

Smittevernplan for Rauma kommune

Skrevet av Jan Drahos, kommuneoverlege i Rauma kommune 9/9-2025

Vedtatt av kommunestyre i Rauma kommune

INNHOLD

1. Innledning
2. Lokale forhold og sårbarheter
3. Instruks for alle ansatte (også utenom helsesektoren)
4. Instruks for alle ledere (også utenom helsesektoren)
 - 4.1. rutiner om smittevern og bruk av smittevernplanen
 - 4.2. basale smittevernrutiner
 - 4.3. tuberkulose screening
 - 4.4. MRSA og andre
 - 4.5. andre multiresistente agens
 - 4.6. yrkesvaksinering
 - 4.7. rutiner for vaksinasjon
 - 4.8. stikkskader
5. Instruks for leger eller jordmor som mottar prøvesvar med funn av allmennfarlig smittsom sykdom
 - 5.1. meldeplikt/varslingsplikt
 - 5.2. tuberkulose
 - 5.3. kikhoste
 - 5.4. HIV, hepatitt, SOI
6. For alle leger, for sykepleiere som setter vaksiner samt for de som har ansvar for vaksinasjon i kommunens regi
 - 6.1. Barnevaksinasjon
 - 6.2. Tuberkulose
 - 6.3. Influensa, korona, pneumokokker
 - 6.4. Sårskader
 - 6.5. Rabies
 - 6.6. Booster for DTP-IPV
 - 6.7. Hepatitt B
 - 6.8. yrkesvaksinering
 - 6.9. reisevaksinering
7. Instruks for smittevernlege
 - 7.1. Generelt om rollen
 - 7.2. Myndighet etter smittevernloven
 - 7.3. Oppgaver ved matbåren smitte
 - 7.4. Rutiner ved mottak av flyktninger
 - 7.5. Tuberkulosekontrollprogram

8. Instruksjer for smittevernlege og kommunens utbyggingsetat
 - 8.1. Vannbåren smitte
 - 8.2. Legionella
 - 8.3. Avfallshåndtering
 - 8.4. Skadedyrkontroll

9. Instruksjer for kommunens kriseledelse og for kommunestyre
 - 9.1. smittevern i kriser utløst av smittsomme sykdommer

10. Instruksjer for kommunens kriseledelse
 - 10.1. Beredskapsarbeid i kriser utløst av smittsomme sykdommer
 - 10.2. Plan ved bioterror
 - 10.3. Kommunal beredskapsplan for pandemisk influensa

11. Appendix – telefonliste

1 INNLEDNING

Smittsomme sykdommer har historisk vært en viktig årsak til sykdom og død. Økt levestandard inkludert hygiene og smitteverntiltak har hjulpet oss med å redusere tapte helse pga. smittsomme sykdommer vesentlig, men det er naturens lov at kampen med infeksjonssykdommer er en stadig pågående og uendelig kamp. Kommunens bidrag i denne kampen er hjemlet i 4 lover:

1. **Smittevernloven** i § 6, § 7. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55> . Denne pålegger bl.a. kommunene å ha en smittevernplan. Denne skal gi en oversikt over hvordan hele kommunen som organisasjon oppfyller sine plikter i smittevernarbeidet både i beredskapssituasjon og i ordinær drift.
2. Folkehelseloven gir kommunene ansvar for å jobbe med folkehelsearbeid, herunder smittevern. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gir kommunene ansvar for å tilby helsetjenester til befolkningen. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
4. **Lov om helsemessig og sosial beredskap** har som formål å verne befolkningens liv og helse og bidra til at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. <https://lovdata.no/lov/2000-06-23-56>

Smittevernet etter smittevernloven vil i noen tilfeller ha grenseflater opp mot miljørettet helsevern og annet lovverk. Det vil også være grenseflater mot kommunens internkontroll og rutiner ellers. Som eksempler kan nevnes avløp, skadedyrkontroll, kontroll med drikkevann/vannmagasiner, forskrifter om miljøretta helsevern i barnehage og skole mv. Når det oppstår situasjoner som berører flere fagfelt plikter de ulike kommunale fagavdelinger / etater å etablere nødvendig samarbeid for å avklare ansvarsforhold og å koordinere innsatsen. Kommunen kan utarbeide retningslinjer og prosedyrer for slikt samarbeid.

All kunnskap om smittevern blir bearbeidet av sentrale myndigheter, der Folkehelseinstituttet (FHI) er den viktigste aktør. **Grunnpilaren i denne kommunale smittevernplanen er tatt fra FHI sin litteratur – Smittevernhåndboka** (<https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/?term=>), Vaksinasjonshåndboka, Utbruddshåndboka. Det er dratt over deler fra siste versjon av smittevernplanen for Rauma kommune fra 2009 og det er dratt inn noen inspirasjon om ansvarsforhold i kriser av nylig vedtatt smittevernplan i Molde kommune. I planen ligger også et **Tuberkulosekontrollprogram** som alle kommuner er pålagt å ha (jamfør Forskrift om tuberkulosekontroll), samt en **pandemiplan** hjemlet i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

Samlet anslås grunnlagslitteratur til plana til å omfatte cirka 2000 sider. Målsettingen med denne planen er derfor på ingen måte å gi fullstendig oversikt over problematikken. Planen skal være et fungerende verktøy som hele kommuneorganisasjonen kan og skal bruke. Det er dermed gjort en streng prioritering om hva av faglig innhold skal bli med i planen for at denne skal være brukervennlig.

Ved å ta en kraftig forenklet versjon klarer man forhåpentligvis samtidig å unngå at dokumentet inneholder mange feil i takt med at detaljert kunnskap om smittevern fornyes og utbedres. Ny kunnskap som berører denne planen, kommer likevel til å føre til behov for

oppdatering i planen. Små endringer som ikke er av prinsipiell karakter og ikke har vesentlige organisatoriske eller økonomiske konsekvenser kan gjøres administrativt dvs. at ansvaret er delegert kommunedirektøren, men **alle endringene må konfereres med kommuneoverlegen** (som per i dag også innehar rollen som **smittevernlege** i Rauma kommune). Eksempel på endringer som skal kunne gjøres administrativt er 1. faglige endringer etter anbefaling fra kommunelegen, Statens Helsetilsyn eller andre helsemyndigheter, når dette har sin bakgrunn i endrede epidemiologiske forhold, endret trusselbilde, eller nye faglige anbefalinger. 2. Mindre endringer nødvendig for tilpasning til nye lover eller forskrifter som angår planens innhold. 3. Nødvendige endringer i henvisninger / tilpasninger som følge av revisjon av øvrig kommunalt planverk, internkontrollsystemer eller beredskapsplaner. **Kommunelegen (eller den han/hun oppnevner) har ansvar for å vurdere i hver valgperiode om smittevernplanen trenger en helhetlig oppdatering og eventuelt utarbeide forslag til endringer.** Eventuell ny kunnskap som krever revisjon av planen før ny valgperiode, må selvfølgelig også tas hensyn til og føre til eventuell tidligere revisjon. Der det er gjort prinsipielle endringer eller der endringene berører budsjett i nevneverdig grad, skal ny versjon av planen godkjennes av kommunestyre. Eventuell usikkerhet rundt spørsmålet om konkrete endringer krever vedtak av kommunestyre eller ikke blir opp til diskusjon mellom ordfører og kommunedirektør.

De økonomiske rammene for arbeidet med smittevernet er integrert i kommunens ordinære driftsbudsjett. Det ordinære smittevernarbeidet, og smittevernberedskapen som skisseres, forutsettes dekket innen eksisterende rammer og stillingsomtaler. Dog må ekstraavgifter kunne påregnes i ulike krisesituasjoner.

Industribedrifter, forretninger, private som yter helsetjenester og øvrige private institusjoner i kommunen forutsettes å selv 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 smittevern faglige spørsmål. Smittevernlegen vil også ha tilsynsfunksjon, samt vedtaksmyndighet i visse situasjoner.

2 LOKALE FORHOLD OG SÅRBARHETER

Kommunens helhetlig ROS (risiko- og sårbarhetsanalyse) peker på at en pandemi hadde hatt en stor negativ effekt på kommunen, men nevner ikke noen detaljer om eventuelle særpreg i kommunen når det gjelder smitterisiko generelt. Derfor angis her noen nærmere karakteristika på kommunens og dens befolkning som kan ha betydning for smittevern.

Antall innbyggere er cirka 7000. Rauma kommune er stor i utstrekning, og med unntak av tettstedene Åndalsnes og Isfjorden bor **befolkningen spredt**. Dette **motvirker smitteoverføring** og gjør også smitteoppsporingen i mange tilfeller noe mer oversiktlig.

Legetjenesten er samlet i Rauma rådhus med ett **felles legekontor** for hele kommunen. Dette gjør koordineringen av tiltak enklere og gir **bedre oversikt**.

Både kommunens jordmor, helsestasjonen, helsestasjon for ungdom og ledelsen av begge helseetatene er lokalisert på rådhuset. Dette gir gode muligheter for koordinering i smittevernarbeidet. Den ene helseetaten, «helse og omsorg», består av institusjonsbaserte tjenester på Helsehuset og hjemmebaserte tjenester, herunder hjemmesykepleie, botjenesten og omsorgsboliger med bemanning, som dekker hele kommune. Frisklivscentralen gir flere tilbud med base på Helsehuset. Det er noen få brukere som får omsorgstjenester i privat regi, men den aller største delen av kommunens innbyggere betjenes i regi av kommunale tjenester og en god smittevernplan og gode rutiner i kommunal regi skal fungere godt på befolkningsnivå. Denne smittevernplanen skal bidra til å få oversikt over at **alle deler av tjenesten har sine smittevernrutiner på plass**.

Kommunen har 5 barneskoler (4 kommunale og 1 privat) og 3 ungdomsskoler. Rauma videregående skole har elever også fra omliggende kommuner. Dette medfører en viss opphopning av ungdom mellom 16-20 år, og erfaringsmessig har denne aldersgruppen økt risiko for seksuelt overførbare sykdommer. Dette medfører utfordringer for **skolehelsetjenesten** som bør vektlegge informasjon og tilby testing/henvise videre til testing.

I tillegg har kommunen stor tilstrømning av **turister i sommersesongen**. Det foregår i stor utstrekning telting/camping i skog- og fjellområder, noe som vil kunne øke risikoen for forurensning av drikkevannskilder. Dersom innreise fra utlandet ikke blir forbudt i en eventuell pandemisituasjon, kan det medføre spredning av smitte hos oss tidligere enn man eller hadde forventet i en distriktskommune.

I forhold til "normalfordelingen" har Rauma kommune **en høyere andel av eldre mennesker** i befolkningen. Denne trenden vil fortsette også i årene fremover. Eldre mennesker er både mer utsatt for infeksjonssykdommer, og de er mer tilbøyelige til alvorligere forløp av infeksjonene.

Mottak og bosetting av **flyktinger** kan videre representere spesielle smittevernfaglige utfordringer.

Det er foreløpig ikke spesielt høy import av sykdommer fra utlandet. Dette kan skyldes en bevisst befolkning, samt lokalt tilgjengelig reisemedisinsk rådgivning og tilbud om vaksinasjon i regi av legesenteret i Rauma.

Alt i alt kan man konkludere med at Rauma kommune ikke skiller seg vesentlig epidemiologisk fra andre kommuner hva angår forekomst av smittsomme sykdommer.

3. FOR ALLE ANSATTE (også utenom helsesektoren)

Alle virksomheter skal ha et internkontrollsystem og kvalitetssystem. Det vil si at ledere har ansvar for å **skriftliggjøre** nødvendige **rutiner** i sin virksomhet **og gjøre disse kjente for sine ansatte.** Dette **gjelder også smittevernarbeid** i virksomheten.

Alle som **ikke finner konkret nok svar** på den situasjonen de står i **virksomhetens skriftlige rutiner kan se i denne planen.**

Dersom planen heller ikke svarer godt nok på spørsmålet, kan man gjøre et **søk i Smittevernhandboka** utgitt av Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/?term=> eventuelt i andre oppslagsverk fra FHI.

Ved usikkerhet skal man ta **kontakt med sin leder.**

Dersom **lederen heller ikke kan gi et klart svar, kan spørsmålet bli videreformidlet av lederen til smittevernlege.**

Helseopplysning

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

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

4. FOR ALLE LEDERE (ledere på alle nivå i helsesektor og oppvekstsektor, evt. ledere i teknisk etat eller andre etater dersom dette vurderes som aktuelt – videreformidles i så fall av etatsjef)

4.1 rutiner om smittevern og bruk av smittevernplanen

Alle ledere har ansvar for at virksomheten har et kvalitetssystem og internkontrollsystem (IKS) og at denne inneholder relevante smittevernrutiner og at de ansatte er kjent med disse og holder seg også eller faglig oppdatert. Ved behov for hjelp ved utarbeidelse av disse rutiner kan man ta kontakt med smittevernlegen.

Det mest overordnede smittevernrutiner i kommunal drift generelt beskrives i denne smittevernplanen. Det anbefales at etatsledere sørger for distribusjon av plana nedover i organisasjonen slik at denne når fram til de som omtales i planen.

Smittevernrutiner i oppvekstsektoren skal utarbeides basert på retningslinjer fra FHI og UDir

Smittevernrutiner på helsesektoren angår både legesenteret, botjenesten, hjemmetjenesten og institusjoner.

Følgende innhold må være en del av skriftlige rutiner til virksomheter:

4.2 basale smittevernrutiner

- man må omtale ALLE kapitlene av basalt smittevern som er beskrevet i Smittevernhåndboka, dvs:
 - avfallshåndtering
 - beskyttelse mot stikkskader, trygg injeksjonspraksis
 - desinfeksjon av hud
 - hostehygiene
 - håndhygiene
 - pasientnært utstyr
 - pasientplassering
 - personlig verneutstyr
 - renhold og desinfeksjon
 - sengetøy og tekstiler

4.3 tuberkulosescreening

- rutiner for tuberkulosescreening ved alle ansettelse i både helse- og oppvekstsektoren
- Her følger et avsnitt fra kommunens tuberkulosekontrollprogram (som i sin helhet er skrevet lengre ned i denne smittevernplanen):
 - Det er plikt til å bli undersøkt for tuberkulose for personer som **i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av**

tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og omsorgstjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger

- Arbeidsgiver, som kan være kommune, helseforetak, vikarbyrå eller vertsførelde til en au pair, har plikt til å påse at
 - 1. Alle fyller ut en egenerklæring. OBS – man må sikre at ansatte vet hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose så det anbefales å legge ved oppdatert liste over disse landene.

