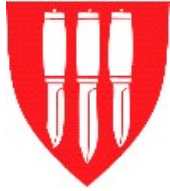




GJERSTAD
KOMMUNE



Gjerstad kommune

Smittevernplan

Godkjent av kommunestyret 13.02.2025

Innhold

Smittevernplan for Gjerstad kommune - innledning	3
Formål med planen.....	3
Om planen	3
1 Smittevern i daglig virksomhet og i beredskapssituasjoner	4
2 Varslingsplan ved smitte i Gjerstad kommune	6
3 Smittsom hjernehinnebetennelse i skoler og barnehager	7
4 Tuberkuloseplan for Gjerstad kommune	8
4.1 Oversikt over delansvar i tuberkulosearbeidet	9
4.2 Tuberkulosekontroll av ansatte i Gjerstad kommune	10
4.3 Rutine ved tuberkulose testing av utlendinger og andre	10
5 Plan for pandemiske sykdommer i Gjerstad kommune	11
5.1 Definisjoner og mulige konsekvenser	12
5.2 Bruk av pandemiplanen i beredskapssituasjon	13
5.3 Vaksine og behandling.....	15
5.4 Helsetjenestens organisering ved en pandemi.....	15
5.4.1. Generelle tiltak under en pandemi.....	15
5.4.2. Forslag til organisering av tilbudet til pandemisyke	16
5.4.3 Hendelser som fordrer straks vurderinger	16
6 Plan for legionellasmitte	17
6.1 Forebyggende tiltak mot legionella hjemme.....	18
6.2 Forebygging av legionella i bedrifter og andre steder	19
6.3 Forebygging av legionella i kommunale enheter	20
6.4 Tiltak ved utbrudd av legionella	21
7 Næringsmiddelbårne infeksjoner	23
8 Prosedyre ved stikkuhell	25
9 Informasjon til skoler og barnehage	31
10 Telefonliste ressurser	33
11. Vedlegg - Prosedyre ved stikkskade - kortversjon	34

Smittevernplan for Gjerstad kommune - innledning

Formål med planen

Å sikre befolkningen i kommunen mot smittsomme sykdommer.

Om planen

Lovgrunnlag (lovdata.no)

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer – med forskrifter
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – med forskrifter
- Lov om matproduksjon og mattrygghet – med forskrifter
- Lov om helsemessig og sosial beredskap – med forskrifter
- Lov om helsepersonell – med forskrifter
- Folkehelseloven – med forskrifter

Ansvarlig for planen

- Kommuneoverlegen

Faglig basis

Smitteverntjenesten skal utøves etter allment aksepterte medisinsk-faglige normer. Tjenesten skal følge råd og retningslinjer gitt fra Folkehelseinstituttet og andre statlige organ.

- [Helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no)
- [FHI.no – smittsomme sykdommer](https://fhi.no)

Distribusjon av smittevernplan

Planen skal i hovedsak være tilgjengelig via det kommunale dokumentlagringssystemet, og via kvalitetssystemet QM+.

Henvisning til relaterte planer

- Overordnet beredskapsplan Gjerstad kommune inkludert helsemessig og sosial beredskapsplan. Revidert 1. desember 2022.

Revisjon av planen

Planen gjennomgås årlig for faglige oppdateringer og revisjon. Ved endringer skal planen godkjennes av beredskapsansvarlig i kommunen (kommunedirektør). Beredskapsrådet skal orienteres om endringer/justeringer som foretas i planen. Ved behov for større, prinsipielle endringer i planen legges den frem for politisk behandling, og minst en gang pr. kommunestyreperiode.

1 Smittevern i daglig virksomhet og i beredskapssituasjoner

Formål

Redegjørelse for smittevernarbeidet i den daglige kommunale drift og i en beredskapssituasjon; herunder ansvar, virkemidler og lovhjemmel.

1.1 Smittevern i det daglige arbeidet

Ansvar

Smittevern i kommunens daglige drift omfatter en rekke oppgaver, og ivaretas av ulike instanser:

Vaksinasjon

- Omfatter både barnevaksinasjonsprogrammet, opphentingsvaksinasjon av flyktninger, vaksinasjon av visse grupper i forbindelse med kampanjer (f.eks. livmorhalsvaksine), influensavaksine, og reisevaksiner.
- Helsestasjonen har ansvar for barnevaksinasjon og vaksinasjon av flyktninger/asylsøkere, mens legekontoret utfører de fleste andre vaksinasjonsoppgaver.

Næringsmiddelkontroll

Utføres av mattilsynet.

Vannforsyning/drikkevannskontroll

- Enhet for kommunalteknikk har ansvar for drikkevannskvalitet i det kommunale vannverket.
- Private vannverkseiere som ikke er enkeltvannforsyninger, har tilsvarende ansvar for kvaliteten på drikkevannet som leveres til abonnentene.

Avfallshåndtering og slam

RTA er et interkommunalt selskap som eies av Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Vegårshei kommune. Selskapet drifter tjenester knyttet mot renovasjon (bl.a. avfallshåndtering) og slam.

Sykehjem – smittevern

Gjerstad bo- og omsorgssenter har avtale med Sørlandet Sykehus om infeksjonskontrollprogram, se QM+.

