMITTEVERNTILTAK

I henhold til Smittevernloven

- §4-1 Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering
- § 4-2 Forbud mot utførelse av arbeid m.m.
- § 4-3 Karantenebestemmelser
- § 4-4 Transport av smittefarlig materiale
- § 4-5 Obduksjon
- § 4-6 Gravferd og transport av lik
- § 4-7 Sykehusinfeksjoner
- § 4-8 Massemedier – informasjonsplikt
- § 4-9 Plikt for helsepersonell til å gjennomgå opplæring, følge faglige retningslinjer og gjennomføre tiltak
- § 4-10 Informasjonsplikt og bistandsplikt for andre myndigheter

SMITTEVERNPLAN

1.8. MELDING OM UTBRUDD

www.utbrudd.no - varsling og oppklaring

Regelhenvising:

- **Forskrift om smittevern i helsetjenesten §2-5**
- <https://lovdata.no/sok?q=forskrift+om+smittevern+i+helsetjenesten>
https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern_i_institusjoner/
- **Liste over meldingspliktige sykdommer i MSIS**
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis>
- **MSIS og tuberkuloseforskrift**
- <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis/>
- **Smittevernlov** <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis/>

Varsling av utbrudd er regulert

- Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger
- Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i
- Tuberkuloseregisteret
- Varsling av smittsomme sykdommer (MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften).

Tidlig varsling til Folkehelseinstituttet om utbrudd av smittsomme sykdommer kan gi mulighet til å få bistand med oppklaringsarbeid og få råd om prøvetaking.

Definisjon av 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

Hvordan skal utbrudd varsles?

- Via [Vesuv \(vevbasert system for utbruddsvarsling\)](#)
<https://www.fhi.no/contentassets/805a18604f2b49319716bf41ebd4ba62/vesuv-brukerveiledning.pdf>

Det er også mulig å varsle Folkehelseinstituttet om utbrudd på følgende måter:

- [E-post: utbrudd@fhi.no](mailto:utbrudd@fhi.no)
- I arbeidstiden er sentralbordet på tel 21077000
- Smittevernvakta på tel. 21 07 63 48.
- [Varslingsskjema som skal brukes ved sending av brev og telefaks \(word\)](#)
- [Varslingsskjema som skal brukes ved sending av brev og telefaks \(pd\)](#)

Hvilke utbrudd skal varsles?

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

De fire siste kategoriene gjelder også utbrudd av smittsomme sykdommer som ikke er meldingspliktige til MSIS.

SMITTERVERNPLAN

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Tuberkuloseregisteret 2014

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740>

I tillegg ønsker Mattilsynet innrapportert alle akutte forgiftninger med f. eks. histamin, kobber, sopp, alger etc. slik at all sykdom hos mennesker forårsaket av mat eller vann, blir rapportert.

1.8.1. Varsling av utbrudd utenfor helseinstitusjon

Varsling i henhold til overnevnte regelverk

1.8.2. Varsling av utbrudd i helseinstitusjon

Alle typer utbrudd på helseinstitusjoner skal varsles i henhold til overnevnte regelverk, også utbrudd av **sykdommer som norovirus og influensa**.

Mistenkte eller påviste utbrudd av smittsomme sykdommer i kommunal helseinstitusjon skal varsles til kommuneoverlegen og fylkesmannen.

Kommuneoverlegen skal, dersom mistanken ikke raskt kan avkreftes, varsle Folkehelseinstituttet.

1.8.3. MSIS – Meldingssystem for smittsomme sykdommer

Allmenfarlige smittsomme sykdommer

Enkelte meldingspliktige sykdommer er i forskrift til smittevernloven definert som allmenfarlige smittsomme sykdommer. Hjemmel for meldingsplikt for leger til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og Tuberkuloseregisteret er gitt i smittevernloven og helsepersonelloven.

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

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 sykdommer:** Smittsomme sykdommer i gruppe A er sykdommer som det er nødvendig å overvåke med detaljerte opplysninger om hvert tilfelle av hensyn til smittevernet og internasjonale forpliktelser. Meldingen inneholder personidentifiserbare opplysninger. Sykdommer i gruppe A regnes som allmenfarlig smittsom sykdom, og melding skjer nominativt (med navn –identifiserbart). Både laboratorium og lege er meldepliktige
- **Gruppe B sykdommer:** Smittsomme sykdommer i gruppe B er tre seksuelt overførbare sykdommer. Meldingen inneholder aidentifiserte opplysninger (anonym melding).
- Sykdommer som er meldingspliktige, gruppe B er: (gonoré, hivinfeksjon, syfilis)
- **Gruppe C sykdommer:** Smittsomme sykdommer i gruppe C er sykdommer der det er nødvendig med oversikt over situasjonen.

2. INFEKSJONSKONTROLLPROGRAM

Det vises til eget infeksjonskontrollprogram utarbeidet for institusjon –

Dette i samarbeid med Sykehuset Østfold

https://sykehuset-ostfold.no/Documents/KommunaltIKP_2017-18.pdf

https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern_i_institusjoner/infeksjonskontrollprogram-i-helsein/

SMITTERVERNPLAN

3. ANTIBIOTIKARESISTENTE BAKTERIER; MRSA, ENTEROKOKKER OG ESBL

Litteratur:

- <https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>

3.1. MRSA

Gule stafylokokker er bakterier som er vanlig å finne hos mennesker. På helseinstitusjoner er gule stafylokokker en av bakteriene som oftest gir årsak til infeksjon. Hos friske gir den sjelden årsak til infeksjon.

MRSA er gule stafylokokker som har utviklet resistens mot alle betalaktamantibiotika. Bakterienes resistens har dermed betydning for behandlingen av infeksjoner. MRSA smitter på samme måte og har samme potensiale for framkalling av sykdom som andre *S. aureus*, men kan være vanskelig å behandle.

3.1.1 Smittemåte, symptomer og forløp

Vanligvis direkte kontaktsmitte fra person til person.

Luftsmitte (fjerndråpesmitte) via avstøtte hudceller kan forekomme. 20-30% av befolkningen er permanente bærere av *S. aureus* i nesen eller på hud. Prøvetaking gjøres i henhold til veileder:

- Mistanke om MRSA hos pasient
- Ved forhåndsundersøkelse og smitteoppsporing hos helsepersonell tas prøver fra følgende steder:
- Kontroll etter sanering MRSA iht.veileder

3.1.2. Forebyggende tiltak MRSA/Screening

Forebyggende tiltak mot gule stafylokokker, spesielt MRSA er viktig

Sentrale tiltak:

- God håndhygiene
- Tildekking av sår for å unngå overføring.
- MRSA-prøve av alle som (ved innleggelse)
 - Tidligere har fått påvist MRSA, men ikke senere hatt tre negative kontrollprøver
 - MRSA-prøve tas av alle som har kliniske symptomer på hud-/sårinfeksjon, kroniske hudlidelser
 - Eller som i løpet av siste 12 måneder har bl.a.
 - Fått påvist MRSA (selv om senere kontrollprøver har vært negative)
 - Bodd i samme husstand som MRSA-positive
 - Vært innlagt eller fått poliklinisk behandling ved en helseinstitusjon
 - Oppholdt seg sammenhengende i mer enn 6 uker i land utenfor Norden
 - M.fl.

3.1.3. Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd av MRSA

SMITTERVERNPLAN

<https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>

- MRSA skal ikke forhindre eller forsinke nødvendig undersøkelse eller behandling. Basale sykehushygieniske rutiner.
- MRSA og kommunal helseinstitusjon: På sykehjem og andre kommunale helseinstitusjoner tildeles beboere med mistenkt eller bekreftet MRSA-infeksjon enerom helst med eget bad/toalett.
- MRSA utenom helseinstitusjon: Virksomheter som legekontor, tannlegekontor, helsestasjoner og fysioterapeuter bør i sitt internkontrollsystem ha rutiner for håndtering av MRSA-positive pasienter.
- Smitteoppsporing i hjemmesykepleien er aktuelt når MRSA oppdages uventet hos en bruker eller blant personalet.
- MRSA og barnehager: Barn med hudlesjon hvor det er påvist MRSA kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonen er under kontroll.
- Varsling – melding: MRSA er meldingspliktig til MSIS, gruppe A (ved smitteførende bærertilstand og infeksjon).

3.2. ENTEROKOKKINFEKSJON

Enterokokker (mange arter) finnes normalt i tarmfloraen og derfor ofte på huden rundt anus og i urinrøret. Bakteriene kan forårsake sykdom hvis de er på steder de normalt ikke finnes. Enterokokker har blitt en alt vanligere årsak til infeksjoner i helseinstitusjoner.

Enterokokker brukes som en indikator på fekal forurensning fra mennesker eller dyr i drikkebadevann og næringsmidler.

3.2.1. Vankomycinresistente enterokokker (VRE)

Enterokokker kan i stor grad utvikle resistens mot ulike typer antibiotika. Viktigst er vankomycinresistente enterokokker (VRE). Hovedreservoaret for VRE i helseinstitusjoner er i tarm hos koloniserte personer..