<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/smittevern/tuberkulose-land-med-hoy-og-saerlig-hoy-forekomst-av-tuberkulose>

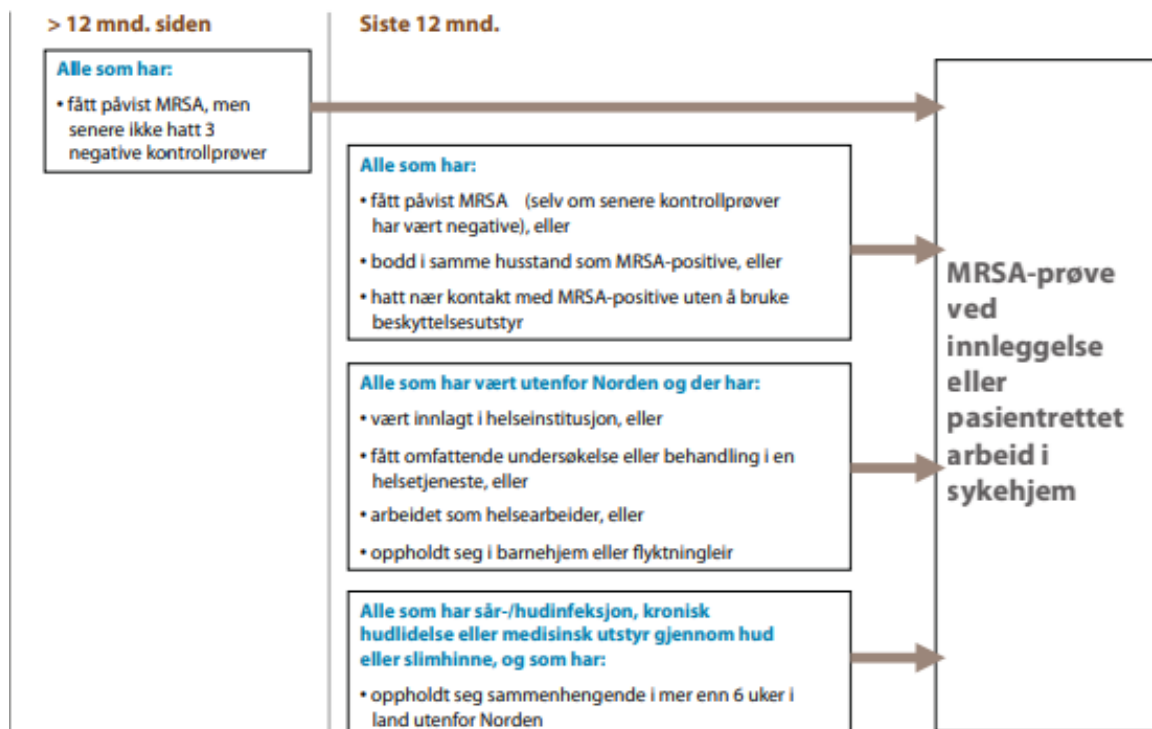
- 2. De som ut ifra egenerklæringen trenger videre undersøkelse, skal få denne utført i regi av sin fastlege. Dersom det av diverse grunner ikke er mulig å få ordnet dette gjennom vedkommende fastlege og heller ikke gjennom bedriftshelsetjeneste, kan smittevernlege kontaktes. Negativt resultat på røntgen må foreligge før vedkommende tiltres. Rutiner per april 2025 sier at veldig mange også skal ta IGRA i tillegg til røntgen, men det er kun røntgen som må framlegges før oppstart i stillingen! Lungerøntgenbildene ved oppstart i et nytt arbeidsforhold bør normalt ikke være eldre enn 6 måneder, og bildene skal være tatt i Norge. Som del av legevurderingen må vedkommende også erklære ikke å ha symptomer eller tegn på smittsom tuberkuløs sykdom før tiltredelse ved undersøkelse og burde få informasjon om symptomer på tuberkulose og beskjed om rekontakt dersom disse symptomene oppstår.
 - Egenerklæring for ansatte angående tuberkulosesmitte inkluderes i prosedyrer gitt av personalavdeling ved ansettelse og disse rutinene skal være en del av internkontrollsystemet i de enkelte avdelingene inkludert personalavdelingen. [Mal for egenerklæring: Tuberkuloseundersøkelse før arbeid innen barneomsorg, helse- og omsorgstjenesten](#)
- Personer kan bli anbefalt tuberkuloseundersøkelse selv om de ikke omfattes av forskriften. Dette kan for eksempel være aktuelt ved ansettelse i helsevesen eller barneomsorg, der arbeidstakeren kommer fra et høyforekomstland, har vært mer enn 3 år i Norge, og resultater fra tidligere tuberkuloseundersøkelse ikke er kjent.
 - For arbeidsinnvandrere som pendler og har hyppige opphold i høyforekomstland, kan nytt lungerøntgen før hvert opphold i Norge bli unødvendig ofte. Kommunelegen kan i slike tilfeller fatte vedtak om fritak for plikt til tuberkuloseundersøkelse i samråd med den regionale smittevernlegen. Det kan for eksempel avtales lungerøntgen hvert 2. år eller ved symptomer.
 - For en person som har oppholdstillatelse i Norge er det ikke krav om gjentatt tuberkuloseundersøkelse etter senere besøk/opphold i hjemlandet, med mindre den det gjelder arbeider med barn, pasienter eller pleietrengende. Oppholdet i

hjemlandet skal da ha vært på mer enn tre måneder (sammenhengende) før plikt til ny rutineundersøkelse inntreffer.

- Ledere skal være oppmerksom på helsepersonell og lærere som har oppholdt seg i høyendemisk land i mer enn 3 mnd. Disse skal etter prosedyre få utført undersøkelse og oppfølging av evt. positive funn hos sine fastleger.

4.4.MRSA

- rutiner for forebygging og håndtering (isolering, behandling, eventuelt smitteoppsporing og sanering) av MRSA i alle deler av helsetjenesten. Her følger man FHI sin MRSA-veileder: <https://www.fhi.no/publ/eldre/mrsa-veilederen/>
- husk screening av svinerøkttere
- husk screening av gravide
- husk spesielt MRSA-screening før alle innleggelse og før arbeid i sykehjem (og eventuelt omsorgssentra). Vedlagt tabell oppsummerer rutiner for disse:



Figur 5. Kriterier for MRSA-prøve ved innleggelse og pasientrettet arbeid i sykehjem

- Med nær kontakt menes kontakt som gir begrunnet mistanke om smitte, eksempelvis:
 - hatt hudkontakt med kjent MRSA-positiv og en eller begge hadde sår
 - flere ganger hatt hudkontakt med kjent MRSA-positiv (selv om begge har hel hud)
 - arbeidet med en kjent MRSA-positiv pasient som ikke isoleres (for eksempel i sykehjem eller i hjemmesykepleien)
 - arbeidet i eller vært pasient i en helsetjeneste der det pågikk et MRSA-utbrudd
- Med omfattende undersøkelse eller behandling menes:
 - at undersøkelsen/behandlingen har vært langvarig (flere timer)
 - at fremmedlegemer har blitt ført gjennom hud eller slimhinner, eller lagt inn gjennom kroppsåpninger, eksempelvis kirurgiske inngrep (også i tannhelsetjenesten), dialyse, innleggelse av venekateter, urinkateter, dren, tube, skop og lignende
 - sårbehandling, eksempelvis suturering eller stell av større sår
- Bruk vanlig prøvetakingsutstyr og transportmedium. Ta ett prøvesett, det vil si én prøve fra hvert prøvetakingssted.
- Prøvetaking av beboere Prøver tas fra følgende steder:
 - ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)
 - svelg inklusiv tonsiller
 - perineum
 - sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden
 - innstikksteder for fremmedlegemer
 - hvis pasienten har permanent urinveiskateter tas det i tillegg urinprøve
- Prøvetaking av personale
 - Ved forhåndsundersøkelse og smitteoppsporing tas prøver fra følgende steder
 - ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)
 - svelg inklusiv tonsiller
 - sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden
 - Ved kontroll etter sanering tas prøvene på samme måte som hos beboere.

4.5 rutiner for andre multiresistente agens (ESBL, VRE)

- se kilde fra FHI for detaljer om ESBL <https://www.fhi.no/sm/smittevern-i-helsetjenesten/tiltak/esbl-holdige-gramnegative-stavbakterier/>
 - husk at det ikke er rutine å screene pasienter eller ansatte utenfor sykehus for ESBL, men ved påvist ESBL skal man innføre smitteverntiltak dog helt

unntaksvis blir det snakk om isolering (isolering utføres i hovedsak kun på somatiske sykehus)

- ved uventet påvist ESBL bør man smittespore ved å ta prøver av alle pasienter på samme enhet, men ikke av personalet
- se her for detaljer om VRE <https://www.fhi.no/sm/smittevern-i-helsetjenesten/tiltak/handtering-av-vankomycinresistente-/#tiltak-mot-spredning-av-vre-p-sykehjem-og-andre-helseinstitusjoner-i-primrhelsetjenesten>
 - kort sagt håndteres smitte hos enkelte pasienter uten diare ved å forsterke basale smittevernrutiner (håndvask, vask av rom)
 - ved diare og dermed økt risiko for spredning kan tilsynslege og/eller smittevernlege konsulteres for å forsterke smittevern tiltakene

4.6. yrkesvaksinering (også utenom helsesektoren)

- hepatitt B – det er opp til opp til 30% for smitte ved stikkskade
- kikhoste i oppvekstsektoren hvert 10. år utenom utbrudd, ved over 5 år siden booster i en sesong med pågående utbrudd
- influensa

4.7. rutiner for vaksinasjon

- for virksomheter som selv driver med vaksinasjon (helsestasjon, legesenter m.m.) skal vaksinasjonsarbeidet også ha egne skriftlige rutiner.

4.8 stikkskader

- **Det aller viktigste er at alle ansatte som kommer i kontakt med blod/ håndterer sprøyter er fullvaksinert for hepatitt B.** Husk at blodprøven som viser god effekt av vaksiner kun viser rett svar dersom den ta 1-3 måneder etter siste vaksinedose og jeg anbefaler at de ansatte som ikke er fullvaksinert fra før får vaksinen og tar **antistoffmåling 2 måneder etter siste dose.**
- Alle enheter som leverer helsetjeneste må ha rutiner for håndtering av stikkskader og gjøre rutinen kjent for ansatte. Det kan være relevant for andre virksomheter enn de i helsesektoren (renhold, teknisk etat) å ha rutiner for dette også. Det er lederens ansvar å vurdere dette.
- Stikkskaden og dens oppfølging må dokumenteres og melding om hendelsen rapporteres i HMS-systemet.
- Håndtering av stikkskader følger prosedyre beskrevet i smittevernhandboka fra FHI. <https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/temakapitler/stikkuhell/?term=#anbefalte-prosedyrer-ved-stikkskader-og-andre-blodeksponeringer-i-helsetjenesten>

- Man må vurdere om det er en reell smittefare altså om pasienten kan ha hepatitt B, C eller HIV eller om denne risikoen anses som neglisjerbar. Man bør i slike situasjoner gjøre en risikovurdering i samråd med den eksponerte. Dersom man etter en samlet vurdering anser at det absolutt ikke foreligger en reell smittefare anbefaler man ikke videre oppfølging. Det er imidlertid sjeldent man kan være helt sikker på dette spesielt mtp. Hepatitt B som har en høy smitterisiko ved blodeksponering.
- Smittevernlegen derfor **anbefaler at man spør pasienten om det er greit å ta HIV, hepatitt B og hepatitt C prøver** (blodsmittapakke) av pasienten. **Mens man venter** på svar, vurderes **pasientens hepatitt-status som ukjent** og man følger prosedyren deretter (i de fleste aktuelle tilfellene betyr dette altså 1 dose hepatitt-B vaksinebooster snarest mulig jamfør tabell, med ved fullvaksinering og bekreftet fint titter trengs ikke vaksine!). Når svar på pasientens prøver foreligger, kan man **ved negative prøver avlyse all videre prøvetaking og evt. påbegynt hurtivaksinering** hos helsepersonell. Ikke fullvaksinert helsepersonell skal fullføre vanlig vaksinasjon med prøve som kontrollerer antistoffer 2 måneder etter avsluttet vaksinering.
- Full prosedyre består av følgende tiltak: 1. Blodprøvetaking, 2. eventuelt vaksinering (hepatitt B) og 3. posteksponeringsprofylakse (HIV). Disse oppsummeres i følgende tabeller: (tatt fra Smittevernhandboka):

Blodprøvetaking av helsepersonell:

Tidspunkt etter eksponering	Hva slags prøver?	Kommentar
Så tidlig som mulig (0-prøve)	Hiv, hepatitt B og C	Vil vise tidligere smitte
6 uker	Hiv	Ytterligere hiv-prøver er normalt ikke nødvendig.
3 måneder	Hepatitt B og C, ev. Hiv	Ved negative prøver for hepatitt C, ingen videre oppfølging for hepatitt C. Ved høyrisikoeksponering (dvs. eksponering for kjent hivsmittet som ikke er på vellykket behandling) bør det også tas ny hivtest.
6 måneder	Hepatitt B	Ved negative markører for hepatitt B, ingen videre oppfølging.

Vaksinering og akutt immunisering mot hepatitt B

Vaksinasjon-status hos den eksponerte	Anti-HBs målt 1-3 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 (0,1,2 og 12 md.)	Straks full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)
Fått 1 dose	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon (0,1,2 og 12 md.)	Straks full hurtigvaksinasjon (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	Snarest mulig (første virkedag) én dose vaksine**	Snarest mulig (første virkedag) én dose vaksine** DETTE ER DET VANLIGSTE SITUASJONEN
Fått 3 eller flere doser*	≥ 10 IU/l	Ingen tiltak	Ingen tiltak

* Forutsetter vaksinasjon etter anbefalt regime (doser gitt med riktige minimumsintervaller)

** Posteksponeringsbehandlingen bør begynne snarest, men vaksinasjon kan ha effekt selv om den påbegynnes uker etter eksponering ettersom sykdommen har lang inkubasjonstid.

Vaksiner og HBIG (immunoglobulin) skaffes gjennom apotek, Hblg må gis innen 48 timer!

Posteksponeringsprofylakse for HIV

Risikoen for smitte med HIV ved stikkskade fra en HIV-positiv pasient er kun 1 av 3000 tilfeller. Posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hivinfeksjon gis dersom det er kjent at kilden er hivsmittet og ikke virussuprimert (altså ikke godt nok behandlet). Det kan også være aktuelt å vurdere å gi PEP når kildens hivstatus er ukjent og hvor helsepersonalet arbeider ved en avdeling hvor det behandles hivpositive pasienter. Slike avdelinger finnes ikke per i dag i Rauma kommune.

PEP bør igangsettes så snart som mulig dersom det er indikasjon for slik behandling, helst innen 4 timer, og ikke senere enn 72 timer etter at risikosituasjonen fant sted. Rask henvisning til infeksjonsmedisiner med erfaring i hivbehandling er derfor nødvendig. Anbefalt behandlingsvarighet er 4 uker. Graviditetstest bør utføres dersom man ikke kan utelukke at helsearbeideren er gravid. Profylaktisk behandling ved graviditet må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

5. FOR LEGER ELLER JORDMOR som mottar prøvesvar med funn av allmennfarlig smittsom sykdom

Noen smittsomme sykdommer er definert som allmennfarlige. For den som oppdager en slik sykdom (i praksis den som bestiller prøve og får et positivt prøvesvar) er det plikt om å informere om dette videre **etter paragraf § 2-3 i smittevernloven**.

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret. (Smittevernlovens paragraf 4-9)

5.1 Meldingsplikt/ varslingsplikt

Meldingsplikt: Dersom klinikerer får en melding om meldingspliktig sykdom (dette står alltid angitt i svar fra mikrobiologisk laboratorium), fyller vedkommende MSIS skjema med **skriftlig** kopi til kommuneoverlege. Klinikerer skal også informere pasienten om at et slik skjema sendes og hvorfor. Det er helt essensielt at meldingen til kommuneoverlegen **sendes snarest mulig** etter mottatt prøvesvar (helst samme dag) for ikke å miste mulighet for videre smittevernarbeid på befolkningsnivå.