Lovgrunnlag:

Vaksinasjon

- Smittevernloven kapittel 3
- Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram

Næringsmiddelkontroll

- Matloven kapittel 5

Vannforsyning/drikkevannskontroll

- Forskrift om vannforsyning og drikkevann

Avfallshåndtering

- Forurensningsloven kapittel 5

Sykehjem

- Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten

1.2 Smittevern i en beredskapssituasjon

I en beredskapssituasjon vil de 4 prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap være grunnleggende.

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

Likhetsprinsippet betyr at den organisasjon man opererer med under kriser i utgangspunktet skal være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.

Nærhetsprinsippet betyr at kriser organisatorisk skal håndteres på lavest mulige nivå.

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

Virkemidler

Jvf smittevernlovens kapittel 4, kan kommunestyret som ledd i tiltak for forebygging av allmennfarlig smittsom sykdom vedta:

- Forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- 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.
- Stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- Isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- Pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avliving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Ved iverksetting av tiltak som nevnt over, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom.

- 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 forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det.

Vedtaket gjøres av kommuneoverlegen, i samarbeid med den legen som det regionale helseforetaket har utpekt etter smittevernlovens § 7-3.

2 Varslingsplan ved smitte i Gjerstad kommune

SMITTESITUASJON OPPDAGES

- av allmennlege, legevakt, sykehus, sykehjem, mattilsynet, laboratorier, annen offentlig myndighet. Meldeplikt for helsepersonell som oppdager allmennfarlig smittsom sykdom. [Melding og varslingsplan om smittsom sykdom - FHI](#)



SMITTEN MELDES

Til smittevernansvarlig kommuneoverlege som vurderer risikosituasjonen og starter loggføring.



Ufarlig / moderat fare

Situasjonen håndteres av kommuneoverlege, som iverksetter nødvendige tiltak. Andre instanser ansvarliggjøres og trekkes inn etter behov etter konkret vurdering av situasjonen, om behov informeres enhetsleder helse/omsorg som iverksetter plan for helsemessig og sosial beredskap.

Kritisk! Stor fare!

Kommuneoverlegen informerer umiddelbart kommunedirektør for innkalling av kommunens kriseledelse. Fylkeslege, FHI, lokalsykehus og eventuelt andre involverte parter informeres snarest.



Krisen håndteres

Kommunedirektør har ansvar for kriseledelse, kommuneoverlegen for smittevern-arbeidet. Kommuneoverlegen har ansvar for det faglige innhold i informasjonen som skal gis. Kommuneoverlegen benytter utvidet fullmakt for hastedtak når det er påkrevet.



(forts. neste side)

Smittevernarbeidet:

- Kartlegging av situasjon og utbredelse,
- Iverksette tiltak for behandling av smittede, oppsporing av smitekilder,
- iverksetting av vaksine og andre forebyggende tiltak og avgrensning av smittespredning
- Informasjon til allmennheten, media og til samarbeidsparter
- Hendelsen og innsatsen evalueres snarest
- Ved smitte fra vann, mat eller dyr brukes utbruddshåndboka:
[Utbruddshåndboka - FHI](#)

3 Smittsom hjernehinnebetennelse i skoler og barnehager**Hensikt**

Sikre rask og effektiv informasjon til omgivelsene når det oppstår tilfeller av meningokokksykdom i skoler eller barnehager i Gjerstad.

Ansvar

Kommuneoverlege/smittevernlege, samt helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Definisjoner

Meningitt og meningokokksykdom: Meningitt og/eller sepsis som antas eller er sikkert påvist forårsaket av meningokokker.

Fremgangsmåte

1. Sykehuset eller andre deler av helsetjenesten varsler kommuneoverlege/smittevernlege pr. telefon så raskt som mulig ved mistenkt/sikkert tilfelle av meningokokksykdom. Kommuneoverlegen varsler videre til FHIs smittevernkvart. Dersom kommuneoverlegen ikke nås, varsles FHI direkte.
2. Kommuneoverlegen er ansvarlig for å vurdere videre smitteverntiltak i nærmiljøet, eventuelt med bistand fra FHI. I tillegg bør det lokale helsevesenet (fastleger (Gjerstad legekantor) og Arendal legevakt (116117) varsles, slik at de er oppmerksomme og forberedt på henvendelser, og raskt kan yte bistand ved eventuelle nye mulige tilfeller. Samtidige eller nye, relaterte tilfeller er svært sjelden, men forekommer.
3. Kommuneoverlegen kartlegger og informerer nærkontakter. Mest aktuelle grupper å kartlegge er husstandsmedlemmer og andre personer indekspasienten har vært i nær kontakt med siste uken før sykdomsdebut. Alle nærkontakter med tegn til infeksjonssykdom må vurderes nøye med tanke på meningokokksykdom. Det bør være lav terskel for å henvise til sykehus i en slik situasjon.
4. FHI har utarbeidet informasjonsskriv til nærkontakter som brukes: [informasjon-narkontakter-bm-smittsom-hjernehinnebetennelse-meningokokk.pdf \(fhi.no\)](#)
5. Informasjon til nærmiljø: Når et sikkert eller sannsynlig tilfelle av invasiv meningokokksykdom er påvist, bør kommuneoverlegen raskt spre informasjon om dette til pasientens nærmiljø med tanke på mulighet for at andre er syke (skole eller barnehage (enhetsleder Abel og enhetsleder barnehage ringes så fort som mulig, nære kontakter ellers og nær familie). Pasienten eller pårørende må på forhånd orienteres om at slik informasjon vil bli gitt. Det bør gis informasjon om symptomer (se informasjonsskriv til nærkontakter og

brevmal til skoler eller barnehager). Husk å påpeke viktigheten av tidlig kontakt med helsevesenet ved symptomer, ettersom sykdommen kan utvikle seg svært raskt. Lokal presse (Aust-Agder blad) eller andre lokale medier kan eventuelt benyttes. FHI har utarbeidet mal til informasjon til barnehager og skoler: [brevmal-skoler-eller-bhg-tilfelle-smittsom-hjernehinnebetennelse.docx](#)