- **Smittemåte:** Enterokokker smitter vanligvis endogent fra egen tarmkanal. I helseinstitusjoner skjer smitteoverføringen fekalt-oralt.
- **Inkubasjonstid:** Ved næringsmiddeloverført sykdom 6-12 timer.
- **Symptomer/Forløp:** De hyppigste enterokokkinfeksjoner er urinveisinfeksjon, og postoperative sårinfeksjoner etter abdominalkirurgi.
- **Diagnostikk:** Dyrkning fra infeksjonssted

3.2.2. ESBL

Betalaktamaser er betegnelsen på spesielle enzymer som produseres av både grampositive og gramnegative bakterier. Disse enzymene bryter ned betalaktamantibiotika.

ESBL = ekstendert spektrum-betalaktamaser) har utvidet antibiotaresistens hovedsakelig for penicilliner og senere-generasjons cefalosporiner. Hovedsakelig funnet hos ulike Klebsiella-arter hos sykehuspasienter i intensivavdelinger, også funnet i økende grad også hos E. coli-bakterier og andre enterobakterier. Der er økende problem med antibiotikaresistens.

SMITTERVERNPLAN

Smittemåte: Som andre gramnegative staver; dvs. ved direkte eller indirekte kontaktsmitte og gjennom fekal-oral kontakt. **OBS basale smittevernrutiner** - Håndhygiene og andre generelle smitteforebyggende tiltak.

- Symptomer: Asymptomatisk bærerskap.
- Inkubasjonstid: Kan etablere seg i normalfloraen i tarmen i måneder eller år.
- Behandling: Det finnes i dag bare få grupper av betalaktamantibiotika som ESBL-produserende bakterier er følsom for
- Tiltak ved enkeltutbrudd: Pasienter i helseinstitusjoner hvor det påvises bærerskap eller infeksjon bør plasseres på enkeltrom med eget toalett
- [Forebygging og kontroll av spredning av multiresistente gramnegative stavbakterier og ESBL-holdige bakterier i helseinstitusjoner.pdf](#)
- Meldings- og varslingsplikt: Smittebærertilstand og infeksjoner med mikrober med spesielle resistensmønstre er meldingspliktig til MSIS, gruppe A. Sjekk kriterier for melding.
- (se kapittel "Varsling av smittsomme sykdommer og smittevernsituasjoner").'

4. TUBERKULOSE

<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/>

4.1. GENERELT OM TUBERKULOSE OG TUBERKULOSEKONTROLL

Det er bare personer med lungetuberkulose er smitteførende. Man undersøker for lungetuberkulose med røntgen undersøkelse av lungene. Man undersøker for tuberkulosesmitte ved Mantoux test og/eller IGRA test. Latent tuberkulose (sovende tuberkulose) er ikke sykdom og ikke smittefarlig.

Folkehelseinstituttet skal angi hvilke land som er høy forekomstland

<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/land-med-hoy-forekomst-av-tuberkulo/>

Følgende personer **har plikt** til tuberkuloseundersøkelse (jmf. tuberkuloseforskriftens §3-1)

- Personer fra land med høy forekomst som skal oppholde seg minst 3 mnd. i landet. Alle flyktninger og asylsøkere.
- Personer som har oppholdt seg minst 3 mnd. i land med høy forekomst og som skal jobbe med barn, pleietrengende eller syke (arbeidsgivers plikt) – (også studenter, hospitanter, au-pair)
- Personer utsatt for tuberkulosesmitte

https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tb_skjema_maler/

Fra 2017 skal en IGRA blodprøve bare tas av de som på grunn av forhøyet risiko vil bli vurdert for forebyggende behandling ved positive funn. Spedbarn under 6 mnd. skal undersøkes individuelt av helsepersonell i stedet for blodprøve.

SMITTERVERNPLAN

- Rutineundersøkelse for smittsom lungetuberkulose ved lungerøntgen fortsetter uendret.
- Det er ingen endring i hvem som ha BCG vaksine



Folkehelseinstituttet har utgitt nye flytskjema som er tilpasset de nye anbefalingene. To nye flytskjema erstatter de tidligere 8 skjemaene.

<https://www.fhi.no/publ/2017/flytskjema-for-rutineundersokelse-ved-ankomst/>

Kommunehelsetjenesten kan velge å gjennomføre forenklingen i enkelte eller alle aldersgrupper.

4.2. ANSVAR OG ORGANISERING I TUBERKULOSEARBEIDET

<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/forekomst-og-kontroll/2.-tuberkulosekontroll/> §2-2 og § 2-3

Kommunen har ansvaret for etablering, tilrettelegging og oppfølging av sitt tuberkulosekontrollprogram jfr. § 2-1 – 2-3, og skal påse at:

Kommuneoverlegen har ansvaret for å utarbeide forslag til tuberkulosekontrollprogrammet

- Kommuneoverlegene har delegert tuberkulintesting og vaksinasjon mot tuberkulose til helsesøster.
- Observasjon av inntak av tuberkulosemedikamenter er delegert til fastlegekontorene og hjemmebaserte tjenester ved sykepleier.

<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/forekomst-og-kontroll/4.-grupper-med-plikt-til-tuberkulos/>

https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tb_skjema_maler/

- [Liste over land med høy forekomst av tuberkulose; Oppgraderes stadig og må hentes elektronisk](#)
- [Innkallingsbrev til tuberkuloseundersøkelse - mal på 21 språk](#)
- [Tuberkuloseundersøkelse før arbeid innen barneomsorg, helse- og sosialtjenesten](#)

Pågående behandling for tuberkulose gir rett til opphold i landet til behandlingen er slutført, eller sikret videreført, jfr. utlendingsforskriftens §17-14.

- [Melding til politi/UDI/advokat om pågående tuberkulosebehandling](#)

4.3 VAKSINASJON

BCG i barnevaksinasjonsprogrammet

- Fra 2014 BCG i det norske vaksinasjonsprogrammet flyttes fra fødeavdeling til helsestasjon ved 6 ukers alder.

SMITTERVERNPLAN

- Vaksine tilbys barn med foreldre fra land med høy forekomst av tuberkulose eller barn som selv kommer fra disse områdene.
- Eldre barn som tilhører risikogruppene og ikke er vaksinert – tilbys vaksine

BCG til helsefagstudenter

Folkehelseinstituttet anbefaler at helsefagstudenter som skal ha mye pasientkontakt i studietiden tar BCG vaksine. De fleste er ikke vaksinert gjennom barnevaksinasjonsprogrammet.

Arbeidsgiver eller praksissted er ansvarlig for å tilby vaksine.

4.4. SMITTEOPPSPORING/MILJØUNDERSØKELSE

Ansvarsforhold

Smitteoppsporing er en plikt etter Smittevernloven § 3. Helsepersonell skal uten hinder av lovbestemt taushetsplikt gi informasjon vedrørende en allmenfarlig smittsom sykdom til kommunelegen hvis hensynet til smittevernet krever det.

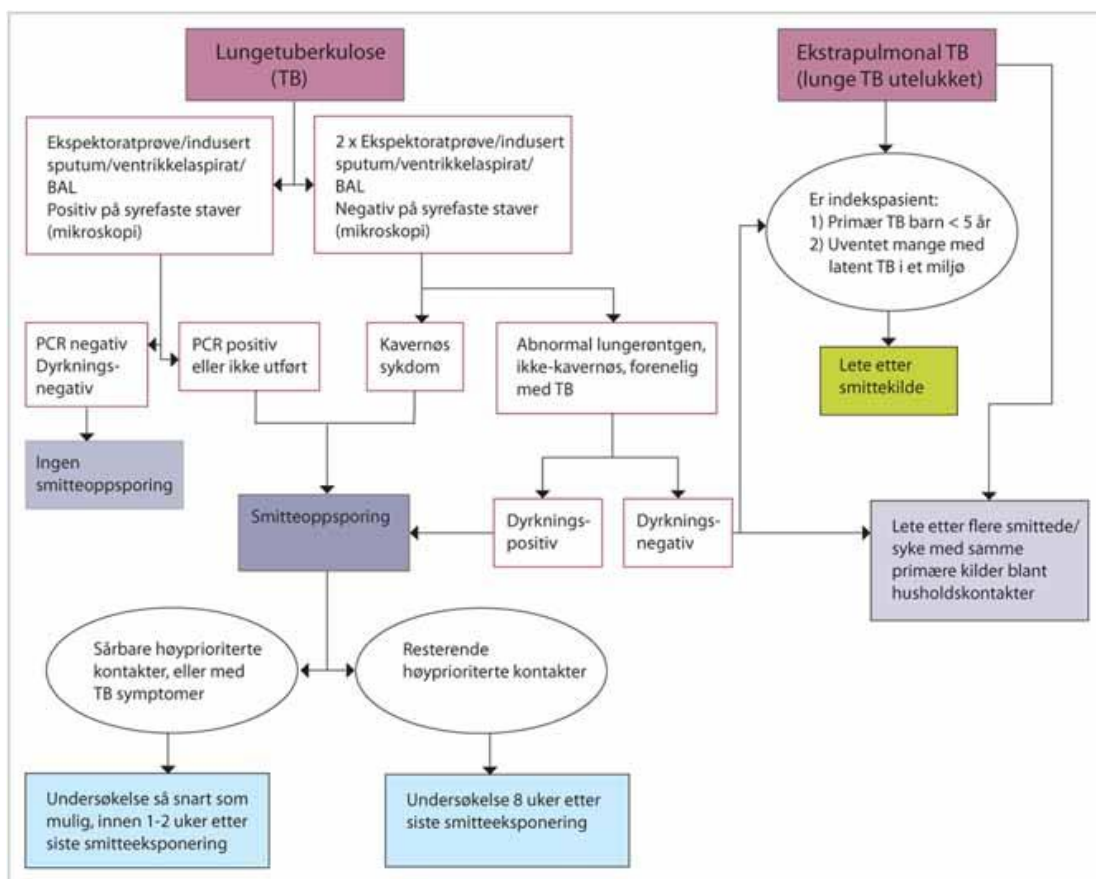
Plikt til å delta i smitteoppsporing har:

- Behandlende lege
- Index pasient
- Smittekontakter

Jmf Smittevernloven §§3-6,5-1 jmf forskrift om tuberkulosekontroll §3-1 pkt. 3

[Rapport om resultat av smitteoppsporing ved tuberkulose](#)

Vurdering i smitteoppsporing



Tabell: Smittsomhet etter organ, dyrkning og mikroskopifunn

Diagnose	Direkte mikroskopi av ekspektorat (ev. indusert sputum)	Dyrkning	Smittsomhet	Smitteoppsporing
Lungetuberkulose	Positiv	Positiv	Høy	Viktig
	Negativ	Positiv	Middels	Mer begrenset
	Ukjent	Positiv	Kan være høy	Kan være viktig
	Negativ	Negativ	Lav	Bare de aller nærmeste
Tuberkulose utenfor lungene			Ubetydelig/ingen	Bare de aller nærmeste
Non tuberkulose mykobakterie-infeksjon (Atypiske)			Ingen	Ingen

SMITTERVERNPLAN

mykobakterie- infeksjon)				
-----------------------------	--	--	--	--

Ringprinsippet

1. Innerste ring	<ul style="list-style-type: none"> • Husholdningskontakter med daglig/tett kontakt. • Bor, sover, spiser sammen. Tett/hyppig kontakt over tid; familie. • Nære ikke-husholdningskontakter; personer som har oppholdt seg tett sammen med pasienten over tid (eks kolleger som sitter i samme rom, nære omgangsvenner, kjæreste, uvaksinerte barn, sårbare personer)
2. Midterste ring	<ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldige kontakter; kolleger, flyreiser, husløse (overnatting natthjem og lignende)
3. Ytre ring	<ul style="list-style-type: none"> • Perifere kontakter (sporadisk kontakt)

Prioritering av kontakter og hvem som skal testes først:

Prioriterte kontakter	<ul style="list-style-type: none"> • Sårbare kontakter i innerste ring (små barn og personer med svekket immunforsvar) • Andre kontakter i innerste ring • Sårbare tilfeldige kontakter i midterste ring
-----------------------	---

Gjennomføring av smitteoppsporingen

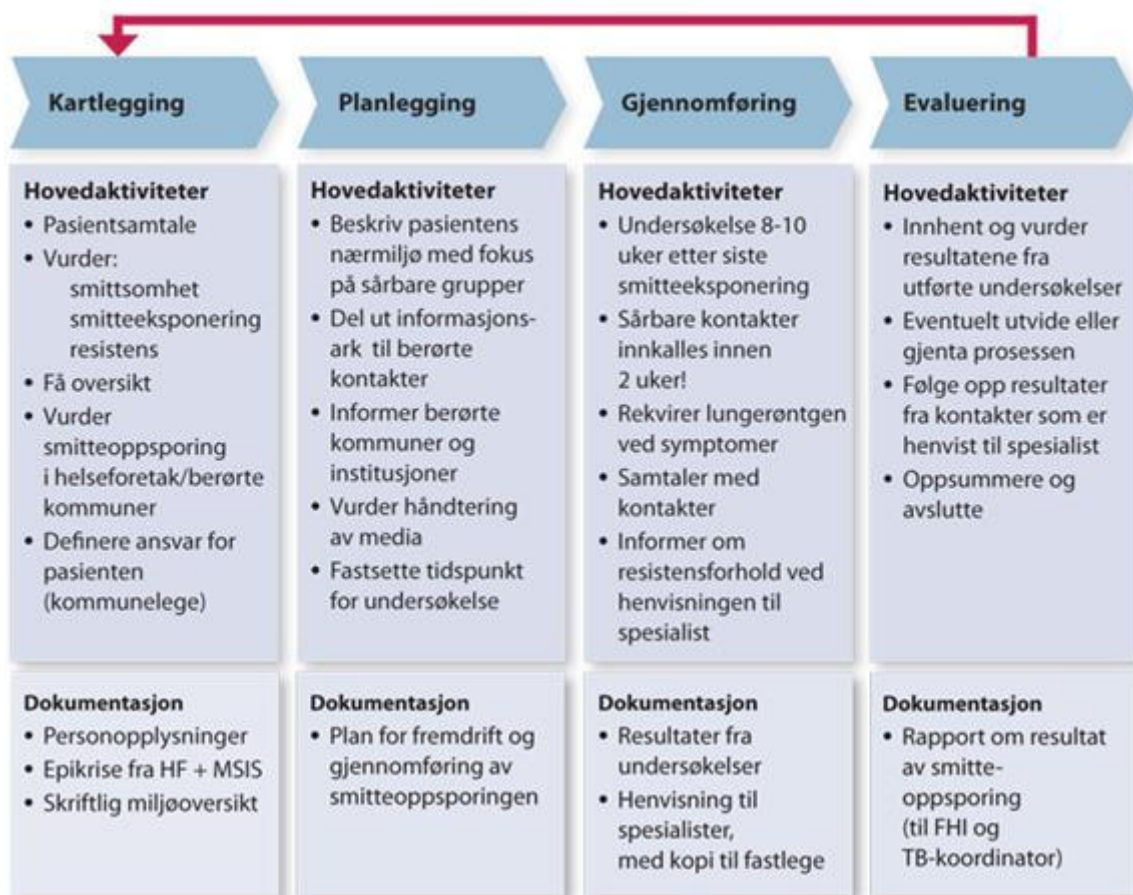
Kommunehelsetjenesten må avtale samtale med:

- Indekspasienten
- Familie
- Andre nærkontakter.

Hvis en mulig smittsom person motsetter seg tuberkuloseundersøkelse, er det under visse strenge vilkår adgang til å gjennomføre tvungen legeundersøkelse. Det er kommunelegen som må gjøre en slik vurdering og eventuelt sette i verk tiltak.

(jmf Smittevernloven § 5-2 og tuberkuloseveilederen)

Smitteoppsporingsprosessen



I blant er pasienter tilbakeholdne med å oppgi navn på nærkontakter. Dette kan blant annet skyldes frykt for stigma eller at kontaktpersoner ikke har lovlig opphold i landet. Dette er utfordringer som krever et godt tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient.

Leting etter smittekilde

Dersom det er mistanke om at en pasient nylig er smittet med tuberkulose, er det viktig å lete etter smitekilden. Dette er særlig aktuelt i følgende situasjoner:

- tuberkuløs sykdom hos barn
- tuberkuløs sykdom hos voksne uten tidligere kjent smitte

Smittekilden vil være en person med aktiv lungetuberkulose. Oftest vil en slik pasient ha symptomer og i tillegg til anamnese er lungerøntgen den viktigste undersøkelsen

Tiltak som sikrer at personer med aktiv tuberkulose kommer under kyndig behandling og oppfølging

Tuberkulosediagnosen stilles av lege ved Sykehuset Østfold (eller annet sykehus). Tuberkulosekoordinator koordinerer med kommunen videre tiltak. SPESIELLE FORHOLD

SMITTERVERNPLAN

Smitteoppsporing i skole og barnehage

Omfanget av smitteoppsporingen i skole og barnehage er avhengig av om pasienten er en voksen ansatt eller et barn.

Innhent informasjon om hvor smittsom vedkommende pasient er, og definer tidsrommet pasienten har vært smittsom. Barn med tuberkulose er sjelden smittsomme. I de tilfeller hvor pasienten er et barn, er det viktigste ved smitteoppsporingen å finne en voksen smittekilde.

Smitteoppsporing i helseinstitusjon (sykehus, sykehjem)

Ofte vil det dreie seg om en pasient eller beboer som blir oppdaget med lungetuberkulose, men man kan også finne ansatte (helsepersonell, vaskehjelp etc.) med smittsom lungetuberkulose.

Flytskjema

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/tuberkulose/flytskjema_tuberkulose_smitteoppsporing_uten_lenker.pdf

Barn 0 - 5 måneder



Personlig konsultasjon med helsepersonell, se [sjekkliste](#).

Barn 6 måneder - 5 år eller kontakter med kjent alvorlig immunsvkkelse



SMITTERVERNPLAN

Øvrige kontakter



"**Særlig smitteeksponerte**": Nærkontakter (husstandsmedlemmer eller tilsvarende) av pasienter som er positive på direkte mikroskopi av luftveismateriale.