Varslingsplikt: Ved mistenkt eller bekreftet tilfelle av sykdom i gruppe A (altså de mer alvorlige sykdommene) skal **muntlig** melding **umiddelbart** gis til smittevernlegen i kommunen (som igjen varsler smittevernvakta til FHI). Dersom smittevernlegen ikke kan nås, må den som har fått positivt prøvesvar umiddelbart varsle smittevernvakta til FHI på telefon selv. **Skriftlig** melding til MSIS med kopi til smittevernlegen skal **i tillegg** alltid sendes samme dag.

En lege skal alltid varsle smittevernlegen ved mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes miljøsmitte. I praksis vil dette som regel si smitte fra næringsmidler, vann eller dyr. Det vil si at fastlegene skal være oppmerksomme på sammenheng mellom infeksjonssykdom og matbåren smittemåte, spørre pasient om flere kjente utbrudd i nærmiljøet, gi beskjed om å ta vare på mat man eventuelt mistenker å være kilde til smitte, sykemelde pasienter som arbeider i næringsmiddelindustri eller helsetjeneste (jmf. Retningslinjer om smittegrupper ved gastrointestinale infeksjoner i Smittevernhåndboka).

<https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/temakapitler/kontroll-og-oppfolging-tarminfeksjoner/?term=>

Alle utbrudd av smittsomme sykdom (altså også andre enn allmennfarlige smittsomme sykdommer) i kommunale helseinstitusjoner og helsevirksomheter skal varsles til smittevernlegen. Utenfor helseinstitusjoner er det kun utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer som skal varsles til smittevernlegen. Utbrudd betyr 2 eller flere tilfeller av en «uvanlig» sykdom eller større enn forventet antall av tilfeller av en vanlig sykdom (f.eks. influensa i vinterhalvåret). Terskelen for å varsle smittevernlegen skal være lav. Dersom smittevernlegen ikke kan nås innen rimelig tid (vurdert ut ifra utbruddet art og omfang), kan legen som påviser et varslingspliktig utbrudd ta kontakt direkte med Folkehelseinstituttet ved smittevernvakta og sørge for at smittevernlegen får varsling så snart som mulig etter det.

Det er legen som får positivt prøvesvar som også har ansvar for å utføre smitteoppsporing der denne er nødvendig og denne legen er også ansvarlig for å gi pasienter nødvendig råd når det

gjelder smittevern for å sørge for tilfriskning samt for å unngå videre smitte. Det er kun i spesielle tilfeller der legen som har fått positivt prøvesvar ikke kan gjennomføre slikt arbeid, at arbeidet delegeres til smittevernlege. I tillegg er smittevernlegen primært ansvarlig for smitteoppsporing ved tilfeller av tuberkulose. Smittevernlegen står ellers alltid til disposisjon mtp. rådgiving i smitteverntiltak dersom primærlegen ikke får klare svar på dette i Smittevernhåndboka.

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

Folketrygden dekker utgifter til undersøkelse og behandling ved allmennfarlige smittsomme sykdommer (dvs. at legen skal merke refusjonskode for smittsom sykdom på regnskortet).

Det er vanskelig å huske hvilke smittsomme sykdommer er allmennfarlig (og gir rett til refusjon fra folketrygden), hvilke av disse som ikke utløser meldingsplikt, hvilke som gjør det og hvilke som utløser varslingsplikt. Som nevnt overfor anbefaler smittevernlegen å forholde seg til tilbakemeldingen fra mikrobiologisk laboratorium. Ellers kan man se hele oversikten her: https://www.fhi.no/contentassets/88572059c1f34197ad1d07dd83ae63ed/msis_meldingskriterier_03.02.2025.pdf

Oversikt over meldingspliktige og varslingspliktige sykdommer kan man også se direkte i MSIS-forskriften https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740#KAPITTEL_10

Vedlagt ligger **oversikt over alle meldingspliktige sykdommer** (altså også de som ikke utløser meldingsplikt til kliniker, men kun til laboratoriet) slik den så ut **per 11.3.2025**

1.1 Sykdommer som forebygges gjennom Barnevaksinasjonsprogrammet:

Difteri, stivkrampe, kikhoste, poliomyelitt, systemisk heamophilus influenzae-sykdom

Kusma, meslinger, røde hunder

Rotavirus sykdom

Tuberkulose.

1.2 Virushepatitter:

Hepatitt A, B, C

1.3 Mat- og vannbårne sykdommer

Botulisme

Campylobacteriose

Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom

E. coli-enteritt

Giardiasis

Kryptosporidiose

Listeriose

Salmonellose

Yersiniose.

1.4 Zoonoser:

Brucellose

Ekinokkose

Lyme borreliose

Miltbrann

Nephropathia epidemica

Rabies

Trikinose

Tularemi.

1.5 Alvorlige importsykdommer:

Denguefeber

Flekktyfus

Gulfeber

Kolera

Lepa

Malaria

Pest

Q-feber

Shigellose

Tilbakefallsfeber

Vestnilfeber

Viralhemoragisk feber

Zikavirus-infeksjon.

1.6 Alvorlige miljøsykdommer:

Legionellose

Shewanellainfeksjon

Vibrioinfeksjon

Leptospirose

1.7 Alvorlige, systemiske sykdommer:

Aids

Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars

Dobbelinfeksjon med tuberkulose og hiv

Influenza forårsaket av virus med pandemisk potensial

Koronavirus med utbruddspotensial

Kopper

Middle East Respiratory Syndrome – mers

Mpox

Paratyfoidfieber

Prionsykdommer

Systemisk meningokokksykdom

Systemisk pneumokokksykdom

Systemisk gruppe A streptokokksykdom

Systemisk gruppe B streptokokksykdom

Tyfoidfieber

Viraleinfeksjoner i sentralnervesystemet

1.8 Sykdommer forårsaket av visse resistente mikrober:

Smittebærertilstand og infeksjoner med mikrober med spesielle resistensmønstre

Smittebærertilstand eller infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker

Smittebærertilstand eller infeksjoner med penicillinresistente pneumokokker

Smittebærertilstand eller infeksjoner med toksinproduserende Clostridium difficile

Smittebærertilstand eller infeksjoner med vankomycinresistente enterokokker.

1.9 Seksuelt overførbare sykdommer:

Genital chlamydiainfeksjon

Lymfogranuloma venereum

Gonoré

Hiv-infeksjon

Syfilis.

1.10 Andre sykdommer:

Influenza (med pandemipotensialet)

Respiratorisk syncytialvirus (RSV)

Følgende sykdommer er iflg. Forskriften per 11.3.2025 varslingspliktig i tillegg til å være meldingspliktig.

Alvorlig, akutt luftveissyndrom – SARS

Apekopper

Botulisme

Diareassosiert hemolytisk uremisk syndrom

Difteri

Enterohemorragisk E.coli-infeksjon

Flekktyfus

Hemoragisk feber

Influenza forårsaket av virus med pandemisk potensial

Kolera

Kopper

Legionellose

Meningokokksykdom

Meslinger

Middle East Respiratory Syndrome – MERS

Miltbrann

Pest

Poliomyelitt

Rabies

Røde hunder

Trikinose

5.2 Tuberkulose

Jmfr. Tuberkuloseforskriften har leger i kommunen plikt til å informere smittevernlegen om funn som gir mistanke om tuberkulose dersom pasienten flytter ut av kommunen da smittevernlegen har plikt til å informere kommuneoverlege i neste bostedskommune om dette.

Som en del av tuberkulosekontrollprogram skal alle som skal ansettes i arbeid med pasienter eller barn fylle ut en erklæring på om eventuelt opphold i land med høy forekomst av tuberkulose i mer enn 3 måneder i løpet av siste 3 år. I slike tilfeller skal disse gjennomgå relevant undersøkelse for tuberkulose, som hovedregel i regi av sin fastlege. For mange er det både IGRA og røntgen som er aktuelle, men det er kun røntgensvar som må foreligge før vedkommende tiltrer sin stilling. Husk at det er refusjon for utgifter for legetime og røntgen eller IGRA og reisen refunderes av pasientreiser.

Kopi av avsnitt fra tuberkulosekontrollprogram (som i sin helhet står lengre ned i teksten):

Tilsynslege må være oppmerksom på at også eldre personer med immunsvekkelse har risiko for å få reaktivert tuberkulosesmitte fra tidligere i livet og ta nødvendige undersøkelser ved symptomer på mulig tuberkulose.

Ved mistenkt tuberkulose har den enkelte fastlege ansvar for at adekvat utredning iverksettes. Ved vanskeligheter, for eksempel der pasienten ikke har fastlege eller har fastlege annet sted, skal smittevernlegen sørge for at en av kommunens leger påtar seg dette arbeidet.

Diagnostikk og oppfølging skal følge faglig aksepterte normer (FHIs veileder).

Dersom lege rekvirerer ekspektoratprøver plikter henholdsvis helsesykepleier, hjemmesykepleie eller sykehjem å bistå til taking, oppbevaring og innsending av slike prøver. Det er imidlertid meget sjelden at dette blir aktuelt da pasienten skal ved påvist eller mistenkt tuberkulose henvises til spesialisthelsetjenesten som har ansvar for videre diagnostikk og iverksettelse av behandling. I de fleste tilfeller vil det være lungeavdelingen ved Molde sykehus (som har ansatt tuberkulosekoordinator), eventuelt Ålesund sykehus, for barn barneavdelingen ved Ålesund sykehus.

Der det er klinisk mistanke om smitte (uansett om screening bekrefter dette), henvises pasienten til spesialist.

Der det ikke er relevant klinikk, men IGRA gir mistanke om latent tuberkulose, henvises pasienten også til spesialist (selv om behandlingen kanskje kun gis til de under 35 år eller ved risikofaktor som nysmitte eller immunsvekkelse). Forebyggende behandling er en mulighet for å hindre utvikling av tuberkuløs sykdom hos aktuelle latent smittede.

5.3 Kikhoste

Kikhoste krever spesielle tiltak hos nærkontakter i inntil 6 uker fra debut av sykdom hos den med påvist sykdom. Nærkontakter betyr husstandsmedlemmer, barn som går i samme barnehageavdeling, eventuelt skoleklasser (individuell vurdering på de sistnevnte). Dette er arbeid som er tilknyttet smitteoppsporing og behandling og er dermed også oppgaven til den

legen som påviser sykdom. Smittevernlegen kan kontaktes for råd dersom informasjonen i denne plana og i smittevernhåndboka ikke gir klare svar. Retningslinjer kan nemlig tolkes på forskjellige måter. Smittevernlegen foreslår å følge tabellen fra smittevernbokas kapittel om kikhoste slik den er per april 2025.

Alder nærkontakt	Uvaksinert	Fått 1 vaksinedose	Fått 2 vaksinedoser	Fullvaksinert (3 doser basis samt under 5 år fra siste dose eller booster)
< 3 måneder	Profylaktisk antibiotikabehandling* Fremskynde første vaksinedose (fra 6-ukersalder)	Profylaktisk antibiotikabehandling* Ny vaksinedose dersom det er gått >4 uker siden første dose	Ikke relevant	Ikke relevant
3 måneder-2 år	Profylaktisk antibiotikabehandling* Starte vaksinasjon	Profylaktisk antibiotikabehandling* Ny vaksinedose dersom det er gått >4 uker siden første dose	Ny vaksinedose dersom det er gått >4 uker siden siste dose	Ingen tiltak
>2 år og astma, hjertesykdom eller nedsatt immunforsvar	Profylaktisk antibiotikabehandling* Starte vaksinasjon	Observasjon. Behandle ved symptomer. Fortsette vaksinasjon.	Observasjon. Behandle ved symptomer. Fortsette vaksinasjon.	Ingen tiltak

I tillegg kan tiltak overfor grupper være aktuelle ved større utbrudd – framskyndet vaksinasjon av barn under 3 måneders alder til 6 ukers alder (f.eks. til søsken av barn i barnehage eller skole med tilfeller uten at selve søsken til barnet under 3 måneder er syk) samt tilbud om vaksinasjon til alle ufullstendig vaksinerte under 2 år i lokalmiljø. Disse tiltakene vurderes av smittevernlege basert på innrapporterte MSIS meldinger.

5.4 HIV og hepatitter samt andre seksuelt overførbare sykdommer

Helsestasjonen har ansvar for å samarbeide med skolene om nødvendig informasjon om seksuelt overførte sykdommer og smitteforebyggende tiltak.

Ved tilfeller av seksuelt overført sykdom har behandlende lege plikt til, sammen med pasienten, å iverksette nødvendige smittevernforebyggende tiltak og smitteoppsporing. Dersom behandlende lege ikke er i stand til å foreta smitteoppsporing selv, eller smittet person ikke følger den personlige smittevernveiledningen, skal legen, uten hensyn til

lovbestemt taushetsplikt, gi underretning til smittevernlegen hvis hensynet til smittevernet krever det (SML § 3-6).

Staten dekker i sin helhet utgifter til legebehandling og medisiner ved mistanke om, eller bekreftede tilfeller av visse seksuelt overførbare sykdommer bl.a. klamydia (men ikke mykoplasma!)

I Rauma kommune er forekomsten av HIV-positive og AIDS-syke personer svært liten. Epidemiologisk sett er situasjonen under kontroll.

De aktuelle fastleger skal sørge for nødvendig medisinsk oppfølging av HIV-positive og AIDS-syke personer og bidra med individuell veiledning om smitteforebyggende tiltak. OBS - Tuberkuloseveilederen sier at alle HIV-smittede burde utredes for både aktiv og latent tuberkulose, men vær oppmerksom på at IGRA kan være falskt negativ eller inkonklusiv ved AIDS.

Fastlegene skal være ekstra oppmerksomme på å vurdere behov for testing for risikogrupper herunder intravenøse rusmisbrukere, asylsøkere og menn som har sex med menn.

Fastlegene skal bistå med generell informasjon gjennom sitt ordinære arbeid med familieplanlegging og prevensjon, samt abortsøkende kvinner.

Helsestasjonen har ansvar for informasjon om HIV/AIDS gjennom det ordinære informasjonsopplegget i skolen og gjennom helsestasjon for ungdom. Helsestasjon for ungdom som er åpen en ettermiddag per uke er ment som et lavterskeltilbud for ungdom som vil drøfte ulike typer spørsmål knyttet til helse. I smittevernsammenheng er det viktig at det aktivt informeres om seksuelt overførbare sykdom og oppfordres til testing.

Gjennom svangerskapsomsorgen gis generell informasjon om HIV og forebyggende tiltak HIV-test tilbys alle gravide.

Staten dekker fullt ut utgiftene til kondomer til personer med HIV-sykdom. Legene kan i slike sammenhenger rekvirere gratis kondomer fra Folkehelseinstituttet.

Som tiltak mot smitte av HIV og hepatitt regnes også prosedyre ved stikkskader. Yrkesvaksinasjon er også forebyggende mtp. hepatitt - se evt. egne avsnitt i kapittel 4.8.

6 FOR ALLE LEGER, FOR SYKEPLEIERE SOM SETTER VAKSINER SAMT FOR DE SOM HAR ANSVAR FOR VAKSINASJON I KOMMUNENS REGI

Kommunens vaksinasjonsarbeid følger faglige retningslinjer gitt av FHI: <https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/?term=> . Konkrete skriftlige rutiner for arbeide innarbeides av ledere i de enkelte virksomhetene i deres kvalitetssystem. Smittevernlegen bistår ved utarbeidelse av rutiner ved behov. Det er lederens ansvar å gjøre rutinene kjent for sine ansatte.