6. Kommuneoverlegen vurderer videre bærerskapsutrydding med legemidler og vaksinasjon. Andre tiltak kan også vurderes. Følg smittevernhandboka på fhi: [Meningokokksykdom - FHI](#)

4 Tuberkuloseplan for Gjerstad kommune

Formål

Sikre at Gjerstad kommune har rutiner og beredskap for å kontrollere og forebygge spredning av tuberkulose i befolkningen i tråd med kravene i forskrift om tuberkulosekontroll og veileder fra Folkehelseinstituttet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-02-13-205?q=tuberkulose>

Fremgangsmåte

Alt arbeidet med kontroll, smitteoppsporing og behandling av tuberkulose i Gjerstad kommune skal følge retningslinjer i henhold til veilederen fra Folkehelseinstituttet:

www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen

4.1 Oversikt over delansvar i tuberkulosearbeidet

Arbeidsoppgaver	Ansvarlig	Telefon	Samarbeidspartnere
Hovedansvar for tuberkulosearbeidet i Gjerstad kommune	Kommuneoverlegen	92020705	Ulike deler av helse- og omsorgstjenesten
Informasjon til publikum, skoler og arbeidsplasser	Kommuneoverlegen	92020705	Helsestasjon Enhetsledere
Faglig oppdatering av personell i kommunens helse- og omsorgstj.	Enhetsleder i den enkelte enhet		Kommuneoverlegen
Undersøkelse og behandling av smittede personer	Sørlandet sykehus – SSA / SSK	38073000	Kommuneoverlegen Fastleger
Direkte observert behandling (DOT)			
Holde oversikt over smittede personer og deres behandling	Kommuneoverlegen	92020705	Tuberkulosekoordinat or Helsestasjon
Smitteoppsporing rundt tuberkulosetilfeller	Kommuneoverlegen		Helsestasjon Fastleger
Kontroll av flyktninger og asylsøkere	Kommuneoverlegen/helsestasjon en		Flyktningetjenesten Politiet Sørlandet sykehus
Kontroll av andre utlendinger	Kommuneoverlegen/helsestasjon en		Politiet Sørlandet sykehus
Kontroll av kommunens ansatte i helse- og omsorgstjenesten	Enhetsleder for den enkelte enhet		Kommuneoverlegen Fastleger Helsestasjon
Kontroll av kommunens ansatte i skoler og barnehager	Enhetsleder for den enkelte enhet		Kommuneoverlegen Fastleger Helsestasjon
Kontroll av studenter, praktikanter og andre utplasserte i kommunens tjenester	Enhetsleder for den enkelte enhet		Kommuneoverlegen Fastleger Helsestasjon

4.2 Tuberkulosekontroll av ansatte i Gjerstad kommune

Formål

Å forhindre at barn og unge, samt pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten blir smittet av tuberkulose av kommunens ansatte.

Hvem gjelder denne bestemmelsen for

Personer som i løpet av de siste tre årene har oppholdt seg sammenhengende mer enn tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal arbeide med barn, syke eller pleietrengende, plikter å møte til tuberkuloseundersøkelse. Dette gjelder også personer som er under opplæring eller hospitering i slikt arbeid. Det er arbeidsgivers plikt å påse at nødvendig undersøkelse er utført før oppstart av arbeidet. Plikten er hjemlet i tuberkuloseforskriftens § 3.1 og 3.2.

Folkehelseinstituttet utgir liste over land med høy forekomst av tuberkulose. [Land med høy og særlig høy forekomst av tuberkulose - FHI](#)

Ansvar

Enhetsleder ved den enkelte enhet har ansvar for at arbeidstakere som omfattes av definisjonen ovenfor ikke starter i jobb eller gjeninntre i sin stilling før vedkommende er undersøkt for tuberkulose.

Prosedyre

Følger veileder fra FHI: [4. Grupper med plikt til tuberkuloseundersøkelse - FHI](#)

Det brukes egenerklæring før ansettelse i barnehage/skole/helse-omsorgstjenesten : [tuberkuloseundersokelse-for-arbeid-innen-barneomsorg-helse--og-omsorgstjenesten-brevmal2.doc \(live.com\)](#)

4.3 Rutine ved tuberkulosetesting av utlendinger og andre

Hensikt

Sikre at tuberkuloseoppfølgingen skjer på en mest mulig sikker og hensiktsmessig måte, og at resultatene følges opp videre.

Hovedansvar

Kommuneoverlegen.

Hvem gjelder dette

Gjelder de personer som omfattes av tuberkuloseforskriftens § 3-1, som har lovfestet plikt til tuberkuloseundersøkelse. Det vil si utlendinger fra land med høy forekomst av tuberkulose som skal oppholde seg mer enn 3 måneder i landet, asylsøkere, familiegjenforeninger, flyktninger og ellers personer som har behov for tuberkulosekontroll.