"**Andre smitteeksponerte**": Kontakter som har vært eksponert over 8 timer for pasienter med mikroskopi positiv lungetuberkulose eller over 40 timer for pasienter som er mikroskopi negative.

I = IGRA (QFT eller T-spot) **R** = Rtg thorax

• Generelt om undersøkelsen:

- Ved symptomer forenelig med smittsom lungetuberkulose - henvis som øyeblikkelig hjelp.
- Mantoux etterfulgt av IGRA ved positivt resultat, er likestilt med kun IGRA i alle aldersgrupper.
- Positivt røntgen skal etterfølges av en [sputumundersøkelse](#).
- Røntgen kan tas av [gravide](#).
- Tuberkuloseundersøkelse og eventuelle reiseutgifter skal være uten egenandel for den som har plikt til undersøkelse.
- Ingen restriksjoner i aktivitet i påvente av svar på rutinemessig undersøkelse.

• Tolkning av IGRA-resultater:

- For å konkludere med at IGRA er negativ, må den tas minst 8-10 uker etter siste smitteeksponering.

SMITTERVERNPLAN

- Positiv (inkludert svakt positiv): Henvis.
- Gråsone: Ny prøve 3-6 uker. Hvis fortsatt gråsone: Henvis.
- Inkonklusiv: Ny prøve. Ved kjent immunsvekkelse, [rekvirer T-spot TB](#) fra Folkehelseinstituttet. Hvis fortsatt inkonklusiv: Henvis.
- Negativt resultat: Avslutt. NB! Immunsvekkede personer og små barn kan ha falsk negativ IGRA. Ha lav terskel for å henvis.

5. PLAN FOR MASSEVAKSINERING MOT PANDEMISK INFLUENZA

Planveileder for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i kommuner og helseforetak 2016 – FHI

Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa

<https://www.fhi.no/publ/2016/planveileder-for-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa-i-kommuner-og-hel/>

5.1. KOMMUNENS PLIKTER OG OPPGAVER

- Besørge massevaksinasjon i en pandemisituasjon
- Sørge for nødvendige ressurser, - herunder tilstrekkelig og kompetent personell.
- Massevaksinasjonsplan skal samordnes med øvrige kommunale beredskapsplaner

5.2. KOMMUNAL LEDELSE, ANSVAR OG FORANKRING:

- Administrativt ansvar: for organisering og tilrettelegging: kommunens beredskapsansvarlig
- Faglig ansvar: kommuneoverlege med smittevernansvar
- Kommunen må definere bruk av beredskapsråd og kriseteam ved en pandemi.

Pandemiplanen skal sikre befolkningen nødvendige tjenester og helsetilbud under en pandemi.

Kommunen skal under en pandemi sørge for:

- Forebygging – vaksinerings; hindre smittespredning og redusere sykdom og eventuell død
- Diagnostisere, behandle og pleie syke
- Opprettholde nødvendige samfunnstjenester
- Informere balansert og korrekt

Kommunen er ansvarlig for vaksinerings av befolkningen. Kommunen må sørge for at vaksineringsen organiseres på en slik måte at vaksiner blir gitt i henhold til anbefalt prioritering

5.3. DEFINISJON; PANDEMISK INFLUENZA

Pandemi: er en verdensomfattende infeksjonssykdom/epidemi som i et tidsrom rammer mennesker eller dyr.

WHO erklærer pandemi når:

- Viruset/antigen er betydelig endret
- Viruset gir sykdom hos mennesker
- Viruset spres effektivt mellom mennesker
- Viruset forekommer og forårsaker sykdom i flere verdensdeler

Influsavirus som forårsaker sesonginfluensa er særlig av type A og B. Disse endrer seg litt hvert år og ved større endringer vil færre ha beskyttelse av tidligere gjennomgått sykdom eller tilgjengelig vaksine. Hvis influensa A viruset endres radikalt fra det ene året til det andre vil store befolkningsgrupper over hele verden bli syke. Både WHO og nasjonale helsemyndigheter følger utviklingen av influensasykdom.

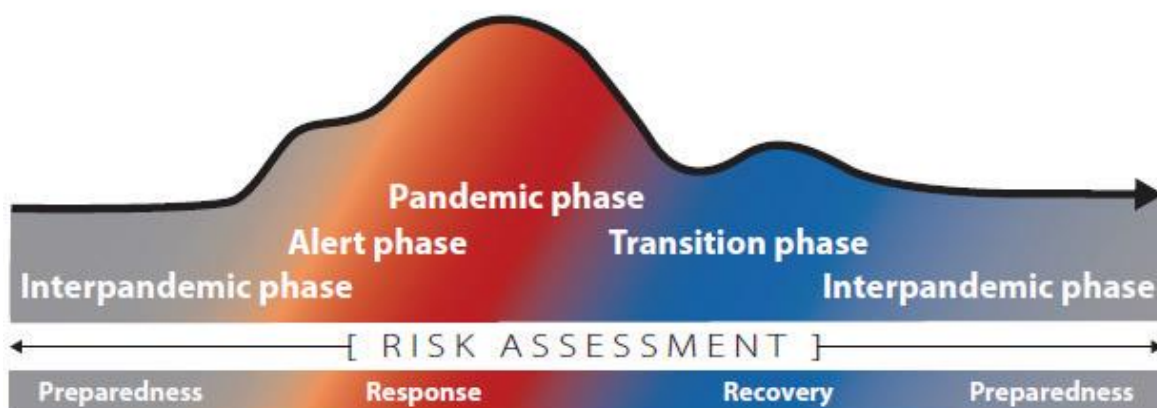
En pandemi regnes med at kan oppstå ca. hvert 40 år – mot sesonginfluensa som kommer hvert år.

Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å erklære at pandemi har spredt seg til Norge og avgjøre om massevaksinasjon skal igangsettes.

En pandemi vil kreve stor aktivitet i helsetjenesten og involvere mange.

En pandemi kan ramme andre deler av befolkningen enn de som vanligvis blir syke i en sesonginfluensa. Vaksineanbefaling må sees i denne sammenhengen. En pandemi er uforutsigbar mht. alvorlighetsgrad og hvem som rammes.

En pandemi utvikler seg over noe tid, slik at praktisk gjennomføring kan detaljplanlegges på grunnlag av eksisterende kommunalt planverk.



Faseinndeling i WHO's «Pandemic Influenza Risk Management. WHO Interim Guidance», 2013.

SMITTERVERNPLAN

- Interpandemisk – perioden mellom influensapandemier
- Høynet beredskapsfase (alert) – når det er påvist ny subtype
- Pandemisk fase – når vi ser global spredning (til flere WHO regioner)
- Overgangsfase – gjenoppbygging, det kan komme nye pandemibølger

Kilde FHI

Interpandemisk fase lages planverk og overordnet strategi

- Plan for mottak og oppbevaring av vaksine – kontaktperson
- Plan for mottak og oppbevaring av materiell – sprøyter, spisser
- Prioriteringsliste for vaksine – skaffe oversikter – hvor mange i hver gruppe.
- Hvordan gjennomføre massevaksinasjon generelt – organisering, hvor, hvem osv.
- Hvilket hjelpepersonell ønsker man å bruke
- Bruk av Tamiflu – tilgjengelighet, hvem skal ha og når
- Gjennomføre øvelse – organisert via beredskapsrådet
- Ved varslet sykdom hos dyr/fugler – nær kontakt med mattilsynet.

Høynet beredskapsfase (pandemi varslet)

- Gjennomgå strategier i henhold til plan
- Kommunikasjon – informasjon til befolkningen
- Om mulig beregne tilgang på vaksiner/mottak og oppbevaring
- Klargjøre hvordan registrere syke
- Hvordan registrere gitte vaksiner
- Oppæring av hjelpepersonell
- Forberede mulig innleggelse av syke på sykehus og KAD
- Vurdere muligheten for økt antall dødsfall
- Gi tydelig ansvar til informasjons ansvarlig
- Informasjon om generelle forebyggende tiltak
- Bruk av smittevernutstyr for helsepersonell i kontakt med influensa syke.

Pandemifase

- Detaljplanlegge vaksinasjon ut i fra tilgjengelig vaksine
- Mottak av syke
- Mottak av befolkning til massevaksinasjon
- God og riktig informasjon

Overgangsfase

- Evaluering av massevaksinasjon
- Gjennomgang av planverket

5.4. STRATEGIER FOR VAKSINASJON

- Staten ved Folkehelseinstituttet er ansvarlig for å bestille og distribuere vaksiner. Vanligvis beregnes det to doser til hver.
- Helsedirektoratet sørger for utsendelse av sprøyter og spisser.

Tydelig prioritering av hvem som skal vaksineres og i hvilken rekkefølge. Prioriteringslisten bør være allment kjent for å unngå misforståelser.

Vaksinasjon med vaksine tilpasset pandemivirus vil:

- Redusere sykkelighet og død under en pandemi
- Vaksinerer mange gir flokk beskyttelse

SMITTERVERNPLAN

- Før det er tilgjengelig vaksine – generelle smitteverntiltak.
- Vaksinetilgang vil i stor grad avgjøre den endelige organiseringen av vaksinasjonen.