Husk at bivirkning av vaksiner er en meldingspliktig hendelse og meldes på melde.no

6.1 Barnevaksinasjonsprogrammet

Programmet strekker seg fra nyfødtp perioden til 10. Trinn. Alle leger anbefales å holde oversikt over aktuelt innhold i programmet, f.eks. ved å se på denne nettsiden:

<https://www.fhi.no/va/vaksinasjonshandboka/vaksinasjon/barnevaksinasjonsprogrammet/>

Programmet er spesielt ved at det pga. sitt omfang sikrer flokkimmunitet i tillegg til beskyttelse for den enkelte. For å oppnå flokkimmunitet er det en nasjonal målsetting for vaksinasjonsdekning i alle kommuner for POL, DTP og HIB på 95% og for MMR på 98 %. Statistikk for den enkelte kommune og de enkelte årskull er tilgjengelig på FHI sine nettsider

Vaksinasjonene finner sted på helsestasjonen. Påfyllingsdoser av vaksinene blir gitt i skolealder av skolehelsetjenesten. Helsepsykepleier utfører vaksinasjon. Helsestasjonslege og ledende helsepsykepleier har ansvar for at prosedyren er faglig tilfredsstillende. Ved behov konsultere smittevernlegen. Dersom barnet av ulike årsaker ikke skal vaksineres, skal dette journalføres.

Helsestasjon må ha skriftlig rutine for tilbud om oppvaksinering av alle under 20 år som av forskjellige grunner ikke er vaksinert i tråd med barnevaksinasjonsprogrammet (som regel fordi de flyttet hit fra utlandet).

6.2 Vaksiner mot tuberkulose

Denne er aktuell både som en del av barnevaksinasjonsprogrammet samt som et ledd i smittevernarbeid rundt et kjent smittetilfelle. I et slikt tilfelle blir det også helsepsykepleier som blir ansvarlig for å sette vaksiner der smittevernlegen anbefaler dette.

6.3 Vaksinasjon mot influensa, korona og pneumokokker

Kommunen er pålagt ansvar for vaksiner mot influensa og korona. Pneumokokkvaksinering er anbefalt, men er ikke et kommunalt ansvar.

Det er i høyest grad overlappende anbefaling om risikogrupper for disse 3 vaksinasjoner – alle eldre over 65 år og alle med kronisk sykdom. I tillegg anbefales gravide vaksine mot korona og influensa og premature barn anbefales influensavaksine.

Per i dag gir kommunen tilbud om influensavaksine og pneumokokkvaksine på årlige vaksinasjonskvelder. I tillegg er det individuell vaksinasjon hos fastlegene for influensa og pneumokokker og individuell vaksinerings på apotekene for influensa og korona. Dette skal bli regulert i egen avtale med fastlegene (kan være muntlig) og apotekene (skal være skriftlig).

Vaksinasjonsdekningen for influensa hadde tidligere vært spesielt lav i Rauma. I 2024 har kommunen gjort ekstra innsats for å informere befolkningen og ansatte og dekningen har kommet på et akseptabelt nivå. Informasjonskampanjer er en ferskvare og smittevernlegen må ha en rutine om å kjøre informasjonskampanjer i forkant av vaksineringsen hvert år.

For beboere på Rauma helsehus som brukere av hjemmetjenesten som ikke kan møte opp til vaksinerings bestilles vaksiner fra FHI av sykepleiere ved legesenteret hver høst, og de distribueres deretter til disse enhetene som selv administrerer vaksineringsen. Antall bestilte vaksiner må avklares i forkant med smittevernlege.

Det er tilsynslegen som har ansvar for å sørge for god vaksinasjonsdekning for korona- og pneumokokkvaksine hos beboere.

Det er også anbefalt at helsepersonell med pasientkontakt pasientkontakt vaksinerer seg for å minske smittepresset, og vaksiner til disse distribueres også fra legesenteret. Kostnaden dekkes av arbeidsgiver.

Det er først de siste årene at anbefalingene for pneumokokkvaksineringsen har blitt utvidet til å omfatte omtrent samme risikogrupper som for influensa (og korona). Det er dermed vesentlig lavere dekning for denne vaksinen enn ønskelig. Vaksinen anbefales hvert 6. år og kommunen har målsetting om å komme til adekvat dekning i løpet av denne perioden. I tillegg til tilbud på vaksinasjonskvelder har legesenteret eget lager av vaksiner som kan settes i tilknytning til legetime. Både fastleger og øvrig helsepersonell har ansvar om å fange opp behovet og tilby vaksineringsen til pasientene. Når vaksinasjonsdekningen blir adekvat, skal legesenteret avskaffet eget lager av pneumokokkvaksiner og pasienten får denne da på resept.

6.4 Oppfriskning av DTP-IPV

Befolkningen er anbefalt oppfriskning av DTP-IPV hvert 10. år. Kommunen har ingen systematisk fast informasjonsopplegg om dette. Smittevernlege kan vurdere å gå ut med informasjonen i egnede informasjonskanaler når det vurderes passende.

Pga. anbefalingen om oppfriskning samt pga. økende forekomst av kikhoste følger kommunehelsetjenesten per i dag anbefaling om samtidig vaksinasjon difteri/tetanus/kikhoste-polio ved behov for boosterdose ved sårskader.

6.5 Vaksine mot rabies anbefales etter bitt av flaggermus.

6.6 Vaksineringsen for hepatitt B til særlig smitteutsatte grupper

Helsepersonellet i kommunen, spesielt leger, helsesøstre og jordmor, samt ansatte i sosialtjenesten bør være oppmerksomme på personer med spesiell risiko for å bli smittet av

hepatitt B. Spesielt nevnes: personer med langvarig omgang med kjente kroniske smittebærere, andre særlig utsatte personer (stoffmisbrukere, prostituerte, menn som har sex med menn), personer eller barn av personer fra høyendemiske områder i verden, eller personer med visse sykdommer som gjør dem mer utsatt for hepatitt B eller dens konsekvenser. Disse personer vil få dekket vaksinasjon fra Folketrygden. Vaksinen rekvireres av smittevernlegen/fastlegen fra FHI på statens regning.

6.7 Yrkesvaksinering

Denne er nevnt i kapittel for ledere i alle virksomheter og omtales ikke videre her.

6.8 Reisevaksiner

Rauma legesenter og dels helsestasjonen har som praksis å bistå sine pasienter og kommunens innbyggere med rådgivning og vaksinasjon ved reiser. For "vanlige" reiser til "vanlige" reisemål har kommunens helsepersonell alltid hatt kompetanse til å forestå nødvendig reisevaksinasjon.

For vaksinasjon med tanke på svært spesielle reisemål kan pasienter ved usikkerhet bli henvist til spesialklinikker. Kostnadene dekkes ikke av Folketrygden eller kommunen, og betales av den reisende selv.

7. FOR SMITTEVERNLEGE

7.1 Generelt om rollen

Det er kommunelegen som skal etter smittevernlovens paragraf 7 -2 utføre smittevernoppgaver pålagt kommunen og dermed skal hen fungere som smittevernlege. Funksjonen av smittevernlege kan også utføres av en annen lege, i så fall skal etter loven denne legen utpekes av kommunestyret. Kommunen kan ikke tilplikte noen av fastlegene denne rollen da smittevernarbeidet ikke ansees som allmennmedisinsk oppgave, ansettelsen må altså være frivillig. Det bør også utpekes en stedfortreder (per 1.8.2024 er det ingen stedfortreder).

For å oppfylle sine plikter må smittevernlegen kjenne godt kjent med grunnlagslitteratur om smittevern. Først og fremst Smittevernhandboka fra FHI. Smittevernlegen skal ha oversikt over hele smittevernplanen og komme med forslag om nødvendige endringer. Smittevernlegen skal være godt kjent med hele innholdet i smittevernloven. Her føres kun noen utdrag fra smittevernloven og man forutsetter at smittevernlege setter seg inn i lovens hele innhold.

Kommunen (ved smittevernlege) skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i institusjonsbaserte tjenester.

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

Smittevernlegen skal skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen. For at dette kan skje, må smittevernlegen aktivt bidra til at systemet om melding av allmennfarlige sykdommer fungerer altså at alle overholder sin melde- og varslingsplikt.

Ved mottatt melding vurderes meldingen, dens alvorlighet, troverdighet og hastegrad, samt vurdere behovet for akutte eller mer langsiktige smitteverntiltak.

Når smittevernlegen mottar varsel om varslingspliktig utbrudd, melder vedkommende videre til sentrale myndigheter på nettet på FHI sin varslingsside som heter Vesuv. Varslingen følger retningslinjer gitt av Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/ut/utbrudd/> Kort oppsummert skal man varsle til Vesuv alle utbrudd i helseinstitusjoner uavhengig av agens, mens ved utbrudd utenfor helseinstitusjoner er det kun utbrudd av meldepliktige sykdommer (altså allmennfarlige smittsomme sykdommer) som skal varsles i Vesuv

Smittevernlegen skal initiere og lede det nødvendige lokale kartleggingsarbeidet (utover smitteoppsporing ved enkelttilfeller som er ansvarlig til den legen som får positivt prøvesvar!), og etter behov konsultere interne og/eller eksterne faglige ressurser.

Smittevernlegen skal etter behov og situasjon rapportere til kommunens administrative ledelse.

Smittevernlegen skal vurdere om kommunens kriseledelse skal innkalles pga. spredning av en smittsom sykdom.

Smittevernlegen vurderer behovet for innkalling av personell, spesielle målgrupper for tiltak, eventuelt behov for hastevedtak etter smittevernloven, samt vurdere behovet for varsling gjennom media.

I de saker hvor smittevernlegen er gitt direkte myndighet i loven, vil hen være selvstendig i forhold til kommunen.

Smittevernlegen er også et bindeledd mot eksterne aktører i smittevernet. Blant de viktigste er:

- Folkehelseinstituttet ved smittevernvakta (<https://www.fhi.no/om/fhi/radgivnings-og-vakttelefoner/>)
- Statsforvalteren (og herunder Fylkeslegen) i Møre og Romsdal: (<https://www.statsforvalteren.no/nb/More-og-Romsdal/Om-oss/Kontakt-oss/>)
- Mattilsynet: <https://www.mattilsynet.no/kontakt-oss/finn-ditt-naermeste-kontor/midt-norge>
- Sykehuset i Ålesund og Sykehus Nordmøre og Romsdal Hjelset. Begge har infeksjonsmedisinsk lege på vakt som er tilgjengelig for drøfting og som sammen med kommunens smittevernlege kan fatte enkelte tvangsvedtak etter smittevernloven. Sistnevnte sykehuset har ansatt tuberkulosekoordinator for vårt fylke.
- [Politiet, tollvesen, havner, flyplasser, Forsvaret, Kystvakten, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet, DSB – disse informerer smittevernlegen der det er nødvendig mtp. Smittevern og kan bistå](#) med gjennomføringen av tiltak etter §§ 4-1, 4-3, 5-2, 5-3 og 5-4.

7.2 Myndighet etter smittevernloven

- Etter § 4-1 i smittevernloven har kommuneoverlegen myndighet til å fatte hastevedtak om bl.a. forbud mot møter og sammenkomster, stenging av virksomhet, stans i kommunikasjoner, isolering, pålegg om rengjøring. I saker som ikke haster er dette derimot kommunestyrets myndighet.
- Etter § 4-2 om *forbud mot utførelse av arbeid m.m.* En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbyes å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Ved nytt

vedtak kan forbudet forlenges med opptil tre uker. Vedtak etter første ledd skal gjøres av kommunelegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen. Statsforvalteren avgjør klage over vedtak. Når legene som skal gjøre vedtak etter andre ledd er uenige, skal statsforvalteren delta i avgjørelsen. Helsedirektoratet avgjør klagen når statsforvalteren har vært med i første instans. En klage har ikke utsettende virkning på iverksetting av vedtak etter denne paragrafen. Når smittede personer gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning kan utgjøre en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan departementet i forskrift fastsette at det skal være forbudt for smittede personer å utføre et bestemt arbeid eller deler av det eller delta i undervisning.

- Etter § 4-5. *Obduksjon* - Kommunelegen kan vedta at en avdød med en allmennfarlig smittsom sykdom skal obduseres dersom det er nødvendig for å fastslå sykdommens art eller for å påvise andre forhold som det er viktig å kjenne til for å kunne forebygge en slik sykdom eller motvirke at den blir overført. Ved alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom bærer staten utgiftene for rekvirerte obduksjoner.
- Tvangstiltak overfor smittede personer etter smittevernlovens § 5. Dersom en smittet person motsetter seg undersøkelse kan det i visse situasjoner gjøres vedtak om tvungen legeundersøkelse ved innleggelse til undersøkelse og kortvarig isolering. Dette vil svært sjelden være aktuelt. Dette skal være siste utvei og alle forsvarlige frivillige tiltak skal være forsøkt først. Slike saker innledes ved at smittevernlegen utarbeider begjæring om tiltak etter den aktuelle paragrafen og sender denne til smittevernemnda med kopi til Statsforvalter. *Hastevedtak om tvangstiltak kan gjøres av kommunens smittevernlege sammen vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.* Smittevernloven inneholder detaljerte retningslinjer for framgangsmåten i slike saker. Kopi av hastevedtak skal omgående sendes til smittevernemnda.

Husk at Kongen, helsedepartementet og helsedirektoratet disponerer mulighet til nærmere bestemmelser om karantene, isolering og andre pålegg nasjonalt – §§ 4-2 til 4-4, 4-7 og 4-8.

Det eksisterer ingen formell vaktordning for smittevernlegene. Dette er ikke vanlig i Norge, heller ikke i de store byene. I dagens situasjon vil det svært sjelden være behov for å kontakte smittevernlege utenom ordinær arbeidstid. Selv i slike situasjoner vil smittevernlegen eller dennes stedfortreder uansett stort sett være å treffes per telefon, og vakthavende lege i kommunen vil i hovedsak være den som kan formidle kontakt.

Dersom det i en normal situasjon skulle oppstå et uventet behov for raske smittevern faglige råd, og verken smittevernlegen eller dennes eventuelle stedfortreder kan nås, kan legevaktslegen kontaktes. Denne vil imidlertid kun ha rådgivende funksjon og har ikke myndighet som smittevernlege etter Smittevernloven, som for eksempel å kunne treffe hastevedtak (etter §§ 4 og 5). Skulle et slikt behov uventet oppstå må kommunestyret tre sammen for enten å selv fatte hastevedtak etter Smittevernloven § 4-1, eller peke ut ny smittevernlege som kan fatte hastevedtak om tvangsbehandling etter § 5.

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

døgnåpen telefon for helsepersonell, 21076348, og på www.fhi.no legges det raskt ut oppdatert informasjon ved f.eks. nasjonale utbrudd.

7.3 Oppgaver ved matbåren smitte

Mattilsynet utfører på delegasjon kontroll med butikker og utsalgssteder som selger matvarer/næringsmidler der smittefare kan være en problemstilling.

Ved mistanke om tilfeller av matbåren smitte eller smitte fra dyr skal kommuneoverlegen varsle Mattilsynet. Mattilsynet har også ansvar for å varsle kommuneoverlegen om de mistenker matbåren smitte eller dyresykdom som utgjør smittefare for mennesker.