Fremgangsmåte

1. Kommuneoverlegen får melding om person(er) som kanskje kan ha plikt til tuberkulosetesting, jvf forskriften. Meldingen kan komme fra helsestasjon, flyktningehelsetjenesten, politiet, eller andre.

2. Kommuneoverlegen vurderer opplysningene, og avgjør om vedkommende skal ha tuberkuloseundersøkelse. Avgjørelsen baseres på gjeldende retningslinjer fra folkehelseinstituttet.
3. Kommuneoverlegen rekvirerer de aktuelle undersøkelser – IGRA og/eller røntgen thorax - og informerer vedkommende person skriftlig om plikten til å la seg undersøke. Hvilke undersøkelser som skal rekvireres baseres på oppdaterte flytskjema på FHI.no.
4. Kommuneoverlegen samarbeider med de kommunale instanser vedkommende person har kontakt med – oftest flyktningetjenesten eller helsestasjonen – for å sikre at informasjon blir gitt og at undersøkelser gjennomføres. Se «Rutine for mottak av flyktninger» i QM+.
5. Svar på prøver rekvirert ved kommuneoverlegen skal gå til helsestasjonen, ved patologiske svar skal det gis beskjed til kommuneoverlegen umiddelbart, som da følger opp videre. Ved behov henvises vedkommende person til lungepoliklinikken/barnepoliklinikken. Dersom ytterligere undersøkelser i kommunehelsetjenesten er påkrevd etableres det samarbeid med fastlege.
6. Dersom meldingen under punkt 1 gir mistanke om at personen er syk med smittsom lungetuberkulose, skal kommuneoverlegen i samarbeid med varslende instans sørge for at personen kommer snarest mulig til vurdering hos lege. Det må tilstrebes best mulig løsninger for å ivareta smittevern, bl.a. at vedkommende ikke bør sitte på venterom sammen med andre pasienter.

5 Plan for pandemiske sykdommer i Gjerstad kommune

Hensikt

Planen har som formål å bidra til

- Å redusere sykkelighet og død i kommunen fra pandemiske sykdommer.
- At Gjerstad kommune skal være forberedt på å kunne håndtere et stort antall syke og døende mennesker.
- At kommunen kan opprettholde nødvendige funksjoner i en periode med svært høyt sykefravær.
- Å kunne gi fortløpende nødvendig informasjon til helsevesenet, det offentlige, publikum og media.

Planen ble tilføyet smittevernplanen etter erfaringer gjort under covid-19 pandemien.

Ansvar

Ansaret for revisjon og oppdatering av planen er lagt til kommuneoverlegen.

Videre:

5.1 – Definisjoner og mulige konsekvenser

5.2 – Bruk av pandemiplanen i en beredskapssituasjon

5.3 – Vaksine og behandling

5.4 – Helsetjenestens organisering ved en pandemi

5.1 Definisjoner og mulige konsekvenser

5.1.1. Definisjoner

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer en pandemi slik:

“En epidemi som forekommer over hele verden, eller over et svært utbredt område; som krysser internasjonale grenser og vanligvis smitter et stort antall mennesker”.

Faser i utviklingen mot en pandemi

WHO deler utviklingen av pandemier i seks faser:

Perioden mellom pandemier

Fase 1. Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. En influensavirus-subtype som har forårsaket infeksjon hos mennesker, kan være til stede i dyr. Risikoen for infeksjon eller sykdom av dette viruset hos mennesker regnes som liten.

Fase 2. Ingen nye subtyper av influensaviruset er oppdaget blant mennesker. Men et influensavirus som sirkulerer blant dyr, utgjør en stor risiko for sykdom hos mennesker.

Periode med økt årvåkenhet for pandemi

Fase 3. Infeksjoner i menneske(r) med en ny subtype av influensaviruset, men ingen smitte mellom mennesker, eventuelt sjeldne tilfeller av smitte til en nærkontakt.

Fase 4. En eller flere små klynger med begrenset menneske til menneske-smitte, men spredningen er veldig lokal, fordi viruset ikke er tilpasset mennesker.

Fase 5. En eller flere større, men fremdeles lokale, klynger med menneske til menneske-smitte, som tegn på at viruset er i ferd med å bli stadig bedre tilpasset mennesker, men fremdeles ikke fullt smittomt mellom mennesker (betydelig fare for pandemisk influensa).

Pandemiperiode

Fase 6. Pandemi: Økt og vedvarende smitte i den allmenne befolkningen.

5.1.2. Modell for sykdomsutvikling

Folkehelseinstituttet anslår ut fra de tidligere pandemiene, at man må anta at 30 – 50 % av befolkningen kan bli smittet i løpet av første halvår under en pandemi, og at halvparten av disse blir syke og sengeliggende (altså mellom 0,7 og 1,2 millioner mennesker på landsbasis).

Ut fra disse estimatene vil da 4-8% av befolkningen være syke og sengeliggende samtidig når epidemien er på sitt verste.

Dødeligheten vil variere, alt ut fra hva slags sykdom det gjelder, og hvor raskt man får tilgang til effektiv vaksine og/eller behandling. En av de verste pandemiene i moderne tid, Spanskesyken (1918-1920), hadde en dødelighet på 1,1% blant de smittede i Norge.