Gjennomføring av vaksinasjon

- Vaksinasjon ved pandemi bør i stor grad organiseres som ved sesonginfluensa vaksine
- Vaksinasjon mot sesonginfluensa vil sannsynligvis ikke gi beskyttelse mot pandemiinfluensa
- Prioriterte grupper vaksineres først
- Personer som har gjennomgått influensasykdom under pandemien prioriteres ikke
- Vaksinens beskyttelse inntreer gradvis i løpet av 1-3 uker.
- Vaksinen vil ikke være godkjent for bare under 6 mnd.

Rekkefølge ved prioritert vaksinasjon

Prioritet	Målgruppe	Hvem/ansvarlig for vaksinerings
1	Smitteeksponert personell i helsetjenesten <ul style="list-style-type: none"> • Legevakt • Legekontorer • Helsehus • Ansatte sykehus • Ambulansepersonell 	Oversikt innhentes ved pandemivarsel Arbeidsgiver er ansvarlig for at vaksinerings blir iverksatt
2	Personer med økt risiko for komplikasjoner	Oversikt hos fastlegene – Hvem får sesonginfluensa vaksine. Kommunens skaffer vaksine. Vaksinasjon videreføres hos fastlege
3	Barn i alder 6-24 mnd.	Helsestasjon
4	Gravide	Fastleger/Helsestasjon
5	Personell i kritiske samfunnsfunksjoner (nøkkelpersonell) etter en nærmere vurdering av situasjonen. <ul style="list-style-type: none"> • Forsyning av mat og medisiner • Ivaretagelse av behov for husly og varme • Forsyning av energi • Forsyning av drivstoff • Forsyning av vann og avløpshåndtering • Fremkommelighet av personer og gods • Oppfølging av særlig sårbare grupper • Nødvendige helse- og omsorgstjenester • Nød- og redningstjeneste • Kommunens kriseledelse og krisehåndtering 	Kriseledelse/beredskapsråd gjør prioritering i denne gruppen ut i fra situasjonen. Via arbeidsgiver/organisering i kommunen. -Helsesøstre -Aptek -E-verk -Teknisk personale vann og avløp -Brann – og redning

SMITTERVERNPLAN

		-Beredskapsråd /kriseledelse
6	Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt <ul style="list-style-type: none"> • Sykehjem • Hjemmebaserte tjenester – hjemmesykepleie og hjemmehjelp 	Via arbeidsgiver
7	Frivillige pleiere innen pleie- og omsorgstjenesten og andre med pasientkontakt	
8	Barn i barnehage og barnehagepersonell	Via arbeidsgiver
9	Barn i grunnskolen og personalet i skole og SFO	Via arbeidsgiver
10	Sjåførere og andre med kundekontakt i kollektivtransport	
11	Personell i servicenæring med stor publikumskontakt	
12	Alle andre	

5.5. MULIGE SCENARIER FOR VAKSINASJON

Gjennomføring av massevaksinasjon er direkte avhengig av hvordan og hvor fort kommunen mottar vaksiner fra Folkehelseinstituttet.

A. Kommunen mottar begrenset mengde vaksiner fordelt over en lengre periode

Arrangere vaksinasjon i henhold til prioriteringslisten, mengde vaksiner avgjør hvor langt man kommer på prioriteringslisten.

Erfaring fra 2009 viste at det var vanskelig å detaljplanlegge, fordi tilgangen på vaksiner var veldig ustabil.

B. Kommunen mottar alle vaksiner på en gang

Prioriteringslisten følges – og vaksinasjon kan gjennomføres i løpet av definert tid.

Kommunen vil ut i fra kapasitet på hjelpepersonell til vaksinerings kunne sette opp en nesten nøyaktig tidsplan.

6. INNVANDRERE OG SMITTEVERN

6.1. UNDERSØKELSE (SCREENING) AV INNVANDRERE:

Alle innvandrere som oppsøker helsevesenet på eget initiativ, eller ved planlagt helseundersøkelse som ledd i bosetting i Norge, bør de tilbys helseundersøkelser.

En konkret risikovurdering omfatter den enkeltes hjemlands epidemiologiske infeksjonsstatus og dette må ligge til grunn for hvilke undersøkelser som skal tilbys. Det tas også i betraktning– og under hvilke forhold - vedkommende har oppholdt seg underveis til Norge, og hvor lang tid som har gått siden han/hun kom til Norge.

a. TUBERKULOSE

<https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/>

Tuberkulosescreening som er lovpålagt ved opphold i Norge når oppholdet skal vare lenger enn 3 mnd. Folkehelsa oppgraderte liste over høyrisikoland følges.

<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/land-med-hoy-forekomst-av-tuberkulo/>

Retningslinjer i smittevernplanens kapittel 4 – tuberkulose følges.

b. HEPATITT B

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-b---veileder-for-helsepers/>

En konkret risikovurdering omfatter den enkeltes hjemlands epidemiologiske infeksjonsstatus og dette må ligge til grunn for hvilke undersøkelser som skal tilbys. Det tas også i betraktning– og under hvilke forhold - vedkommende har oppholdt seg underveis til Norge, Det bør tilbys screening på følgende hepatitt B-markører: HBs Ag, anti-HBs og anti-HBc.. Akutt hepatitt B forekommer sjelden hos innvandrere. Funn av hepatittmarkører bør føre til utredning av leverfunksjon og videre avtale om oppfølging i tillegg til vaksinasjon av ikke immune seksualpartnere og andre familiemedlemmer.

c. HEPATITT C

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hepatitt-c---veileder-for-helsepers/>

Forekomsten av hepatitt C varierer i ulike deler av verden og er ofte knyttet til nosokomiale og iatrogene risikosituasjoner. Innvandrere som kommer fra høy risiko områdene bør tilbys undersøkelse for hepatitt C, med påfølgende utredning av tilstanden ved funn av antistoffer.

d. SYFILIS OG ANDRE TREPONEMATOSER

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/13.-innvandrere-og-smittevern-inklu/#epidemiologisk-situasjon-blant-innvandrere>

Syfilis og ikke-veneriske treponematoser er det ikke mulig å skille serologisk, og behandlingen er den samme. Det anbefales å undersøke barn og unge som har levd under dårlige hygieniske forhold i utsatte områder med serologisk syfilisdiagnostikk. Risikofaktorer avgjør om undersøkelse skal igangsettes

SMITTERVERNPLAN

e. HIV INFEKSJON

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/hivinfeksjonaidstids---veileder-for-hel/>

Hiv infeksjon forekommer hyppigere – særlig blant personer fra Afrika og Sørøst-Asia – enn i den norske befolkningen. En HIV bør tilbys alle som i risikogruppen. Tidlig diagnose er viktig for videre prognose og smitterisiko.

f. PARASITTER OG TARMPTOGENER

<https://www.fhi.no/nyheter/2017/oppdaterte-rad-om-testing-av-asylsokere-og-andre-nyankomne-innvandrere/>

Rutineundersøkelse av avføring hos innvandrere som ikke har symptomer på tarminfeksjon anbefales normalt ikke.

Barn som skal begynne i barnehage eller som skal begynne i lave trinn i barneskolen kort tid (ca. 3 mnd.) etter avreise fra tidligere hjemland, bør likevel undersøkes for parasitter og tarmpatogene.

g. MRSA

<https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>

Rutineundersøkelse for meticillinresistente gule stafylokokker (MRSA) hos innvandrere anbefales ikke. Indikasjonene for når evt. innvandrere bør undersøkes for MRSA er de samme som for resten av befolkningen. Se eller kapittel 3.

6.2. VAKSINER

<https://www.fhi.no/sv/asylsokeres-helse/vaksinasjon-av-asylsokere/>

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/>

Barn bør fullføre basisvaksinasjon etter norsk program, evt. supplert med hepatitt B-vaksine og BCG-vaksine. Vurdering av vaksinasjonsstatus hos barn som kommer til Norge blir både en vurdering av skriftlig og muntlig informasjon FHI anbefaler konsultasjoner for å kartlegge dette (f.eks. har du tatt med barnet for å få vaksine flere ganger, har barnet fått sprøyte i lår/arm eller dråper i munnen?) Det gis ikke automatisk full grunnvaksinasjon selv om skriftlig dokumentasjon mangler.

Voksne som med sannsynlighet mangler en eller flere vaksiner i basisprogrammet kan tilbys full vaksinerings mot tetanus, difteri, polio, kikhoste samt MMR- vaksine.

6.3. INNVANDRERE OG REISE TIL TIDLIGERE HJEMLAND

Vaksinering før utlandsturer bør vurderes også for gruppen som reiser tilbake til tidligere hjemland.

Innvandrere som reiser på besøk til venner og slektninger i tidligere hjemland, er – sammenlignet med reisende av norsk bakgrunn – mer utsatt for å bli smittet med enkelte

SMITTERVERNPLAN

smittsomme sykdommer. Dette gjelder spesielt malaria, hepatitt A, tyfoid- og paratyfoidfeber og shigellose.