Ved utbrudd av sykdom som mistenkes å ha sammenheng med næringsmidler (inkludert vann) skal smittevernlegen alltid varsles og smittevernlegen varsler igjen videre til Folkehelseinstituttet. Dersom smittevernlegen ikke kan nås, varsler lege som påviser utbrudd Folkehelseinstituttet direkte ved smittevernvakta.

Kommunens arbeid følger faglige retningslinjer gitt av FHI: <https://www.fhi.no/ut/utbrudd/> samt <https://www.fhi.no/ut/utbruddshandboka/?term=>

Smittevernlegen sørger i samarbeid med Mattilsynet om kartlegging av utbrudd.

Mattilsynet kan stoppe salg av mat som kan være smittet og utfører kontroll av bedrifter som kan være utgangspunkt for smitte og vedtar evt. stenging av disse.

Smittevernlegen gir relevante opplysninger til kommunedirektør. Man vurderer innkalling av kriseledelsen og opprettelse av aksjonsledelse (som kan være det samme som kriseledelse) og vurdere videre bruk av ressurser i samråd med kommunedirektøren.

Kommunedirektør bestemmer i samarbeid med beredskapsrådgiver, smittevernlege og Mattilsynet behov for Informasjon til innbyggere. Man vurderer opprettelse av pressekontakt og egen informasjonstelefon.

Smittevernlegen vurderer vaksinasjon mot Hepatitt A hvis dette er årsak. (Immunglobulin til spesielt utsatte, mulig smittede.) OBS rusmisbrukermiljøet!

7.4 Rutiner ved mottak av flyktninger (inkludert familiegjennforente og oppfølging av beboere på asylmottak)

Smittevernlege skal påse av følgende ledere innarbeider i sine skriftlige rutiner system for samarbeid rundt flyktninger pga. flyktningenes økt insidens av allmennfarlige smittsomme sykdommer: ledende helsesykepleier, leder i flyktningtjeneste, sykepleier på asylmottak.

Det er kun tuberkulosekontrollprogrammet som er obligatorisk for flyktninger (omtalt senere i smittevernplanen). Øvrig kartlegging av både infeksjonsstatus og evt. øvrig helsekartlegging er frivillig, men kommunen må sikre at tilbudet blir kjent til hver enkelte. Det er plikt til den kommunen der vedkommende kommer først at kommunen utfører tuberkuloseundersøkelse.

For flyktninger er dette i praksis nesten alltid Migrasjonshelse i Råde kommune som har utført. Dette gjelder da både flyktninger på mottak i Isfjorden og bosatte flyktninger. Det er varierende om kommunen har tilgjengelig dokumentasjon på gjennomført kartlegging og resultat. Regelverket sier at den første oppholdskommunen (altså Råde) har plikt til å videreformidle funn kun dersom funnet trenger videre oppfølging. Manglende dokumentasjon skal dermed i teorien bety at screening er gjennomført med negativt resultat. Likevel ser det ut til å være videresendt dokumentasjon til oss på resultat på kartlegging hos de fleste. Dersom de medfølgende helseopplysningene fra transittmottaket på Råde tilsier behov for videre oppfølging i forhold til mistenkt eller verifisert tuberkulose, skal smittevernlegen kalle inn vedkommende og sørge for viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten.

Det forutsettes at flyktningene blir informert om et frivillig tilbud om helsekartlegging.

For de på mottak blir det mottakets apparat som informerer (i samarbeid med sykepleier på mottak). De med kort opphold i kommunen får tilbud om en kort kartlegging som inkluderer frivillig prøvetaking for hepatitter, syfilis og HIV basert på FHI sin liste av høyforekomstland. I tillegg får alle en kort kartlegging av vaksinasjonsstatus og blir eventuelt oppvaksinert av sykepleier på mottak dersom de samtykker til dette. Sykepleier varsler helsestasjon om barn på mottak og helsestasjon kartlegger vaksinestatus på barn og oppvaksinerer. Voksne blir oppvaksinert i regi av sykepleier på mottak dersom de ønsker vaksinasjon. Den nødvendige oppvaksineringen er gratis (gratis vaksiner bestiller fra FHI). De med lang oppholdstid (over 3 måneder) får tilbud om en utvidet (3måneders) undersøkelse som er anbefalt av Helsedirektoratet. Denne utføres av legen som har avtalen med kommunen om konsultasjoner dedikert kun for de som bor på mottak.

Bosatte flyktninger blir informert av flyktningtjeneste om fastlegeordning, får hjelp med å bli satt på en fastlegeliste snarest etter ankomst. Fastlegen skal gjennomføre nevnt 3-måneders helsekartlegging inkludert smittestatus for blodsmitte nevnt over samt vaksinasjonsstatus. Helsestasjon er behjelpelig med vaksinekartleggingen for barn i og med at dette er et mer omfattende arbeid enn hos voksne. Oppvaksineringen pågår for voksne bosatte i regi av legesenteret, for barn i regi av helsestasjon. Etter behov kan også øvrige smitte (parasitter, MRSA) kartlegges.

Adoptivbarn og familiegjenforente barn blir bosatt direkte i kommunen. Disse har ikke plikt til å melde seg hos politiet og smittevernlegen blir dermed ikke varslet om behov for tuberkulosescreening. For adoptivbarn skal kommunen ha egne skriftlige rutiner for helsekartlegging på helsestasjon inkludert varsling til smittevernlegen om behov for tuberkulosescreening. Man er der avhengig av at foreldrene selv melder seg på helsestasjon.

Kommunen skal ha skriftlige rutiner også angående helsekartlegging og smittestatusavklaring for familiegjenforente.

7.5 Tuberkulosekontrollprogram

7.5.1 Innledning

Smittvernarbeid knyttet til tuberkulosekontroll koordineres av smittevernlege eventuelt i samarbeid med øvrig helsepersonell (først og fremst ledende helsesykepleier) i tråd med nasjonale retningslinjer gitt av FHI: <https://www.fhi.no/ss/tuberkulose/tuberkuloseveileder/>

samt i Tuberkuloseforskriften. Smittevernlegen har det faglige overoppsyn for, utarbeider tuberkulosekontrollprogram for kommunen og sørger for implementeringen, leder organisering og etablering av nødvendige helsekontroller etter behov, for eksempel ved utbrudd av tuberkulose, mottak av flyktninger m.v.

Kommunen kan også vedta samarbeid om tuberkulosekontroll med andre kommuner.

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 (etter 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 tuberkuloseundersøkelse (inkludert reiseutgifter til vurdering hos henviser, mens reiseutgifter til røntgen og/eller IGRA dekkes av helseforetaket gjennom Pasientreiser som refunderer utgiftene i etterkant). Egenandeler for legetimer kan ikke kreves. Det anbefales å skrive på rekvisisjon til røntgen at dette angår tuberkulosescreening for å sikre at det ikke blir krevd egenandel på sykehuset.

Det regionale helseforetaket skal utpeke en tuberkulosekoordinator som skal sørge for at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd.

Av nyoppdagede smittede i Norge er ca 70% av utenlandsk opprinnelse, med gjennomsnittsalder ca 30 år. Nyoppdagede smittede av norsk opprinnelse er i gjennomsnitt ca 70 år, og det dreier seg i hovedsak om reaktivering av sykdom fra ungdomstiden.

7.5.2 Tiltak for å forebygge smitte:

Vaksinasjon er det viktigste tiltaket for å forebygge smitte i kjente risikogrupper. Tuberkuloseveilederen fra FHI gir nærmere retningslinjer for vaksinasjon.

Innvandrerbarn med foreldre fra høyendemiske områder som fødes i Norge skal tilbys BCG vaksine ved fødselen, pga. at mange av dem reiser på besøk til opprinnelseslandet, der smitterisikoen kan være stor. Helsestasjon har ansvar for å sjekke at barn som skal være vaksinert har fått tilbud om vaksinasjon.

Rauma kommune skal ha tilbud om vaksinasjon til personer eller grupper der det er aktuelt etter en medisinsk-faglig vurdering. Dette gjelder noen sårbare grupper nevnt senere i teksten eller i forbindelse med miljøundersøkelser rundt en smittet person.

Personer som ønsker vaksinasjon, eller der det anbefales, skal som hovedregel få dette utført hos helsesykepleier med mindre det foreligger medisinske kontraindikasjoner.

7.5.3 Tiltak for å oppdage smittede personer:

Etter paragraf § 3-1 i Forskrift om tuberkulosekontroll har en del personer plikt til å la seg undersøke for tuberkulose. Det er smittevernlegen som sørger for henvisning til undersøkelse og sørger for eventuelt videre oppfølging (enten i egen regi eller overført til pasientens fastlege)

inkludert henvisning til spesialisthelsetjenesten av personer som det er mistanke om har latent tuberkulose eller tuberkuløs sykdom.

Forskrift om tuberkulosekontroll pålegger oversendelse av relevante opplysninger til kommunelegen i ny bopelskommune når personer nevnt i § 3-1 bokstav a) flytter og det foreligger funn som gir grunn til videre oppfølging, evt. videreformidling av opplysninger om at tuberkuloseundersøkelsen eventuelt ikke har blitt gjennomført. Dette er smittevernlegens ansvar så langt smittevernlegen er kjent med en slik situasjon. Øvrige leger i kommunen har dermed plikt til å informere smittevernlegen om funn som gir mistanke om tuberkulose og krever videre oppfølging dersom pasienten skal flytte ut av kommunen.

Rauma kommune har ikke transittmottak, det er dermed ikke relevant med plikt om å overføre alle resultatet fra tuberkulosescreening videre til neste oppholdskommune dersom det ikke foreligger funn som krever oppfølging. Det er likevel for alles beste at det blir videresendt journal og kommunen har dermed rutiner om å innhente samtykke til videresending av journal fra de som ankommer lokalt mottak for å kunne sende journal til neste oppholdskommune.

Følgende personer har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse:

1. ALLE flyktninger og asylsøkere samt personer fra land med høy forekomst av tuberkulose, som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket med krav om oppholdstillatelse, registreringsbevis eller oppholdskort

Plikten til tuberkuloseundersøkelse gjelder også adoptivbarn fra områder med høy forekomst av tuberkulose. Kommunen har egne rutiner for å bidra til at disse får utført tuberkuloseundersøkelse ettersom de ikke blir meldt via politiet. Adopsjonsforeningene gir gjennomgående god informasjon til blivende adoptivforeldre om kravet til tuberkuloseundersøkelse og anbefaler kontakt med helsestasjon og evt. fastlege. Rutinen i Rauma kommune er per dags dato at helsestasjon varsler smittevernlegen for tuberkulosescreening.

For barn 0-9 år gjennomgås noen screeningsspørsmål, ved utslag tar man IGRA test og ved positivt svar bestiller men røntgen av lungene og henviser til spesialist.

De over 10 år skal ta røntgen og de ved funn på røntgen ta IGRA i tillegg og henvises til spesialist. Alle under 35 år fra land med særlig høy forekomst av tuberkulose skal ta IGRA selv ved negativ røntgen.

Alle med negativ screening skal få informasjon om symptomer på tuberkulose og beskjed om å ta kontakt med lege ved slike symptomer på et senere tidspunkt.

2. Personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller **gjeninntre** i stilling i helse- og omsorgstjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger

Arbeidsgiver, som kan være kommune, helseforetak, vikarbyrå eller vertsførelde til en au pair, har plikt til å påse at

- Alle fyller ut en egenerklæring. OBS – man må sikre at ansatte vet hvilke land som har høy forekomst av tuberkulose så det anbefalles å legge ved oppdatert liste over disse landene.

<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/forebygging-og-levevaner/smittevern/tuberkulose-land-med-hoy-og-saerlig-hoy-forekomst-av-tuberkulose>

- De som ut ifra egenerklæringen trenger videre undersøkelse, skal få denne utført i regi av sin fastlege. Dersom det av diverse grunner ikke er mulig å få ordnet dette gjennom vedkommende fastlege og heller ikke gjennom bedriftshelsetjeneste, kan smittevernlege kontaktes. Negativt resultat på røntgen må foreligge før vedkommende tiltrer. Rutiner per april 2025 sier at veldig mange også skal ta IGRA i tillegg til røntgen, men det er kun røntgen som må framlegges før oppstart i stillingen! Lungerøntgenbildene ved oppstart i et nytt arbeidsforhold bør normalt ikke være eldre enn 6 måneder, og bildene skal være tatt i Norge. Som del av legevurderingen må vedkommende også erklære ikke å ha symptomer eller tegn på smittsom tuberkuløs sykdom før tiltredelse ved undersøkelse og burde få informasjon om symptomer på tuberkulose og beskjed om rekontakt dersom disse symptomene oppstår.
- Egenerklæring for ansatte angående tuberkulosesmitte inkluderes i prosedyrer gitt av personalavdeling ved ansettelse og disse rutinene skal være en del av interkontrollsystemet i de enkelte avdelingene inkludert personalavdelingen. [Mal for egenerklæring: Tuberkuloseundersøkelse før arbeid innen barneomsorg, helse- og omsorgstjenesten](#)
- Personer kan bli anbefalt tuberkuloseundersøkelse selv om de ikke omfattes av forskriften. Dette kan for eksempel være aktuelt ved ansettelse i helsevesen eller barneomsorg, der arbeidstakeren kommer fra et høyforekomstland, har vært mer enn 3 år i Norge, og resultater fra tidligere tuberkuloseundersøkelse ikke er kjent.
- For arbeidsinnvandrere som pendler og har hyppige opphold i høyforekomstland, kan nytt lungerøntgen før hvert opphold i Norge bli unødvendig ofte. Kommunelegen kan i slike tilfeller fatte vedtak om fritak for plikt til tuberkuloseundersøkelse i samråd med den regionale smittevernlegen. Det kan for eksempel avtales lungerøntgen hvert 2. år eller ved symptomer.
- For en person som har oppholdstillatelse i Norge er det ikke krav om gjentatt tuberkuloseundersøkelse etter senere besøk/opphold i hjemlandet, med mindre den det gjelder arbeider med barn, pasienter eller pleietrengende. Oppholdet i hjemlandet skal da ha vært på mer enn tre måneder (sammenhengende) før plikt til ny rutineundersøkelse inntre.
- Ledere skal være oppmerksom på helsepersonell og lærere som har oppholdt seg i høyendemisk land i mer enn 3mnd. Disse skal etter prosedyre få utført undersøkelse og oppfølging av evt. positive funn hos sine fastleger.

3. Andre personer som det er medisinsk mistanke om er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose.

Alt helsepersonell, ansatte i sosialtjenesten og alle ledere skal være oppmerksomme på mulig tuberkulosesmitte. Det er sprøytenarkomaner, alkoholikere, hjemløse, HIV-smittede og personer med dårlig ernæringsstilstand som er risikogrupper for tuberkulosesmitte og ved langvarig feber, vekttap, eller langvarig hoste må nevnte personer sørge for at vedkommende blir undersøkt hos lege. Tuberkuloseveilederen sier at alle HIV-smittede burde utredes for både aktiv og latent tuberkulose, men obs – IGRA kan være falskt negativ eller inkonklusiv ved AIDS.

Det er omdiskutert om gravide er en særlig utsatt gruppe for tuberkulose. Man anbefaler at man på første svangerskapskontroll sjekker om gravide som faller under punkt 1. og 2. om tuberkulosescreening har gjennomgått tuberkulosescreening og ved usikkert kontakter smittevernlege.