For Gjerstad kan man anslå følgende tall (total befolkning ca 2500):

	Best-case (30% smittet)	Worst-case (50% smittet)
Antall smittet totalt i.l.a. 6 mnd	750	1250
Antall sengeliggende når epidemien er på sitt verste	100	200
Antall mulige døde (dersom mortalitet 1,1%)	Ca 8	Ca 14

5.2 Bruk av pandemiplanen i beredskapssituasjon

5.2.1. Bruk av pandemiplanen

Innsatsen på alle nivåer er avhengig av hvilken av pandemiutviklingens faser vi befinner oss i:

Fase 1-2: I den interpandemiske perioden er hovedprioriteringen å planlegge og oppdatere beredskapsplanen som tar høyde for en mulig pandemi.

Fase 3-5: I den prepandemiske årvåkenhetsperioden er hovedprioriteringen å videreføre planleggingen, utdype planverket, øve beredskapen og ut fra dette foreta nødvendige justeringer. I den grad smitte med det aktuelle viruset skjer i Norge, skal man tilstrebe å begrense spredning av dette gjennom smitteoppsporing, behandling og isolering av smittede personer og av personer som disse pasientene har vært i kontakt med.

Fase 6: Det antas at smitten i denne fasen vil være så utbredt i samfunnet at det ikke vil være mulig å begrense spredning gjennom isolering av smittede. Hovedprioriteringen vil da være å minimere pandemiens effekt (sykelighet og død). Virkemidlene vil være forbyggende tiltak og medisinsk behandling av sykdommen og dens komplikasjoner. Et viktig mål for kommunen i denne fasen er å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner (også utover helse).

En av kommuneoverlegens oppgaver i en pandemisituasjon er å ha fortløpende oversikt over- og kunnskap om utviklingen, slik at tiltak kan iverksettes til riktig tid. Det vil tidlig i fase 3-5 være naturlig å kalle inn til møte i kommunens kriseledelse.

Punkter som avklares i relasjon til et slikt møte bør være:

- Hvilke virksomheter må opprettholde driften
- Hvordan sikre drift ved stort fravær
- Hvilken kompetanse trenger vi
- Hva må vi regne med i tillegg til influensaspyke
- Hvilke andre personellgrupper kan være aktuelle bidragsytere
- Hvordan planlegger vi for omorganisering av sengeplasser i helse- og omsorgstjenesten
- Rutiner for å forebygge smitte
- Matombringning
- Klesvask
- Hvordan sikre leveranse av viktige varer og tjenester
- Engangsutstyr lagerkapasitet
- Kjølelager for vaksiner
- Medikamentlager
- Behov for vakthold ved eventuelle lager av medikament/vaksine
- Alternative løsninger for undersøkelse av pasienter med sannsynlig smitte
- Prioritering av sykdomstilfeller
- Registrering
- Logistikk
- Håndtering av informasjon til innbyggere
- Håndtering av informasjon til media

Kommuneoverlegen er kontaktperson i kommunen for Folkehelseinstituttet, og er også medisinsk faglig ansvarlig ved håndtering av pandemisituasjonen. Kommunedirektøren bør i tillegg utpeke en kommunal koordinator for logistikk i forbindelse med distribusjon av eventuell vaksine og medikamenter.

Faglig leder for helsestasjonen ivaretar vaksiner fra før og vil være nærliggende til også å ivareta denne koordinatørrollen.

Ordfører er hovedansvarlig for kontakt med media, eventuelt bistått av kommuneoverlege ved behov.

5.2.2. Opprettholdelse av viktige funksjoner i kommunen

Det bør på et tidlig tidspunkt settes opp «reserve»-lister over personell som kan benyttes i ulike roller i enhetene. Det må gis beskjed til personell som må være tilgjengelig i helger/ferietid.

Enhetslederne i kommunen bør utarbeide oversikt over hvor enkelte nøkkelpersoner planlegger å tilbringe ferie i tilfelle beordring. Dette ansvaret påhviler hver enkelt med definert lederansvar i Gjerstad kommune. Overordnet ansvarlig for dette er kommunedirektøren.

Spesielt viktige funksjoner blir her brannberedskap, vannforsyning, strømnnett, strømlleverandør, IKT-tjenester, kommunikasjon, eventuelt også andre.

I tillegg til dette er det viktig med opprettholdelse av andre, ikke-kommunale oppgaver slik som distribusjon av mat til butikker, levering av drivstoff til bensinstasjoner, banktjenester etc.

Opprettholdelse av disse funksjonene bør også være gjenstand for drøfting i kriseledelsen.

5.3 Vaksine og behandling

5.3.1. Vaksine og behandling

Ved en verdensomspennende pandemiutvikling vil det i noen tilfeller kunne utvikles en vaksine som kan tas i bruk i befolkningen. Norge har inngått avtaler om leveranse av vaksiner mot ulike sykdommer, blant annet influensa.

Siden en eventuell vaksine sannsynligvis vil bli levert i flere delleveranser, må det foretas en prioritering av hvem som skal tilbys vaksine først (Jvf H1N1-viruset i 2009). Denne prioriteringen vil Helse- og omsorgsdepartementet gi føringer for. Ved en epidemi vil vaksiner i utgangspunktet være frivillig. Vaksiner vil i all hovedsak være gratis for mottakeren. Lagring av vaksine, eventuelt på kjølelager, må inngå som en del av utdyping av pandemiplanen i fase 3-5. Det samme gjelder eventuelt vakthold. Kommuneoverlegen foreslår at man henvender seg til Sivilforsvaret angående vakthold i den aktuelle situasjonen.