- Små barn bør ikke reise til tropiske og subtropiske områder før første dose av difteri, tetanus, kikhoste, haemophilus influenzae-injeksjon og poliomyelitts (DTP-IPV-Hib-vaksine) er gitt. Ved særlig behov kan denne vaksineringsen framskyndes fra 3 måneder til 6 ukers alder.
- Alle barn født av innvandrere fra land utenfor lavendemisk område bør derfor tilbys vaksinere mot hepatitt B-vaksine uavhengig av utenlandsreise (se ovenfor). (Voksne innvandrere vil oftest være immune mot hepatitt A, ofte også mot hepatitt B, men ikke barna).
- Det anbefales å gi hepatitt A vaksinasjon til innvandrerbarn som skal på besøk i foreldres hjemland. Tyfoidvaksine bør vurderes for voksne og barn over 2 år. (kostnader som andre utenlandsvaksiner).

6.4. SPESIELLE KLINISKE SITUASJONER

Gravide

Undersøkelse for hepatitt B, også hos innvandrere som kom til Norge for lang tid siden, for eksempel som adoptivbarn.

Feber

Ved feber i løpet av de første ukene etter ankomst til Norge bør den vanlige utredningen inkludere vurdering av malaria, og ulike typer dysenteri.

Utredning av generelle sykdomstegn

- Tuberkulose: Ved utredning av sykdomstegn uten erkjent årsak hos innvandrere, kan det være viktig å utelukke tuberkulose, også mange år etter bosetting i Norge. Tidligere negativ screening utelukker ikke tuberkuløs sykdom.
- Anemi/ jernmangel bør føre til ny undersøkelse med henblikk på hepatittmarkører, og evt. til undersøkelse av tarmparasitter i avføring. Hos barn kan enkelte tarmparasitter føre til dårlig trivsel og dårlig tilvekst.

Nyankomne innvandrere og skole/ barnehage.

Innvandrerbarn som skal begynne i barnehage eller skole i løpet av den første tiden etter bosetting (ca. 3 mnd.) bør testes for:

- Hepatitt B
- Patogene tarmbakterier.

Det er ikke nødvendig å avvente prøvesvar hos barn uten symptomer.

7. OPPFØLGING OG KONTROLL AV PERSONER MED TARMINFEKSJONER

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/19.-kontroll-og-oppfolging-av-pasie/>

Enkelte pasienter med tarminfeksjoner kan pga arbeidssituasjon eller oppholdssted utgjøre en økt risiko for videre smittespredning. Personer som kan representere en risiko for videre spredning kan hensiktsmessig plasseres i fire smittefaregrupper (tab 1).

Tabell 1. Smittefaregrupper ved oppfølging av tarminfeksjoner

<u>Gruppe 1:</u> Personer i næringsmiddelvirksomhet (inkl. serveringssteder, herunder matservering i barnehager) som kommer i direkte eller indirekte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming
<u>Gruppe 2:</u> Helsepersonell som har direkte kontakt (inkl. servering av mat) med pasienter som er særlig utsatt for infeksjonssykdommer eller for hvem infeksjoner vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser f.eks. premature barn, pasienter ved intensivavdeling o.l.
<u>Gruppe 3:</u> Barn i førskolealder som er i institusjoner (inkl. barnehager).
<u>Gruppe 4:</u> Personer som av ulike grunner vil ha problemer med å kunne ivareta en tilfredsstillende personlig hygiene.

Rådene om oppfølging av pasienter som har fått påvist enteropatogene agens differensieres i henhold til:

- sykdommens alvorlighetsgrad
- hvor lett spredning av smittestoffet kan finne sted
- om utskilleren av den aktuelle tarmpatogene mikroben tilhører en smittefaregruppe eller ikke.

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/19.-kontroll-og-oppfolging-av-pasie/>

- RÅD OM EKSKLUSJONSPERIODE FOR PERSONER I SMITTEFAREGRUPPER

Agens	Tilhørende en smittefaregruppe	Andre
S. Typhi S. Paratyphi	Gruppe 1-4: Inntil smittefrihet *	Etter risikovurdering

SMITTERVERNPLAN

<i>S. dysenteriae</i> 1 Hus-assisert EHEC		
<i>Shigella</i> spp. (andre enn <i>S. dysenteriae</i> 1) EIEC	Guppe. 1-4: Inntil smittefrihet *	Inntil symptomfrihet
<i>Salmonella</i> serotyper (andre enn tyfoid- og paratyfoid-gruppen) <i>Vibrio cholerae</i> <i>Campylobacter</i> spp <i>Yersinia enterocolitica</i>	Gruppe 1-2: Inntil smittefrihet * Gruppe 3- 4: 48 timer etter symptomfrihet	Inntil symptomfrihet
Virale agens	Gruppe 1-4: 48 timer etter symptomfrihet	Inntil symptomfrihet
Tarmparasitter (f. eks. <i>Cryptosporidium</i> , <i>E. histolytica</i> , <i>Giardia duodenalis/lambliia</i>)	Gruppe 1-4: 48 timer etter symptomfrihet	Inntil symptomfrihet
Lavvirulente EHEC EPEC/ETEC <i>Vibrio</i> spp.(andre enn <i>V.cholerae</i>), <i>Aeromonas</i> spp. <i>Plesiomonas</i> spp.	Gruppe 1-4: 48 timer etter symptomfrihet	Inntil symptomfrihet

* smittefrihet betyr at det foreligger tilstrekkelig antall negative kontrollprøver (se tabell 3)

Restriksjoner vil vanligvis innebære at vedkommende ekskluderes fra situasjoner med økt risiko for smittespredning.

SMITTERVERNPLAN

For videre informasjon:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/norovirusenteritt---veileder-for-he/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/tyfoidfieber---veileder-for-helseper/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/paratyfoidfieber---veileder-for-hels/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/campylobacteriose---veileder-for-he/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/e.-coli-enteritt-inkludert-ehec-inf/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/shigellose---veileder-for-helsepers/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/vibrionaceaeinfeksjoner-diverse-art/>

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/yersiniose---veileder-for-helsepers/>

Når det er påvist et tarmpatogent agens, er det ikke nødvendig med kontrollprøver så lenge pasienten fortsatt har diaré. Pasienten må i denne perioden anses som smittefarlig. Etter overstått sykdom kan vedkommende imidlertid i en periode fortsatt være bærer av smittestoffet og følgelig fremdeles være smittefarlig. Lengden av denne bærerperioden kan variere avhengig av så vel pasient som agens. Første kontrollprøve anbefales tatt tidligst 48 timer etter symptomfrihet, eventuelt etter avsluttet antibiotikabehandling.

For kontrollprøver og intervaller henvises til informasjon fra FHI – se lenker over

8. SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER

8.1. SMITTEOPPSPORING VED SEKSUELT OVERFØRBARE SYKDOMMER:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/16.-smitteoppsporing-ved-seksuelt-o/>

Formålet med smitteoppsporing er:

- gi behandling til personer som er ukjent med at han/hun kan ha en seksuelt overførbart sykdom
- bidra til å bryte smittekjeder og dermed redusere videre smittespredning
- forhindre reinfeksjon hos indekspasienten
- forhindre komplikasjoner av infeksjonen hos kontakter med asymptomatisk infeksjon

SMITTERVERNPLAN

Lovgrunnlag: Smittevernloven (1995):

- (§ 5-1) har klare bestemmelser om en pasients plikt til å delta i smitteoppsporing
- (§ 3-6) legens plikt til å foreta smitteoppsporing

Dette omfatter kun de seksuelt overførbare sykdommer som i forskrift er definert som en allmenfarlig smittsom sykdom.

- hivinfeksjon
- gonoreé
- syfilis
- genital chlamydiainfeksjon
- hepatitt A
- hepatitt B
- hepatitt C

Plikten til smitteoppsporing gjelder ikke for andre seksuelt overførbare tilstander som ikke er definert allmenfarlige sykdommer. Det kan i spesielle tilfeller kan være aktuelt med smitteoppsporing også for disse sykdommene.

- Alle smittekontakter har rett til gratis undersøkelse og behandling dersom det mistenkes en allmenfarlig smittsom sykdom.
- Plikter til alle aktører i en smitteoppsporing (behandlende lege, kommuneoverlege, indekspasient og kontakter) er beskrevet i smittevernloven.

8.2. PLIKT TIL Å MEDVIRKE VED SMITTEOPPSPORING

- **Behandler (diagnostiserende) lege:** Etter smittevernlovens bestemmelser er det legen som behandler en pasient med mistenkt eller påvist seksuell overførbart infeksjon (som er en allmenfarlig smittsom sykdom) som har plikt til å drive smitteoppsporing.
- **Kommuneoverlegen/Smittevernlegen:** Må tilse at smitteoppsporing finner sted, gjerne i samarbeid med behandlende lege og/eller helsesøster. Kommuneoverlegen må også vurdere om informasjon om smittsom sykdom skal gis til pasientens hjemkommune.
- **Indekspasienten:** En person som har fått påvist en seksuelt overførbart sykdom som er definert som en allmenfarlig smittsom sykdom plikter å gi nødvendige opplysninger om hvem smitten kan være overført fra og hvem han/hun kan ha overført smitten til.
- **Kontakten:** En person som er oppgitt som kontakt til en indekspasient som har fått påvist en seksuelt overførbart sykdom som er definert som en allmenfarlig smittsom sykdom, har plikt til å søke lege og la seg undersøke.