Ved utbrudd i disse gruppene skal kommunen vurdere å opprette et lavterskeltilbud, eventuelt etablere et screeningprogram.

Bistandsarbeidere kan være utsatt for smitte selv under korte utenlandsopphold.

Tilsynslege må være oppmerksom på at også eldre personer med immunsvekkelse har risiko for å få reaktivert tuberkulosesmitte fra tidligere i livet og ta nødvendige undersøkelser ved symptomer på mulig tuberkulose.

Ved mistenkt tuberkulose har den enkelte fastlege ansvar for at adekvat utredning iverksettes. Ved vanskeligheter, for eksempel der pasienten ikke har fastlege eller har fastlege annet sted, skal smittevernlegen sørge for at en av kommunens leger påtar seg dette arbeidet.

Diagnostikk og oppfølging skal følge faglig aksepterte normer (FHIs veileder).

Dersom lege rekvirerer ekspektoratprøver plikter henholdsvis helsesykepleier, hjemmesykepleie eller sykehjem å bistå til taking, oppbevaring og innsending av slike prøver. Det er imidlertid meget sjelden at dette blir aktuelt da pasienten skal ved påvist eller mistenkt tuberkulose henvises til spesialisthelsetjenesten som har ansvar for videre diagnostikk og iverksettelse av behandling. I de fleste tilfeller vil det være lungeavdelingen ved Molde sykehus (som har ansatt tuberkulosekoordinator), eventuelt Ålesund sykehus, for barn barneavdelingen ved Ålesund sykehus.

Der det er klinisk mistanke om smitte (uansett om screening bekrefter dette), henvises pasienten til spesialist.

Der det ikke er relevant klinikk, men IGRA gir mistanke om latent tuberkulose, henvises pasienten også til spesialist (selv om behandlingen kanskje kun gis til de under 35 år eller ved risikofaktor som nysmitte eller immunsvekkelse). Forebyggende behandling er en mulighet for å hindre utvikling av tuberkuløs sykdom hos aktuelle latent smittede.

7.5.4 Tiltak ved påvist tuberkulose:

Melding i henhold til gjeldende meldingsforpliktelser

En lege, eller annet helsepersonell, som oppdager eller får mistanke om tuberkulose, skal samme dag muntlig varsle smittevernlege (eller smittevernvakta ved FHI dersom smittevernlegen ikke er tilgjengelig) gi melding om dette. MSIS melding sendes helst samme dag i tillegg. Pasienten skal ha informasjon om hvem som får meldingen og hva den skal brukes til. MSIS meldingen skal sendes smittevernlegen, regional tuberkulosekoordinator og FHI, evt. ansvarlig lege i operatørselskap i petroleumsvirksomhet ved smitte offshore.

Smitteoppsporing (= miljøundersøkelse)

Ifølge Forskrift om tuberkulosekontroll er det kommuneoverlegen som skal finne smittekontakter til en pasient med tuberkulose. Ved behov kan kommuneoverlegen be om ekstra hjelp fra annet helsepersonell etter avtale med leder for aktuell enhet (som regel helse og velferd). Alle ledd i smitteoppsporingen skal registreres nøye i kommunens journalsystem – uten personopplysninger. Journalen skal så brukes til å fylle ut rapporteringsskjema til FHI som sendes av kommuneoverlegen når smitteoppsporingen er gjennomført.

Arbeidet utføres i henhold til Tuberkuloseveilederen. Man skyller kontakter etter alder (under 6 mnd., 6 mnd.– 5 år og over 5 år) samt grad av eksponering (særlig smitteeksponerte altså nærkontakter til en pasient med positiv direkte mikroskopi fra luftveier eller andre smitteeksponerte altså personer eksponert over 8 timer innendørs siste 3 måneder for mikroskopi positive eller over 40 timer innendørs siste måneden for mikroskopi negative pasienter).

Vær oppmerksom på at IGRA test har lav sensitivitet for barn under 5 år. Jo lavere alder, jo lavere sensitivitet.

Hos de minste barna samt hos HIV-smittede som ble smitteeksponert kan det være aktuelt med forebyggende behandling. Disse skal henvises til spesialisthelsetjenesten omgående.

Enhver person med tuberkulose har plikt til å samarbeide med helsetjenesten om smittevern og smitteoppsporing. Kommuneoverlegen skal ta kontakt med de som er angitt som smittekontakter, og disse skal tilbys nødvendige medisinske undersøkelser med tanke på smitte. Fastlegene har plikt til, som for øvrige listepasienter, å bistå i diagnostikk, behandling, smitteoppsporing og øvrig oppfølging av en person med mistenkt eller påvist tuberkulose.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å lage en behandlingsplan i samarbeid med pasienten og smittevernlegen. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å organisere et behandlingsmøte for å avklare videre behandling i kommunen. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for at pasienten før møtet eller i løpet av møtet får informasjon om planlagt behandling med medikamenter i form av direkte observert behandling.

Pleie- og omsorgstjenesten har delegert ansvar for den praktiske gjennomføring av direkte observert behandling. Dette er et behandlingsopplegg som går ut på at helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Flere studier fra inn- og utland slår fast at slik behandling øker sannsynligheten for helbredelse, samt reduserer risikoen for resistensutvikling.

Delegasjonen skal gjøres på egne skjema som gjelder enkeltpasienter og spesifisert helsepersonell. Oppstart av slik behandling skal skje ved sykehus eller i samråd med sykehus. Direkte observert behandling kan ikke delegeres til andre enn helsepersonell (etter definisjonene i Helsepersonelloven).

Gjennomføring av direkte observert behandling krever at samtlige involverte ansatte har fått nødvendig informasjon og opplæring. Ansvaret for dette ligger hos aktuell avdelingsleder i hjemmesykepleien.

Det skal i hvert enkelt tilfelle utarbeides skriftlige prosedyrer og behandlingsskjema. Pleie- og omsorgstjenesten skal, der det er nødvendig og på delegasjon fra smittevernlegen, ha ansvar for oppbevaring av tuberkulosemedikamenter til den enkelte. Det vises her til Forskrift av 18. november 1987 nr 1153 om legemiddelforsyningen mv. i den kommunale helsetjenesten.

Informasjon

Ved utbrudd (flere tilfeller) kan det være aktuelt å informere befolkningsgrupper om sykdommen, smitteforebyggende tiltak, symptomer på sykdom, samt tilbud om vaksinasjon. Smittevernlege er ansvarlig for å vurdere behovet for, samt gjennomføre slik informasjon, eventuelt i samarbeid med ledende helsesykepleier, beredskaps- og kommunikasjonsrådgiver samt med FHI. Informasjonen kan være siktet mot generell befolkning eller målrettet mot f.eks. aktuelle barnehager, skoler og helsepersonell. I en spesiell situasjon er det viktig med god informasjon til nærmiljøet. Dette må gjøres på en måte og språk som forstås av de som skal motta beskjeden!

Tvangstiltak

En person som selv mistenker at han/hun kan være smittet med tuberkulose har plikt til å oppsøke lege for undersøkelse. En person med tuberkuløs sykdom plikter å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir. Dersom man ikke innretter seg etter legens råd om nødvendig undersøkelse og behandling, skal man sørge for at dialogen med pasienten virkelig er tilrettelagt så godt som mulig for å sørge for positiv medbestemmelse. Dersom dette ikke fører fram, kan det være aktuelt med tiltak etter §§ 5-2 og/eller 5-3 i smittevernloven altså tvungen undersøkelse resp. tvungen isolering. Kommunelegen sender i så fall en begjæring om tiltak til smittevernnemnda med kopi til statsforvalter. Nødvendig innhold i begjæringen er beskrevet i smittevernloven. I de tilfellene der det er nødvendig å fatte et hastevedtak, kan denne fattes av kommuneoverlegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinsk overlege og vedtaket sendes omgående til smittevernnemnda til vurdering.

8. FOR SMITTEVERNLEGE OG KOMMUNENS UTBYGGINGSETAT

8.1 Vannbåren smitte

Kontroll av drikkevann- og drikkevannskvalitet utføres av Rauma kommune sitt tekniske etat (Samfunn). Svar på prøvene som blir tatt sendes til teknisk etat, med kopi til kommuneoverlegen. Eventuelle tiltak gjøres i samarbeid med kommuneoverlege.

Kommuneoverlege varsler Rauma kommune sitt tekniske etat samt lokalt Mattilsyn ved mistanke om at sykdom hos mennesker er utløst av vannbåren smitte.

Vanligste årsaker til vannbåren smitte: hepatitt A, rorovirus, salmonella, shigella, campylobakter. Alle fastlegene skal være oppmerksomme på sammenheng mellom infeksjonssykdom og vannbåren infeksjon og spørre pasient om flere kjente tilfeller i nærmiljøet.

Fastlegen eller kommunens tekniske etat skal alltid varsle smittevernlegen ved mistanke om vannbåren infeksjon og utbrudd.

Smittevernlegen skal ta imot henvendelse med mistanke om vannbåren infeksjon, vurdere meldingen og vurdere eventuell videre prøvetaking og varsler Folkehelseinstituttet ved utbrudd.

For å stoppe videre smittepress kan det være aktuelt at smittevernlegen eller kommunens tekniske etat stenger vannkilde/krever vannkoking/sørger for tankvann.

Eventuelt kloakkbrudd må lokaliseres raskt. Man må stoppe videre utslipp.

Badevann som har vært kilde til smitte skal skiltes med advarsler og stenges.

Smittevernlegen informerer kommunedirektør/ordfører og diskuterer behov for å sette kriseledelse.

Kommunedirektør vurderer formidling av informasjon til innbyggere i samarbeid med beredskapskoordinator og smittevernlege. Det skal vurderes opprettelse av en pressekontakt, og egen informasjonstelefon.

Smittevernlege vurderer behov for vaksinasjon, forebyggende behandling, helsekontroller av risikogrupper

Teknisk etat sørger for etterkontroll av drikkevannskvaliteten.

Når aksjonen er avsluttet skal kommunen tekniske etat gjennomføre en evaluering og skrive en rapport som legges fram for deltakende medlemmer og avklare med kommunedirektør om rapporten også skal sende til et politisk organ til orientering.

8.2 Legionella

Kommunens smittevernarbeid om legionella reguleres av folkehelse-loven med tilhørende forskrift om miljørettet helsevern kapittel 3a: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-25-486/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Kommunens arbeid følger faglige retningslinjer gitt av FHI: <https://www.fhi.no/ss/legionella/legionellaveilederen/>

Forebygging av legionellasmitte ivaretas i kommunale bygg av Rauma kommune sin tekniske etat (Samfunn) i tråd med egne prosedyrer. Man skal sørge for at kontrollert virksomhet har i sin internkontroll inkludert risikovurdering for smitte med Legionella fra egne anlegg og at interkontroll inneholder rutiner for driftsmessige tiltak for å forebygge vekst av og smitte med Legionella. Man må selvsagt kontrollere at prosedyrer angitt i internkontrollsystemet følges. Smittevernlege konsulteres ved behov.

Som en kort oppsummering nevnes her at

- et anlegg ikke representerer fare for legionellasmitte dersom det ikke har utslipp som kan danne aerosoler. Av anlegg som gir risiko for smitte er det følgende type anlegg som har størst smittepotensialet:
 - Kjøletårn
 - Luftskrubbere der vekstbetingelsene for legionellabakterier er til stede
 - Offentlig tilgjengelige boblebad
 - VVS-systemer i sykehus, andre institusjoner og steder der mennesker i risikogrupperne kan bli eksponert
 - Innendørs fontener
 - Befukningsanlegg basert på forstøvning av vann (avhengig av beliggenhet)
- man kan regne med at vekstbetingelsene for legionellabakterier er dårlige og at faren for smitte ikke anses som vesentlig:
 - Når temperaturen i alt prosessvann alltid er under 20 °C eller over 60°C, og det ikke finnes lommer (for eksempel blindledninger) hvor vannet kan ha temperatur mellom disse ytterpunktene
 - Når temperaturen daglig eller minimum ukentlig overstiger 65 °C i hele sirkulasjonssystemet for prosessvannet, og man er sikker på at det ikke finnes blindledninger eller andre lommer hvor temperaturen ikke blir så høy
 - Når pH-verdien i alt prosessvann er under 3 eller over 10
 - Når det benyttes sjøvann uten at det blandes inn ferskvann

8.3 Avfall- og avløpshåndtering.

Hovedansvar for kommunens håndtering av avfall, kloakk samt for drikkevannsforsyning ligger hos Rauma kommune sin tekniske etat (Samfunn).

Rauma legekantor og Rauma Helsehus skal som en del av sine internkontrollsystemer ha rutiner for håndtering av smittefarlig avfall. Dette punktet skal også vurderes som en del av internkontrollsystemet til alle andre helsevirksomheter i kommunen (omsorgssentra, hjemmetjenesten, botjenesten).

8.4 Skadedyrkontroll

Omtalt i rundskriv I-10/2002 til Forskrift om skadedyrbekjempelse av 21. desember 2000. Bekjempelse av skadedyr kan kun utføres av personer med godkjent kurs av FHI.

Eier eller bruker av 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 der forekomst av skadedyr tilsier dette. Når det foreligger overhengende helsefare kan kommunen forby bruk av bygning, innretning m.v. til forholdet er rettet. Det vil være aktuelt med samarbeid med veterinærmyndigheter i slike tilfeller. Kommunelegen/smittevernlegen kan fatte hastevedtak om umiddelbar skadedyrbekjempelse dersom det er nødvendig for å hindre overhengende helsefare.

Fra tid til annen forekommer epidemier med hodelus i skoler og barnehager. Tilstanden er ufarlig og vanligvis lett å utrydde, og helsestasjonen er kontaktarena for dette.

9. FOR KOMMUNENS KRISELEDELSE OG FOR KOMMUNESTYRET

9.1. smittevern i kriser utløst av smittsomme sykdommer

I kriser utløst av smittsomme sykdommer inkludert pandemisituasjon kan det være behov for inngripende tiltak. Det er kommunestyret som er kommunens øverste organ og gjør enten nødvendige vedtak selv eller delegerer vedtaksmyndighet til kommunens kriseledelse eller til kommuneoverlegen der smittevernloven åpner for dette. Kommunelegen har etter smittevernloven også myndighet til selvstendig å fatte vedtak i hastesaker.

Smittevernloven gir kommunestyre følgende myndighet:

§ 4-1. Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering

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

- a) forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet
- b) stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der
- c) stans eller begrensninger i kommunikasjoner
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlusing av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet. Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.

I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter paragraf 4-1.

Det anbefales at kommunestyre i sitt delegeringsreglement i tillegg vedtar å delegerer vedtak etter paragraf 4-1 til kommuneoverlegen i en pandemisituasjon. Dette fordi koronapandemien

har vist at det er behov for å vedta mange smitteverntiltak etter påbudt og føringer fra sentralen myndigheter og det er upraktisk og potensielt helseskadelig å måtte organisere nye kommunestyremøter hver gang et slikt behov oppstår.

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

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

Etter pålegg fra kommunestyret har helsepersonell ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, plikt til å gjennomgå nødvendig opplæring for å kunne delta i de særlige oppgaver som smittevernarbeidet krever.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom har helsepersonell som har gjennomgått nødvendig opplæring, plikt til å delta og utføre nødvendige oppgaver i smittevernarbeidet etter kommunestyrets nærmere bestemmelse.