Vaksinering etter gjeldende retningslinjer (oppdatert på <http://www.fhi.no/>) foretas av kompetent personell. Enhver som er delegert til å utføre vaksinering, har ansvar for at medisinsk faglig kompetanse er tilgjengelig med tanke på vurdering av kontraindikasjoner og akutt behandling av alvorlige reaksjoner på vaksinens innholdsstoffer. Registrering av vaksinerte i SYSVAK eller tilsvarende system skal foretas. Det er kommunedirektørens ansvar å klargjøre innkallingslister fra folkeregisteret/SSB, oppnevnt koordinator har ansvaret for at SYSVAK-registeret er klargjort for manuell eller elektronisk registrering.

De foreslåtte prioriteringsgruppene er i tråd med de råd som ble gitt fra sentrale helsemyndigheter ved H1N1-epidemien i 2009. Ved andre typer pandemiske sykdommer, vil prioriteringsrekkefølgen kunne bli gjenstand for endring.

Kommunedirektøren er ansvarlig for at hver enhet utarbeider lister med personell som er kritisk for driften, og som eventuelt skal prioriteres ved vaksinasjon eller behandling.

[Massevaksinasjonsveilederen - FHI](#)

5.4 Helsetjenestens organisering ved en pandemi

5.4.1. Generelle tiltak under en pandemi

I planleggingen av kommunehelsetjenestens innsats under pandemi bør tjenesten organiseres slik at risikoen for overføring av smitte til pasienter og personell minimaliseres. Fortrinnsvis bør man unngå at det samme personellet ivaretar influensasyke og andre pasienter. Personell som har opparbeidet immunitet etter gjennomgått sykdom eller vaksinasjon, vil etter hvert bli en nyttig ressurs i behandlingen av influensasyke.

- Eksisterende ordninger, ikke minst legevaktordningen og fastlegeordningen, bør benyttes mest mulig uendret under en pandemi.
- En mulig modell for legetjenesten på dagtid er at man har et eget utrykningsteam (ambulerende helseteam) som tar hånd om mulige influensasyke (hindrer smitte inn i legekantor/venterom).
- Influensasyke og andre pasienter bør ikke dele venterom. Det bør, dersom det er mulig, lages eget mottakssystem for pasienter med antatt smittefarlig sykdom. Legekantoret på Brokelandsheia har et eget akuttrom/skadestue. Denne ligger noe atskilt fra resten av kontoret, har egen inngang, og kan være aktuelt for dette formålet.
- Den interkommunale legevakten i Arendal vil iverksette egne rutiner ved en eventuell pandemisituasjon.

5.4.2. Forslag til organisering av tilbudet til pandemisyke

- Førstekontakt skal alltid være på telefon
- For at dette skal være mulig, må informasjon raskt ut til innbyggerne om hvor de skal ringe
- Telefonen betjenes av opplært personell (sykepleier med ekstra kursing/utdanning)
- Klare prosedyrer, som skal være skriftliggjort og gjennomgått på forhånd med alt personell i helsetjenesten.
- En mulighet kan være å dele arbeidsdagen inn i «friske» pasienter og syke pasienter (hvor det er hensiktsmessig med tanke på bemanningssituasjonen)
- Triage-vurdering per telefon:
 - trenger ikke legevurdering, kan behandles hjemme
 - trenger medisinsk tilsyn
 - trenger antiviralia
 - kan behandles hjemme, men trenger hjelp/pleie
 - etc.

5.4.3 Hendelser som fordrer straksvurderinger

- Pasienter som meldes fra pleie- og omsorgssektoren med behov for avansert medisinsk hjelp
- Pasienter som hurtigutskrives fra sykehus/sykehjem
- Utbrudd i bofellesskap/sykehjem etc, vurdering av isoleringstiltak
- Beslutning om oppgradering av hjemmebasert behandling på grunn av press på kommunale institusjoner

6 Plan for legionellasmitte

Hensikt

Forebygge og begrense forekomst av sykdom med legionellabakterien.

Ansvar

Kommuneoverlegen, de ulike enhetene, enhet for kommunalteknikk (kommunale eiendommer).

Definisjoner

Legionella: Bakterie som forårsaker utbrudd med legionellose (legionærsykdom eller pontiacfeber).

Beskrivelse

Legionella er en vanlig forekommende bakterie i naturen, i jordsmonn og ferskvann, men vanligvis med lav konsentrasjon av bakterier.

Følgende faktorer vil imidlertid kunne gi grunnlag for økt vekst av bakterien:

- Temperatur: Legionella vokser best i vann med temperaturer mellom 20 og 50 °C. Ved temperatur <20 °C er det lav formering, mens bakterien ikke vil etablere seg eller vokse ved temperatur >60 °C.
- pH-verdi: Svakt surt miljø med pH 6-7 er best for bakterien. Den vil ikke vokse ved pH <3 eller >10.
- Natriumsalter i konsentrasjoner over 1,5 % virker hemmende på legionellabakterien. Dette er antakelig grunnen til at bakteriene ikke trives i sjøvann, men de kan overleve i sjøvann i en viss tid
- Legionella vokser best i biofilm sammen med andre organismer (amøber, alger, andre bakterier) som finnes i vannsystemene.