8.3. FRAMGANGSMÅTE VED SMITTEOPPSPORING

Hvem skal kontaktes? Den vanligste kontakten vil som oftest være indekspasientens partner, og ved mistanke andre partnere.

Praktisk gjennomføring

SMITTERVERNPLAN

Praktisk kan smitteoppsporing gjøres på følgende måter:

A. Helsearbeiderformidlet oppsporing

Indekspasientens lege (eller kommuneoverlegen) kontakter de personene som indekspasienten har oppgitt som kontakter.

- ved brev (nøytral konvolutt) eller e-post
- ved telefon eller SMS
- personlig oppmøte hos kontakten
- ved kontakt på andre måter for eksempel chattersider på internett (spesielt aktuelt i forbindelse med større utbrudd)

B. Pasientformidlet oppsporing

Med pasientformidlet oppsporing menes at indekspasienten selv tar kontakt med personer han/hun har hatt seksuell kontakt med.

- at han/hun kan være smittet med den aktuelle seksuelt overførbare sykdommen
- at han/hun må betrakte seg som smittet med sykdommen til en undersøkelse evt. kan avkrefte dette. I mellomtiden kan han/hun smitte andre med sykdommen.
- at han/hun må ta forholdsregler (opplysning til evt. partnere om evt. smitemulighet, kondombruk) for ikke å bringe smitte videre
- at han/hun har plikt til å søke lege og la seg undersøke for å få klarlagt om man er smitteførende eller ikke. I følge smittevernloven er det ikke belagt med noen rettslig sanksjon hvis kontakten ikke følger opp denne plikten.
- informasjon om den aktuelle sykdommen
- et konkret tilbud om undersøkelse og evt. behandling
- et kontakttelfonnummer dersom han/hun har behov for noen å snakke med
- at han/hun må gi beskjed dersom han/hun allerede er testet for sykdommen hos annen lege

Informasjonen til kontakter må ikke inneholde opplysninger som kan identifisere indekspasienten.

Oppfølging dersom kontakten ikke tar kontakt – all kontakt skjer frivillig

Smitteoppsporing bør skje i hjemkommunen, eller i det landet vedkommende bor.

9. SMITTEVERN VED SJELDNE SYKDOMMER

For alle sjeldne sykdommer, også de som ikke er nevnt her; henvises til Folkehelsas oversikt over smittsomme sykdommer.

- Smitteoppsporing og sanering – se smittevernplan kapitel 1.6

Alle utbrudd av enkelttilfeller av sykdommer i barnevaksinasjonsprogrammet er meldepliktig

EVD- EBOLA VIRAL DISEASE- VIRAL HEMORAGISK FEBER

<https://www.fhi.no/nettpub/ebolaveilederen/>

SMITTEVERNPLAN

VIRALE ENCEFALITTER

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/japansk-encefalitt-og-andre-myggoeve/>

PRIONSYKDOMMER

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/creutzfeldt-jakobs-sykdom---veilede/>

RABIES

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/rabies---veileder-for-helsepersonel/>

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/rabiesvaksinasjon-hundegalskap-og-r/>

SARS OG MERS

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/sars-og-mers-alvorlige-coronavirusi/>

<https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/mers/>

BIOTERRORISME

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/24.-smittevernberedskap---veileder-/> .

a. Botulisme

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/botulisme---veileder-for-helseperso/>

b. Miltbrann (anthrax)

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/miltbrann-anthrax---veileder-for-he/>

c. Pest

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/pest---veileder-for-helsepersonell/>

d. Q-feber

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/q-feber---veileder-for-helsepersone/>

SMITTERVERNPLAN

e. Snive og meliodiose

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/snive-og-melioidose---veileder-for/>

f. Tularemi

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/tularemi---veileder-for-helseperson/>

g. Kopper

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/kopper-og-andre-poxviridae-infeksjo/>

b.Brucellose

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/brucellose---veileder-for-helsepers/>

10. LOKALE FORHOLD

10.1. SMITTERISIKO I REGIONEN

Risiko for import av smittsomme sykdommer:

- Regionen har ingen flyplass eller internasjonal havn, kun relativt store gjennomfartsveier. Europavei – E 18 og tverrgående riksveier. Det er mye internasjonal trafikk, men oppfattes ikke å gi økt smitterisiko.
- Nærhet til riksgrensen oppfattes ikke å gi noen ekstra smitterisiko.

Andre lokale utfordringer

- Regionen har hyttefelt og campingplasser, men det gir ingen betydelig øking i folketallet.

10.2. KOMMUNALE/INTERKOMMUNALE RESSURSER OG SAMARBEIDSIINSTANSER

Kommunale enheter:

- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Helsestasjon for ungdom
- Fastlegekontorer

Interkommunale enheter

- Legevakten – Legevakten/ «Helsehuset» - Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS. Legevakten ivaretar legetjeneste på hverdager mellom kl. 16 og 08, samt helg og høytid.

SMITTERVERNPLAN

- Miljørettet helsevern - Oppgaver innen miljørettet helsevern (Folkehelseloven kapittel 3 er delegert til ved Samfunnsmedisinsk enhet ved Indre Østfold medisinske kompetansesenter IKS – "Helsehuset").

Andre instanser:

- Indre Østfold fengsel – avd. Trøgstad og Eidsberg
- Mysebu (transittmottak mindreårige asylsøkere)
- Asylmottak Hobøl

Samarbeidende instanser utenfor kommunen

-Avdeling for smittevern ved Sykehuset Østfold HF (en av hygienesykepleierne her lønnes av kommunene i Østfold) <http://www.sykehuset-ostfold.no>

-Smittevernlegen ved Sykehuset Østfold HF

-Tuberkulosekoordinator i Helse Øst RHF

-Nasjonalt folkehelseinstitutt <http://fhi.no/tema/smittevern/haandbok/>

-Sosial- og helsedirektoratet <http://www.shdir.no>

-Statens helsetilsyn <http://helsetilsynet.no>

-Politidistrikt Øst

11. VANLIGE VAKSINER

11.1 VAKSINASJONSPROGRAMMET

<https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksinasjon/1.05-barnevaksinasjonsprogrammet/>

Det norske vaksinasjonsprogrammet som alle barn **skal** tilbys, inneholder per 2018 vaksiner mot tolv forskjellige barnevaksinasjonsprogrammet er gratis. Alle vaksiner registreres Sysvak.

Anbefalinger oppdatert 2017

Alder	Vaksinasjon mot
6 uker	Rotavirus sykdom (RVV)
3 måneder	Difteri, tetanus, kikhoste, poliomyelitt og <i>Haemophilus influenzae</i> -type B-infeksjon, (DTP-IPV-Hib) Pneumokokksykdom (PKV) (fra 2006), RVV*
5 måneder	DTP-IPV-Hib og PKV og evt. RVV
12 måneder	DTP-IPV-Hib og PKV
15 måneder	Meslinger, kuma, røde hunder (MMR)
2. klasse (ca. 7 år)	DTP-IPV
6. klasse (ca. 11 år)	MMR
7. klasse (ca. 12 år),	Humant papillomavirus (HPV) (3 doser)
10. klasse (ca. 15 år)	DTP-IPV
Barn med foreldre fra ikke-lavendemiske land	Hepatitt B (3 eller 4 doser)
Barn med foreldre fra høyendemiske land	Tuberkulose (BCG)**

SMITTERVERNPLAN

Fra høsten 2018 tilbys gutter HPV vaksine på lik linje med jenter.

11.2. VAKSINE FOR SESONGINFLUENSA

<https://www.fhi.no/sv/influensa/influensavaksine/influensavaksine-risikogrupper/>

a. Influensavaksine anbefales til risikogruppene

Kommunen har system for bestilling av vaksiner og gjennomføring av vaksinasjon.

For noen kan influensa gi alvorlige komplikasjoner. Personer i risikogruppene bør ta influensavaksine årlig. Helsegevinsten kan være stor om disse vaksinerer seg. Influensa kan blant annet føre til lungebetennelse og forverring av kroniske sykdommer. Personer med hjerte-/karlidelser er i influensasesongen mer utsatt for hjerteinfarkt, hjerneslag og død. Ved alvorlige komplikasjoner av influensa kan sykehusinnleggelse være nødvendig. Noen får varig svekket helse etter alvorlig influensasykdom. Vaksinasjon kan bidra til å beskytte mot slike hendelser.