Helsepersonell har plikt til å følge Helsedirektoratets pålegg etter [§ 7-10](#) om at en allmennfarlig smittsom sykdom skal forebygges, undersøkes, behandles, eller pleies etter bestemte faglige retningslinjer, eller at undersøkelser eller analyser skal gjøres slik Helsedirektoratet bestemmer eller bare må gjøres av noen som Helsedirektoratet har godkjent.

En lege som er ansatt i kommunen eller som yter helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i forebyggelse av en allmennfarlig smittsom sykdom og i undersøkelse og behandling av en person som er smittet med en slik sykdom, når det er nødvendig og etter vedtak av kommunestyret.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere plikter for andre myndigheter, herunder bestemme hvem som skal betale for utgiftene til bistand.

Dersom det i en normal situasjon skulle oppstå et uventet behov for raske smittevern faglige råd, og verken smittevernlegen eller dennes eventuelle stedfortreder kan nås, kan legevakslegen kontaktes. Denne vil imidlertid kun ha rådgivende funksjon og har ikke myndighet som smittevernlege etter Smittevernloven, som for eksempel å kunne treffe hastevedtak. Skulle et slikt behov uventet oppstå må kommunestyret tre sammen for enten å selv fatte hastevedtak etter Smittevernloven § 4-1, eller peke ut ny smittevernlege som kan fatte hastevedtak om tvangsbehandling etter § 5.

For å gi en mer fullstendig oversikt over regelverk som kan brukes ved kriser utløst av smittsomme sykdommer, nevnes det her at det mest sannsynlig blir en nasjonal myndighet og ikke kommunestyre som skal bestemme smittevernregler ved en pandemi. Dette har vi sett i koronapandemien.

Kongen har mulighet til å fatte nasjonale vedtak etter smittevernlovens paragraf 4-3 og 4-4 som angår karantenebestemmelser ved utenlandsreiser, isolering av smittede eller isolering av friske for å unngå smitte, begrensning i bevegelsesfrihet og evt. plikt til å la seg undersøke.

Når det er avgjørende for å motvirke et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helsedepartementet etter paragraf 3-8 i smittevernloven i en forskrift fastsette at befolkningen eller deler av den skal ha plikt til å la seg vaksinere.

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

a) må oppholde seg innenfor bestemte områder.

- b) skal nektes deltaking i organisert samvær med andre, for eksempel i barnehage, skole, møter eller kommunikasjonsmidler.
- c) må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens (smittevernlegens) nærmere bestemmelse.

10. FOR KOMMUNENS KRISELEDELSE

10.1 Beredskapsarbeid i kriser utløst av smittsomme sykdommer

Beredskapsarbeidet i Rauma kommune har som mest overordnet plan en Helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse. Basert på denne er det videre utarbeidet en Overordnet beredskapsplan for Rauma kommune som beskriver tiltak i beredskapssituasjoner. Ingen av disse dokumentene nevner smittevernsituasjoner på annen måte enn å henvise til denne smittevernplanen, men Overordnet beredskapsplan gjelder likevel så langt den passer for situasjoner forårsaket av smittsomme sykdommer. Prioriteringer/beredskapsverdier, kompetanseutvikling- og øvingsplan i smittevernarbeidet følger av overordnet beredskapsplan.

Eventuelle evakueringsplaner, krisekommunikasjonsplan, operative beredskapsplaner for enheter og aktuelle temaspesifikke beredskapsplaner gjelder så langt de passer for smittevernsituasjoner.

Kommunens pandemiplan er nå inkludert i denne smittevernplanen som legger føringer for hvordan smittevernarbeidet gjøres ved en pandemi. Hvorvidt det foreligger en pandemisituasjon besluttet av sentrale helsemyndigheter. Kommunens pandemiplan kan likevel være aktuell i andre smittevernsituasjoner. Dette besluttet av kommuneoverlege i samråd med kommunens kriseledelse.

Den overordnede beredskapsplanen beskriver at kommunens beredskapsarbeid og håndtering av kriser skal følge de 4 nasjonale beredskapsprinsippene. Disse gjelder da også i en krise utløst av smittsomme sykdommer.

Likhetsprinsippet sier at den organisasjon man opererer med under kriser, skal i utgangspunktet være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig. Det vil si at etatsjefer, avdelingsledere, enhetsledere, seksjonsledere og fagledere beholder sine funksjoner også i beredskapssituasjoner.

Ansvarsprinsippet sier at den organisasjon som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, har også ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.

Nærhetsprinsippet sier at kriser skal organisatorisk håndteres på lavest mulig nivå.

Samvirkeprinsippet sier at myndigheter, virksomheter og etater har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Der behovet for koordinering og ledelse vurderes å overstige det enkelte enheter kan håndtere (pga. kompleksitet eller alvorlighetsgrad), aktiveres kommunens kriseledelse.

Sammensetningen og rutiner for innkalling av møter og den praktiske fungeringen er beskrevet i Overordnet beredskapsplan for Rauma kommune.

Kommuneoverlegen er i ordinære krisesituasjoner medisinskfaglig rådgiver for kriseledelsen.

I kriser utløst av smittsomme sykdommer skal planlegging av møter gjøres etter avtale med kommuneoverlege.

Pasientsky er legesenterets pasientjournal og brukes som verktøy i smittesporing. Smittesporingen som ikke inneholder pasientsensitiv informasjon journalføres av smittevernlegen i kommunens journalsystem P360.

Ordfører representerer den politiske ledelsen i kommunen og sikrer politisk representasjon i smittevernsituasjoner.

Ordfører kan etter avtale med kommuneoverlege og beredskapsrådgiver uttale seg på vegne av Rauma kommune, herunder til media, i en beredskapssituasjon utløst av smittsomme sykdommer.

Ordfører har ansvar for varsling av og rapportering til kommunestyret.

Kommunedirektør leder møtene i kriseledelsen. Kommunedirektør sikrer tilstedeværelse av fullmakter og beslutningsmyndighet i beredskapssituasjoner. Det er imidlertid kommuneoverlegen som har myndighet til å beslutte hastvedtak med hjemmel i smittevernloven og kommunestyre som har denne myndighet i saker som ikke er hastesaker.

Kommunedirektør har ansvar for varsling av og rapportering til Statsforvalter i Møre og Romsdal og til øvrige relevante nasjonale myndigheter.

Assisterende kommunedirektør bistår kommunedirektør, og tar over ansvar og fullmakter om kommunedirektør fratrer.

Beredskapsrådgiver har ansvar for å sikre at Rauma kommune raskt og effektivt kan informere og kommunisere internt og eksternt i beredskapssituasjoner, herunder media, og for at frigitt informasjon er korrekt og koordinert med relevante eksterne aktører. Beredskapsrådgiver skal fortløpende innhente informasjon og utarbeide forslag til frigitt informasjon. All frigitt informasjon om smittevernhåndtering skal godkjennes av kommuneoverlege før publisering.

10.2 Plan ved bioterror

Følgende nettside fra FHI gir ytterligere informasjon om håndtering av materialet som mistenkes å være tilsiktet for spredning av meget farlig smittsomme agens:

<https://www.fhi.no/sm/smittevernhandboka/temakapitler/biologisk-terror/?h=1&term=>

Et kort utdrag om akutt håndtering av materialet og tiltak for å beskytte personell:

1. Det viktigste rådet er å legge fra seg brevet eller pakken, ikke riste eller åpne mistenkelige brev eller pakker. Håndter brevet minst mulig. Dersom mistenkelig pulver har kommet ut av brev eller pakker, la pulveret ligge. Hvis det er praktisk mulig, dekk forsiktig over brevet og evt. pulveret med papir, tøyklede eller liknende. Unngå å virvle opp pulver.
2. Steng ventilasjon, vifter og maskiner som kan virvle opp pulver og støv. Lukk vinduer.
3. Klær som er tilsølt av pulver tas av og legges fra seg, evt. i en pose.

4. Forlat rommet eller gå bort fra det aktuelle området hvis rommet er stort. Lukk døra og hold rommet eller området avstengt.
5. Vask hendene med såpe og vann. Vurder behov for dekontaminering. Dusj om nødvendig.
6. Området rundt utslippsstedet defineres som eksponert område inntil hendelsen er avklart. Så raskt som mulig kontaktes politiet på 02800 eller 112. Det er alltid politiet som beslutter om et funn av pulver er mistenkelig eller ikke. Eksponert område holdes avstengt inntil laboratorieundersøkelser eventuelt avkrefter mistanke om smittestoff eller andre skadelige stoffer. Hvis mistanken avkreftes, kan området rengjøres som normalt.

Politiet og en rekke andre aktører (helsepersonell, samt ansatte ved tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet og Sjøfartsdirektoratet) har varslingsplikt til kommunelegen ved mistanke om biologisk helsetrusel/terror dvs. at man må ta umiddelbar telefonisk kontakt med smittevernlegen. Kommunen (smittevernlegen eller den som håndterer hendelsen dersom smittevernlegen ikke er tilgjengelig) skal videre varsle statsforvalteren og Folkehelseinstituttet om slike helsetrusler iht. [Forskrift om miljørettet helsevern](#) § 6 og [IHR-forskriften](#) § 4.

10.3 Kommunal beredskapsplan for pandemisk influensa

10.3.1 Introduksjon

Med pandemisk influensa forstås en alvorlig influensa som rammer hele eller en stor del av verden. Slike alvorlige pandemier rammer vanligvis kun få ganger i løpet av et hundreår.

Denne planen kan brukes som rammeverk også for andre pandemier, men tallene og tiltakene må da justeres basert på patogenets egenskaper.

Pandemier skyldes agens som det per i dag ikke finnes spesifikk medisinsk behandling mot, og der befolkningen ikke har opparbeidet seg immunitet. Sentrale helsemyndigheter har utarbeidet en egen Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa og kommunene er pålagt å ha en egen beredskapsplan for pandemisk influensa iht denne.

Vanligvis vil man ved slike pandemier få noe tid (uker, kanskje måneder) på å forbedre beredskapen, og i denne perioden bør beredskapsplanen for pandemisk influensa gås igjennom og revideres hvis det ansees å være behov for det. Kriseledelsen er ansvarlig for dette, og smittevernlegen skal ta initiativ til at kriseledelsen møtes.

Det må forventes at sentrale og regionale helsemyndigheter i slike situasjoner også vil være aktive i informasjonsarbeidet og i rådgivning til kommuner og helsetjenesten generelt.

Målsetning med pandemiplanen er å legge til rette for at man under en pandemi kan:

- Redusere sykkelighet og død
- Pleie og behandle syke og døende

- Opprettholde nødvendige samfunnsfunksjoner
- Ta hånd om de døde og de etterlatte på en forsvarlig måte
- Gi fortløpende og korrekt informasjon (helsevesen, publikum, media)

10.3.2 Fugleinfluensa

Fugleinfluensa er en influensasykdom blant fugler, der det er Landbruksdepartementet på øverste nivå, og for øvrig Mattilsynet, som har det overordnede ansvaret for beredskap, risikohåndtering og bekjempelse av sykdommer.

I noen få tilfeller har mennesker blitt smittet og syke av fugleinfluensa. De aller fleste tilfellene kan knyttes til tett kontakt med syke fjørfe. Målet med arbeidet er dermed å forebygge evt. smitte fra villfugl til fjørfebesetninger.

Per nå er det et pågående utbrudd av fugleinfluensa blant storfe i USA som har gitt smitte til mennesker. Viruset har så langt ikke utviklet evne til å smitte lett mellom mennesker. Hvis det gjør det, kan vi få en alvorlig global epidemi som beskrevet i pandemiplanen.

Ved påvisning av fugleinfluensa i Norge vil samhandling mellom etatene bli nødvendig. Statsforvalter har det overordnede ansvaret for regional samordning.

I kommunen er smittevernlegen ansvarlig for koordinering med øvrige etater og er i en slik situasjon også ansvarlig for å innkalle kriseledelsen dersom det finnes nødvendig. Det kan være behov for informasjon til befolkningen, sørge for utlevering av forebyggende antiviral behandling for involverte i arbeidet med syke fugler samt loggføring av eksponerte og personell som behandles profylaktisk.

Mattilsynet har ansvar for informasjon om og tilgang til verneutstyr for sine ansatte. I Rauma har man etablert et eget lager av materiell, og man har etablert kontakt med Sivilforsvaret med tanke på desinfeksjonssentral hvis det blir aktuelt.

Generelle råd til befolkningen:

Ikke ta på fugler som er døde eller virker syke.

Meld fra til Mattilsynet dersom man finner flere døde fugler innenfor et avgrenset område.

Vask hendene etter all kontakt med fugl, fuglebrett, frøautomater eller lignende

10.3.3 Faser av en pandemi

Verdens helseorganisasjon publiserte i 2013 en ny faseinndeling (3). Endringene består i at det nå er færre faser, samt at beskrivelsen for de enkelte fasene er mindre detaljerte. De ulike fasene kan være overlappende, og overgangen mellom fasene kan gå raskt eller gradvis.

Interpandemisk fase (interpandemic phase): Dette er perioden mellom influensapandemier. I denne perioden vil det oppstå nye subtyper influensavirus i dyrepopulasjoner som i blant kan smitte fra dyr til mennesker, men som først vil ha pandemisk potensiale når det oppstår smitte mellom mennesker.

Høynet beredskapsfase (alert phase): Denne inntreer når det er påvist en ny subtype av influensa hos mennesker. Økt årvåkenhet og grundige risikovurderinger er viktig på lokalt, nasjonalt og globalt nivå. Hvis risikovurderingene konkluderer med at det ikke er fare for utvikling til pandemisk fase kan dette innebære en nedskalering av aktivitetsnivået og oppmerksomheten.

Pandemisk fase (pandemic phase): Dette er når vi ser en global spredning (til flere WHO-regioner) blant mennesker av en ny subtype av influensa.

Overgangsfase (transition phase): Ved minsket global risiko etter toppen av en pandemisk bølge vil man kunne redusere tiltak og bevege seg mot gjenoppbyggingsfasen. Her kan det komme nye pandemibølger.

I en normal situasjon uten økt risiko for utvikling av pandemi (altså i den interpandemiske fasen) er det håndtering av normal sesonginfluensa og årlig vaksinasjon av risikogrupper som dominerer i kommunens arbeid med influensa.

Kommunen innkaller i samarbeid med smittevernlegen aktuelle befolkningsgrupper via relevante kanaler i oktober/november hvert år.

I en høynet beredskapsfase er det smittevernlegens ansvar å holde seg oppdatert og gjennomgå eget planverk for å kartlegge oppdateringsbehovet. Smittevernlegen har ansvar for å for at oppdatert informasjon og råd går til behandlende personell i kommunen.

*Kommunens kriseledelse må innkalles til møte, og detaljert planverk gjennomgås/revideres.

*Smittevernlegen informerer om situasjonen og sykdommens profil så langt man har kunnskap om dette.

*Det må planlegges tiltak for å sikre tilgang på helsepersonell

*Avklaring av sekretariatsfunksjon og pressekontakt-ansvarlig

*Avklare tilgang på lokaler som kan brukes til ekstra pågang av syke, og til eventuell massevaksinasjon

*Avklare ansvarsforhold og behov for et eventuelt kommunestyrevedtak.

Pandemisk fase erklæres når det er økende og vedvarende smitte i den generelle befolkningen, dvs. en pandemi er et faktum. Dette sier dog ikke noe om alvorlighetsgraden av sykdommen, men om den geografiske utbredelsen.