Legionellabakterier overføres ved luftsmitte, dvs. at bakterien trekkes ned i lungene gjennom å puste inn aerosoler som inneholder bakterien. Bakterien kan også smitte ved aspirasjon (vann som trenger ned i luftrøret ved svelging) av vann som inneholder legionellabakterier.

Sykdom med legionellabakterien (legionellose) kan opptre på to forskjellige måter:

- **Legionærsykdom** som kan gi alvorlig lungebetennelse med høy dødelighet. Beskrevet første gang under et utbrudd i 1976 ved et møte for krigsveteraner i USA (derav sykdomsnavnet).
- **Pontiacfeber** som gir et mildt sykdomsforløp uten lungebetennelse, og som vanligvis ikke trenger behandling. Beskrevet første gang under et utbrudd i byen Pontiac i USA 1968.

Vedlegg:

6.1 – Forebyggende tiltak mot legionella hjemme

6.2 – Forebyggende tiltak mot legionella i bedrifter og andre steder

6.3 – Forebygging av Legionella i kommunale enheter

6.4 – Tiltak ved utbrudd av legionella

6.1 Forebyggende tiltak mot legionella hjemme

Hensikt

Bidra til å redusere faren for legionellasmitte i husholdningene.

Hvordan kan Legionella smitte hjemme

Legionellabakterier kan formere seg i aerosoldannende innretninger hvis disse blir stående med lunkent vann.

Eksempler på slike innretninger kan være

- luftfuktere
- utstyr for hagevanning
- høytrykkspylere
- innendørs fontener som danner vannsprut
- sprayflasker for dusjing av planter
- etc.

Under uheldige omstendigheter kan derfor mennesker bli utsatt for aerosol med legionellabakterier når slikt utstyr brukes.

Mulige tiltak

Faren for å bli smittet av legionellabakterier hjemme er liten. For å redusere faren ytterligere, er dette tiltak som kan vurderes:

- Temperaturen i varmtvannsberederen bør holde minst 70 °C. Ved temperaturer over 70 °C vil legionellabakteriene dø raskt.
- Gjennomspyling av dusjen med 70 graders vann i 5 minutter 4 ganger i året, og regelmessig gjennomspyling med varmt vann på 60 °C, for eksempel etter dusjing, gir god sikkerhet mot legionellabakterier.
- Dersom varmtvannsberederen har vært skrudd av i kortere eller lengre tid, må det ikke brukes vann derfra til dusjing før vanntemperaturen har nådd opp til 70 °C.
- Dusjslanger og -hoder kan, i tillegg til eller i stedet for varmebehandling, demonteres og desinfiseres med husholdningsklor. To korker til 10 liter vann er tilstrekkelig styrke. Sørg for at hele dusjslangen/-hodet blir fylt med denne blandingen, og la det stå i 30 minutter. Klorrester og løsnet slam spyles ut før utstyret monteres og tas i bruk på nytt. Dusjeflasker for planter kan også desinfiseres på denne måten.
- Boblebad uten filter bør tømmes for vann etter hver bruk, slik at rørene blir tørre. I tillegg bør anlegget klorbehandles minst én gang per måned: tilsett 0,5 desiliter husholdningsklor per 100 liter vann og la klorvannet sirkulere gjennom alle vannfylte rør i én time. Boblebad med filteranlegg bør følge samme rutiner som boblebad ved offentlige anlegg.
- Luftfuktere som lager vanntåke uten temperaturheving, bør rengjøres ofte, gjerne en gang i uken. Desinfiser med klor på samme måte som beskrevet for dusjer, og skyll godt. Tøm og rengjør alltid beholderen når den ikke brukes. Luftfuktere som fordamper vannet ved høy temperatur, og fuktere der vannet fordamper fra et filter, er ikke smittefarlige.
- Høytrykksspylere bør tømmes helt etter bruk. De bør lagres så kjølig som mulig, men pass på at ikke frostsprengning ødelegger dem. Etter lang tids lagring, er det lurt å la utspylingen av det første vannet skje neddykket i en bøtte med vann, slik at eventuelle bakterier spyles ut uten at det dannes aerosoler.

6.2 Forebygging av legionella i bedrifter og andre steder

Hensikt

- Bidra til å redusere faren for legionellasmitte fra private bedrifter og installasjoner.

Lovgrunnlag

- Forskrift om miljørettet helsevern 3a gir bestemmelser for virksomheter med kjøletårn, luftskrubbere, faste og mobile vaskeanlegg, dusjanlegg, VVS-anlegg i sameier og borettslag, klimaanlegg med luftfukting, innendørs befukningsanlegg og innendørs fontener. [Forskrift om miljørettet helsevern - Lovdata](#)
- Noen av de ovennevnte installasjonene er også omtalt i Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu mv. [Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v - Lovdata](#)

Lovkrav

- Alle de innretninger som nevnt i punktene over skal bygges, drives og avvikles på en måte som gir best mulig beskyttelse mot spredning av legionella via aerosoler.
- Innretningene skal etterses regelmessig, og det skal på grunnlag av en risikovurdering fastsettes rutiner som sikrer at drift og vedlikehold gir tilfredsstillende vern mot Legionella.
- For kjøletårn, luftskrubbere, befukningsanlegg og innendørs fontener, skal det minst hver måned utføres mikrobiologisk prøvetaking, med mindre det kan dokumenteres at vekst og spredning av Legionella ikke vil kunne forekomme.
- Virksomheter med kjøletårn og luftskrubbere skal melde til kommunen ved oppstart, og når bedriften finner grunn til å tro at feil i systemet kan øke risikoen for spredning av legionella via aerosol. Virksomheten med kjøletårn og luftskrubbere skal også, både ved oppstart, og minst hvert 5. år, legge frem for kommunen en vurdering av legionellasituasjonen ved anlegget, utført av et akkreditert inspeksjonsorgan.