Influensavaksine anbefales spesielt for:

Gravide etter 12. svangerskapsuke (2. og 3. trimester). Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko skal også få tilbud om vaksinasjon

- Beboere i omsorgsboliger og sykehjem
- Alle fra fylte 65 år
- Barn og voksne med:
 - diabetes type 1 og 2
 - kronisk lungesykdom, hjerte- og karsykdom, leversvikt eller nyresvikt
 - kronisk nevrologisk sykdom eller skade
 - nedsatt immunforsvar
 - svært alvorlig fedme (KMI over 40)
 - annen alvorlig og/eller kronisk sykdom der influensa utgjør en alvorlig helseisiko, etter individuell vurdering av lege

b. Influensavaksine til helsepersonell med pasientkontakt

Arbeidsgiver må ha et program for sesonginfluensavaksine til ansatte. Det må være en plan i hvilken grad dette skal være helt frivillig og opp til den enkelte

1.Vaksinering av arbeidstakere kan ha betydning for utvikling av influensasykdom på en helseinstitusjon – se over hvilke om komplikasjoner for pasienter i risikogruppen.

2.Vaksinering av arbeidstaker for hindre egen sykdom og dermed redusert sykefravær

Alle influensavaksiner skal registreres i Sysvak

11.3. OPPFRISKNINGSVAKSINE

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/voksne-oppfriskningsvaksine/>

SMITTERVERNPLAN

Ikke alle vaksiner vi får som barn, gir beskyttelse livet ut. Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at voksne tar vaksiner mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio omtrent hvert tiende år.

Dette er særlig viktig for de som jobber med barn og ungdom (barnehage, skole, SFO og div fritidsaktiviteter), men også foreldre bør vurdere sin vaksinasjonsstatus. Oppfriskning av disse vaksiner er anbefalt ved utenlandsreiser.

Alle oppfriskningsvaksiner skal registreres i Sysvak.

12. UTENLANDSREISER OG SMITTEVERN

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/reisevaksiner/verden/vaksiner-ved-reise-til-europa/>

<http://www.fitfortravel.nhs.uk/home.aspx>

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/reisevaksiner/>

<https://www.fhi.no/sv/vaksine/reisevaksiner/lenker---vaksiner-og-vaksinasjon/>

<https://www.fhi.no/nettpub/malariaveilederen/>

RISIKO FOR SYKDOM

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/12.-utenlandsreiser-og-smittevern-/>

- Nordmenn reiser mye, også til områder hvor det er større risiko for å pådra seg smittsomme sykdommer enn hjemme.
- **Alvorlige sykdommer forårsaket av smitte i utlandet** De siste årene er det årlig meldt noe over 3000 tilfeller til MSIS av meldingspliktige sykdommer hvor det er antatt at pasientene ble smittet i utlandet etter utreise fra
- **Barn** kan være sårbare for sykdommer, særlig diaré og luftveisinfeksjoner. I ikke-vestlige land er det generelt større risiko for å bli smittet av infeksjonssykdommer. Lege eller helsesøster bør rådspørres.
- <https://www.fhi.no/sv/reiserad/rad/reiserad-for-barn/>
- **Gravide** utsetter seg for en viss risiko ved å reise utenlands, særlig til tropiske strøk og ved reiser under primitive forhold. En gravid utsetter seg for en særlig risiko ved å reise til malariaområder.
<https://www.fhi.no/sv/reiserad/rad/reiserad-til-gravide/>
<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/toksoplasmose---veileder-for-helsep/>
- **Personer med nedsatt immunforsvar** Bør rådføre seg med lege vedrørende risiko for smitte.
- **Innvandrere:** Etter noen år i Norge har innvandrere vanligvis mistet sin beskyttelse mot de smittsomme sykdommene som forekommer i det opprinnelige hjemlandet. Se kap. 6 i smittevernplan

<https://www.fhi.no/sv/reiserad/rad/rad-ved-besok-til-tidligere-hjemlan/>

FOREBYGGING VED RÅDGIVING

Rådgiving før utenlandsreise har tradisjonelt handlet om faren for å pådra seg smittsomme sykdommer. Risikoen for ulykker og skader vanligvis større enn risikoen for å pådra seg en alvorlig smittsom sykdom. Dette temaet bør derfor inngå i reiserådgivingen.

SMITTERVERNPLAN

- **Personlig hygiene** Ved reiser til land med andre infeksjonsepidemiologiske forhold enn i Norge er det spesielt viktig å være nøye med den personlige hygien <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/09.-basale-smittevernrutiner-i-hels/>
- **Reisevaksiner** <https://www.fhi.no/sv/vaksine/reisevaksiner/lenker---vaksiner-og-vaksinasjon/>
- **Mat og drikke**
 - Pass på rent drikkevann
 - Mat (fisk, kjøtt) generelt kokt eller gjennomstekt
 - Unngå uvasket frukt og grønt
 - unngå upasteurisert melk
 - Egg må være varmebehandlet (fast plomme)
 - I områder med dårlige hygieniske forhold er det i tillegg viktig å unngå ukokte grønnsaker, salater, majones, iskrem som ikke er meieripakket og frukt som ikke kan skrelles
- **Turistdiaré** er vanlig ved utenlandsreiser og som regel ufarlig, men fører til økt væskebehov..
- **Myggstikk- og malariaproylakse** Reisende til tropiske- og subtropiske strøk er utsatt for en rekke myggoverførte sykdommer.. Det er derfor viktig å beskytte seg mot myggstikk hele døgnet ved reiser til disse områdene. For enkelte malariaområder (særlig i Afrika) kan det i tillegg til myggstikkbeskyttelse være aktuelt med malariaforebyggende medisin.
- **Sex:** Risikoen for å bli smittet av en kjønnssykdom ved tilfeldig, ubeskyttet sex er høy i store deler av verden. Dette gjelder både hetero- og homofil seksualpraksis.

FOREBYGGING VED VAKSINASJON

Informasjon om forebyggende tiltak ved reise til de ulike reisemål kan fås hos kommunehelsetjenesten eller reiseklinikker. Det gjelder også for vaksiner og nødvendige resepter. Vaksineringen må ofte starte flere uker før avreise.

Vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet må kanskje påfylles – se kap.11.3– i tillegg

- Hepatitt A
- Hepatitt B
- Tyfoidefeber og kolera

Malariaproylakse er tablett

Andre aktuelle vaksiner –avhengig av reisemål

- Gulfeber
- Meningokokksykdom
- Rabies (hundegalskap)
- Skogsflåttencefalitt
- Japansk encefalitt
- Tuberkulose
- Influensa og pneumokokksykdom

RÅDGIVING OM REISEMEDISIN OG IMPORTERTE INFEKSJONSYKDOMMER

SMITTERVERNPLAN

Helsepersonell kan kontakte Folkehelseinstituttet for praktiske råd om vaksinasjon og reisemedisin

Publikum kan henvende seg for rådgivning og reisevaksinasjon hos kommunehelsetjenesten eller reiseklinikker

Ved mistanke om smittefarlig importsykdom vil smittevernoverlege/kommuneoverlege ha nært samarbeid med smittevernkompetanse på Folkehelseinstituttet og sykehuset.

13. SMITTEVERN I SKOLER OG BARNEHAGER

Barn som gå i barnehage er mer utsatt for infeksjoner en andre barn.

Det vises til faglige råd fra FHI

Gode rutiner for hygiene, håndvask og mathygiene er særdeles viktig.

- Håndvask og opplæring i smittevern i barnehager og barneskoler gir trolig betydelig mindre forekomst av luftveisinfeksjoner og diaré sammenliknet med barnehager og skoler hvor det ikke er tiltak utover vanlig praksis.
- Resultatene indikerer at man kan forvente en reduksjon på 10 – 50 % færre infeksjoner blant barna. Slike tiltak bedrer trolig også hygieneatferden til barna.
- Bruk av hånddesinfeksjon i tillegg til håndvask og opplæring i smittevern, bidrar trolig til 30 – 50 % mindre sykefravær blant skolebarn (5–12 år), sammenliknet med barn som kun fikk opplæring og utførte «vanlig» håndvask eller fikk placebodesinfeksjon.

14. VARSLINGSLISTE IHT. SMITTEVERNPLAN

Kommer i tillegg til kommunens egen beredskapsliste

Legevakt «Helsehuset»	Askim	Eventyrveien 2 1807 Askim	Post.legevakt@iomk.no	116117
Fylkesmannen/ fylkeslegen Østfold	Moss	Vogtsgt. 17, 1532 Moss	fmospostmottak@fylkesmannen.no	69247000
Smittevernvakta Folkehelseintituttet	Oslo			21077000 22076348
Sykehuset Østfold HF	Kalnes	Kalnesveien 300- 1714Grålum Postboks 300 1714 Grålum	postmottak@so-hf.no	08600

SMITTERVERNPLAN

Ahus Akershus Universitets Sykehus HF	Løren- skog	Sykehusv 25 1478 Lørenskog Postboks 1000 1478 Lørenskog	postmottak@ahus.no	67960000
Posteksponeringsprofylakse .: 21077000 – Jernbanetorgetts apotek 23358100				
Mattilsynet Region Stor Oslo	Follo- Østfold	Sloraveien 72, 1878 Hærland Yvenveien 17, 1715 Yven Moerveien 12, 1430 Ås	postmottak@mattilsynet.no	22400000
Øst politidistrikt	Ski	Vestveien 16, 1400 Ski	post.ost@politiet.no	64993000 112 02800
	Indre Østfold	Løkenveien 1, 1811 Askim	post.ost@politiet.no	64851600 112 02800

SMITTERVERNPLAN