*Kommunens kriseledelse må møtes og vurdere å iverksette tiltakene i pandemiplanen. Det er å forvente at det i en slik situasjon vil være betydelig rådgivning og føringer fra sentralt hold vedrørende aktuelle tiltak. Eventuelt sørge for vedtak etter Smittevernloven som f.eks.

møteforbud, stenging av skoler, barnehager etc. Myndighet til disse anbefales delegert til kommuneoverlege i en pandemi for å sikre at tiltakene kan iverksettes raskt nok.

Smittevernlegen er ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert mot andrelinjetjenesten, og å formidle dette videre til aktuelle instanser. Man må være forberedt på tidlig tilbakeføring av pleietrengende pasienter i en situasjon med stort press på andrelinjetjenesten, og kommunens koordinerende enhet blir da en sentral aktør mot andrelinjetjenesten og bindeledd mot institusjonene.

I overgangsfase skal kommunens kriseledelse møtes for å evaluere tiltakene som ble satt i verk og gjennomgå og eventuelt oppdatere beredskapsplanene

10.3.4 Noen scenarier og tall

Med det mest sannsynlige scenariet forventer vi ved en pandemi med et nytt virus at 30 % av hele befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år og at 15 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. 5 % vil da være syke og sengeliggende samtidig når epidemien er på sitt verste. Overdødelighet anslås til 0,1- 0,4 % av de syke. I Rauma vil det i så fall bli 1000 syke i løpet av perioden og at vi kan forvente 1 - 4 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.

Men vi må også være forberedt på det verste scenariet i pandemiplanleggingen, selv om dette scenarioet er mindre sannsynlig. Her forventer vi at 50 % av befolkningen blir smittet i løpet av

et halvt år og at 25 % av befolkningen blir syke og sengeliggende. Om lag 8 % (560 personer) vil være syke og sengeliggende med influensa samtidig når pandemien er på sitt verste. Overdødelighet anslås til 0,4-1,1 % av de syke. Det betyr nærmere 1750 syke i løpet av perioden og 7 - 20 ekstra dødsfall i forhold til en normal vintersesong.

En pandemi antas å skylle innover landet med 2-3 større bølgetopper og vare omtrent 1/2 år. Det er høyst usikkert hvor lang tid det tar fra en pandemi starter og den kommer til Rauma, men antas å kunne varsles noen uker i forkant. Derfor er det viktig at det er lagt planer for å kunne håndtere en slik vanskelig situasjon som kategoriseres som en alvorlig krise.

Pleie- og omsorgssektoren må regne med en betydelig merbelastning. Det må helt sikkert utvides deltidsstillinger, innkalles pensjonerte helsesykepleiere/sykepleiere, innkalle frivillige og rekvirere ufaglærte for å håndtere situasjonen. Det må påregnes betydelig økt sykkelighet både blant personalet og i pasientgruppen, og enhetslederne må begynne å planlegge for denne situasjonen i fase 5 (etter varsel fra smittevernlege). Man må vurdere samarbeid med nærliggende kommuner der dette kan løse kapasitetsproblemer i egen organisasjon.

En pandemi med økt sykkelighet og død kan medføre en del reaksjoner inkl. sorg og frykt, spesielt hvis man skulle komme i en situasjon med barnedødsfall. Kommunens psykososialt kriseteam kan aktiveres dersom kommunens vanlige apparat ikke klarer å ta seg av en situasjon.

Alle helse- og omsorgstjenester i kommune skal ha egne beredskapsplaner for pandemihåndtering.

10.3.5 Smittevernutstyr

Det er ikke anbefalt generell bruk av munnbind i befolkningen. Viktigst er generelle smitteverntiltak som hånd- og hostehygiene, og at man ikke oppsøker folkesamlinger. Helsepersonell som er i kontakt med influensasyke skal benytte munnbind og hansker, eventuelt smittefrakker i spesielle situasjoner med kontakt med kroppsvæsker.

Helsestasjonen og legesenteret må komplettere og øke sine lagre av utstyr når fase 5 er et faktum. Forskriften pålegger beredskapslager for 3 måneder vanlig forbruk, men i en pandemi kan forbruke øke betraktelig og lagrene må fylles opp deretter.

I størst mulig grad må man opprettholde vanlig aktivitet og basere seg på de vanlige kanaler. Det er imidlertid anbefalt å holde adskilt influensasyke fra andre pasienter, så i en begynnerfase med få smittede ansees det hensiktsmessig at disse kan motta hjemmebesøk for prøvetaking og sikring av diagnose og den aktuelle personen isoleres i hjemmet til smittefaren er over (7 dager). Hvis vi ser at dette overskrider kapasiteten til ordinær legevakt, foreslås det å leie inn lege til egen tjeneste/bakvaktfunksjon for å håndtere influensasyke. Alternativt kan man organisere det slik at et bestemt tidspunkt på dagen er ryddet for andre pasienter og avsatt til håndtering av influensasmittede.

Dersom det oppstår et behov for et sted å pleie syke utover det sykehuset eller sykehjemmene har kapasitet til vil man måtte se etter muligheter for andre lokaliteter, forslagsvis et av de lokale hotellene eller egnede lokaler på Setnesmoa. Den medisinske pleien vil bli gitt etter prioritering av ressursene på det medisinskfaglige personellet i kommunen. Denne prioriteringen vil gå mellom kommunelege, kommunedirektør og aktuelle enhetsledere i Rauma kommune. Det vil kunne være behov for ytterligere hjelp/bistand for de syke til f. eks matombringning. Til dette kan frivillige eventuelt benyttes.

10.3.6 Antiviralia

Norge har et beredskapslager på 1.4 millioner doser. Det er satt opp nasjonale prioriteringslister over hvem som skal ha profylaktisk behandling dersom det blir aktuelt. Det er ikke grunn til å tro at det vil bli knapphet på dette legemidlet i utgangspunktet, men hvordan distribusjon skal foregå er per i dag ikke fastlagt. Sannsynligvis vil distribusjonen gå via apotekene.

Samlet anbefaling av prioriterte grupper for antiviralia (Helsedirektoratet)

1. Vedvarende smitteeksponert personell i helsetjenesten prioriteres høyest fordi de er helt nødvendige for å kunne ta imot et økt antall behandlingstrengende pasienter og fordi de samtidig utsettes for et stort smittepress.
2. Ringbehandling rundt de aller første tilfellene for å prøve og forsinke pandemiens utbredelse.
3. De som blir syke og først av disse de som har økt risiko for komplikasjoner og død.
4. Smittede/ syke gravide.
5. Smittede/syke uten økt risiko for komplikasjoner.
6. Utvalgt nøkkelpersonell når det er fare for at samfunnskritiske tjenester bryter sammen.

Ansvarlige for å gjennomføre bruk av antiviralia etter de nasjonale retningslinjene vil for prioritetsgruppe 1 være smittevernlegen, for prioritetsgruppe 2 smittevernlegen i samarbeid med behandlende leger, og for gruppe 3, 4 og 5 er det den enkeltes behandlende lege. For prioritetsgruppe 6 vil smittevernlegen være ansvarlig, men her er det grunn til å tro at det vil komme føringer fra sentralt hold dersom det blir aktuelt.

10.3.7 Vaksinerings

Det skal foreligge en egen rutine/plan for massevaksinasjon ved pandemi. Denne skal bl.a. følge tiltaksplan fra FH som beskriver hvem skal gjøre hva i de forskjellige fasene av en pandemi med tanke på massevaksinasjon: <https://www.fhi.no/va/veileder-massevaksinasjon-mot-pandemisk-influensa/veileder-for-kommunene/tiltaksplan-for-massevaksinasjon-i-kommunene/?term=> I videre tekst står kun enkelte utvalgte punkt fra tiltaksplanen.

Massevaksinerings og rådgivning omkring influensaepidemien må prioriteres og gjennomføres enten ved opprettelse av nye stillinger eller ved nedprioritering av vanlige arbeidsoppgaver.

Alle deltidsstillinger må kunne omgjøres til fulltidsstillinger på kort varsel. Kommunedirektøren vil være den som bemyndiger dette.

Det er ett legesenter i Rauma med til sammen 10 leger inkludert turnuslege, og 6 årsverk for hjelpepersonell. Det samme gjelder her at man på kort varsel må kunne omgjøre deltidsstillinger til fulltidsstillinger; dette både for å kunne møte en betydelig økt pågang av pasienter, og for å kunne bidra til massevaksinasjon og testing.

Norske myndigheter har inngått avtale med en vaksineprodusent om leveranse av influensavaksine i en pandemisituasjon. Denne vil vanligvis ikke kunne ventes å være leveringsklar før etter 4-6 måneder.

Ved en pandemi vil trolig ikke behovet for vaksine kunne dekkes fullt ut. Kommunen må ha en liste over ulike prioriterte grupper i Rauma kommune. Ved pandemiutbrudd skal det sendes oversikt over antall personer i forskjellige prioriteringsgrupper til FHI. Deretter vil Rauma bli tildelt sine kvoter vaksiner når den er tilgjengelig. Lister over hvilke personer som faller inn under de ulike prioriterte gruppene er skissert i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa.

Kommunen må organisere mottak av vaksiner når det blir aktuelt. Det skal oppnevnes en vaksinekoordinator etter råd fra kommuneoverlege. Det må sikres tilstrekkelig lagringskapasitet altså plass i kjøleskap/ fryser ut ifra ønsket temperatur. Det må kontrolleres at vaksinene oppbevares ved stabil temperatur og at vaksiner ikke kommer på avveie.

Innkalling til massevaksinasjon kan skje via presse og kommunens nettsider. Kommunens kommunikasjonsrådgiver må delta i utarbeidelse av kommunikasjon og være hovedansvarlig for denne. Ved innkallelse av mindre grupper må man ta utgangspunkt i prioriteringslistene og det vil f.eks. være hensiktsmessig at Helsestasjonen innkaller barn fra 6-24 mnd og gravide.

Dersom vaksinasjonen ikke blir utført som drop in, skal digitale løsninger for booking av vaksinasjon benyttes dersom de finnes. Telefontilgjengelighet er ellers en flaskehals her, og det må vurderes hvordan man kan få utvidet kapasiteten dersom denne trengs. Det kan være aktuelt å opprette et eget nummer som betjenes av spesielt opplært sykepleier, for eksempel. Lokale finnes tilgjengelig for dette på legesenteret, nummeret kan i så fall offentliggjøres via kommunens hjemmesider og via Åndalsnes Avis.

Det må planlegges for flere vaksinasjonssteder. Isfjordshallen/Isfjorden skole for Nordsida, Måndalen skole for Sørsida og Rauma kulturhus for Andalsnes/dalen kan være aktuelle steder. Det må være ganske store arealer pga. at alle vaksinerte skal vente og observeres i 20 minutter etter vaksinasjonen.

Det blir behov for registreringsenhet, i tillegg til vaksinatører (helsesykepleiere, jordmor, personell fra legesenteret). Lege bør være lett tilgjengelig pga. fare for anafylaksi. Massevaksineringen skal følge samme skriftlig rutine som gjelder for årlig influensavaksinering.

Personale ved institusjonene forutsettes å kunne gjennomføre vaksinasjon av beboerne og eget personale, og hjemmetjenesten vaksinerer hjemmeboende eldre og pleietrengende som har tilsyn av dem.

Samlet oversikt over prioriterte grupper for vaksine ved en pandemi (Helsedirektoratet)
Begrunnelse

Vedvarende smitteeksponert personell i helsetjenesten prioriteres høyest fordi de er helt nødvendige for å kunne ta imot et økt antall behandlingstrengende pasienter og fordi de samtidig utsettes for et stort smittepress.

Som nummer to prioriteres risikopersoner for komplikasjoner og død som er tilsvarende de som anbefales vaksiner mot den vanlige sesonginfluensaen. Dette er i tråd med målsettingen med pandemiplanen som er å forebygge smittespredning og redusere sykkelighet og død. Ved en katastrofal pandemi vil en etter en nærmere vurdering kunne ivareta hovedmålsettingen med

planen bedre ved først å vaksinere utvalgt nøkkelpersonell for å unngå at samfunnskritiske tjenester bryter sammen.

I en situasjon med begrenset tilgang på vaksine kommer denne prioriteringslisten til anvendelse:

1. All helsepersonell (i Helse og omsorg, Helse og velferd og ambulanspersonell) som er vedvarende eksponert for smitte - ca. 350 personer. Ved behov for prioritering i denne gruppen vaksineres ambulanspersonell og personell på legesenteret først da disse møter proporsjonelt flest akutt syke pasienter.
2. Pasienter med økt risiko for alvorlig utfall og komplikasjoner, disse utgjør ca. 2000 personer i Rauma (samme gruppe som anbefales sesong-influensavaksine årlig). Vil tro man vil kunne fremskaffe liste gjennom Folkeregisteret over alle over 65 år og gjennom uttrekk fra fastlegenes journaler når det gjelder spesielle diagnoser. De over 65 år kan innkalles per brev/avisoppslag, risikopasienter må innkalles individuelt. Legesenteret må få verktøy for uttrekk av risikopasienter fra journalsystemet!
3. Barn i alder 6-24 måneder, utgjør ca. 110 barn, helsestasjonen vil kunne fremskaffe liste og innkalle disse.
4. Gravide, utgjør ca. 70 personer, listen kan fremskaffes ved legesenteret eller hos jordmor, og de kan innkalles per brev/tlf.
5. Nøkkelpersonell i ledelse og i utvalgte samfunnskritiske tjenester etter en nærmere vurdering av situasjonen, utgjør anslagsvis 1000 personer. Man må gå ut fra kommunens liste over nøkkelpersoner i ledelse og samfunnskritiske tjenester. Disse personene kan innkalles til vaksinasjon på legesenteret eller egne vaksinasjonslokaler.
6. Annet helse- og omsorgspersonell med pasientkontakt: ca. 60 personer. Disse kan vaksineres ved oppmøte på arbeidsplassen/legesenteret, organisert av enhetsleder ved psykiatritjenesten/dagsenteret.
7. Frivillige pleiere innen pleie- og omsorgstjenesten og andre med pasientkontakt
Cirka 20 personer.
8. Barn i barnehage og barnehagepersonale
Cirka 500
9. Barn i grunnskolen og skolens personale, inklusive SFO, cirka 1000
10. Sjåførere og andre med kundekontakt i kollektivtransport, cirka 25
11. Personell i servicenæring med stor publikumskontakt, cirka 20
12. alle andre, cirka 2000

11. APPENDIX - TELEFONLISTE

Kommuneoverlege/ smittevernlege Jan Drahos	71166700/ 46610307
Ledende helsesykepleier Marita Merlid	71166600/ 92648564
Kriseledelse i Rauma	71222400
Ordfører Yvonne Wold	908 12 720
Kommunedirektør Kirsti Welander	901 13 337
Kommunalsjef Helse Omsorg Margrete Grinaker Berle	91 12 42 52
Kommunalsjef Helse Velferd Sylvia Vik Mittet	99 69 97 04
Fylkeslegen i Møre og Romsdal	71 25 84 00, sentralbord Statsforvalter
Lungepoliklinikken, SNR	71120000 sentralbord SNR
FHI Smittevernvakta	21077000 innenfor kontortid, 21076348 utenom kontortid
Legevakten i Rauma	71166700
Legevakt i Molde	116117
Mattilsynet	22400000 (felles sentralbord for hele landet)