Aktuelle bedrifter og installasjoner i Gjerstad

- Alle overnattingssteder og campingplasser med dusj, badeanlegg, boblebad og sanitæranlegg som er tilgjengelig for allmennheten.
- Bedrifter med kjøletårn og luftskrubbere. Pr. jan. 2025 er kommunen ikke kjent med at det finnes slike enheter i Gjerstad kommune.
- Bensinstasjoner med automatisk bilvaskemaskin og/eller manuell høytrykksvask.

Kommunens oppgaver

- Kommunen skal føre tilsyn med virksomhet og eiendom som omfattes av denne forskriften og deres etterlevelse av regelverket. Kommunen skal påse at virksomhet som skal føre internkontroll, fører denne kontrollen med sin egen virksomhet på en slik måte at regelverket etterleves.
- Kommuneoverlegen har det formelle ansvar for å gi informasjon og veiledning til både publikum og aktuelle virksomheter for å hindre legionellasmitte.

6.3 Forebygging av legionella i kommunale enheter

- Gjerstad kommune har en løpende avtale med Termorens for å sikre forebygging og kontroll av Legionella i kommunale anlegg hvor det kan være særlig fare for legionellasmitte.
- Avtalene gjelder følgende bygg:
 - o Abel ungdomsskole (svømmebasseng og gamle garderober)
 - o Gjerstad bo- og omsorgssenter
- I vannsystemene er det installert røranoder av titan og platina, som hele vannmengden passerer gjennom. På overflaten av rørene dannes oksygenradikaler som dreper virus, bakterier, sopp og alger. Det dannes også lav konsentrasjon (<3 mg/l) av hypokloritt, som fjerner eventuell biofilm.
- Kontaktperson i kommunen angående legionellaforebygging er (se telefonliste ressurser side 33):
 - o Avdelingsingeniør og leder enhet for kommunalteknikk Gøran Brovig Olsen
 - o Kommuneoverlege Kathrine Pedersen

6.4 Tiltak ved utbrudd av legionella

Hensikt

At tilfeller av legionella kartlegges, slik at en eventuell smittekilde kan identifiseres og utbedres.

Ansvar

Kommuneoverlegen, i samarbeid med enhet for kommunalteknikk. Eventuelt også i samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI).

Rutine

- Helsepersonell som mistenker eller påviser et tilfelle av legionellose skal så snart som mulig varsle kommuneoverlegen, jvf meldingsplikt i MSIS-forskriften. Dersom kommuneoverlegen ikke kan nås, skal Folkehelseinstituttet varsles (tlf 21077000).
- Kommuneoverlegen foretar smitteoppsporingsintervju av pasienten og/eller pårørende så snart det lar seg gjøre. Dette tar sikte på å kartlegge hvilke smittekilder vedkommende kan ha vært eksponert for i tidsrommet for mulig inkubasjon (2-14 dager).
- Det anbefales at kommuneoverlegen rådfører seg med folkehelseinstituttet i kartleggingsfasen.
- Særlig aktuelle smittesteder det bør spørres etter:
 - o Opphold på hoteller, campingplasser o.l.(dvs. varmtvann på rom, boblebad og befukter til evt. luftkondisjoneringsanlegg)
 - o Bruk av offentlige bad (badeland, boblebad, dusjer)
 - o Opphold i lokaler som har luftkondisjoneringsanlegg med oppfukning av luften (kontorer, butikker, restauranter og lignende)
 - o Opphold på helseinstitusjon
 - o Kontakt med andre vannsystemer som avgir aerosoler (f.eks sprinkleranlegg, innendørs fontener, bilvaskeanlegg og befuktningsanlegg for frukt og grønnsaker)
 - o Varmtvannssystem i pasientens egen bolig
 - o Bruk av høytrykksspyler
- Dersom pasienten har vært på et overnattingssted, utenlands eller innenlands, i løpet av inkubasjonstiden skal følgende informasjon formidles til Folkehelseinstituttet:
 - o Navn på hotell (evt. cruiseskip) og romnummer hvor pasienten bodde o
Navn på evt. turoperatør
 - o Tidspunkt for oppholdet og sykdomsdebut

Smittekilde i annen kommune

Ved mistenkt smittekilde i en annen kommune, skal kommuneoverlegen varsle smittevernoverlegen i den kommunen hvor den mistenkte smitekilden befinner seg.

Drikkevann

Det er normalt ikke nødvendig å foreta undersøkelse av drikkevann, i og med at temperaturen på drikkevann i Norge vanligvis er under 10°C.

Undersøkelse av kontakter

Det er ikke grunnlag for tiltak overfor personer i pasientens nærmiljø bortsett fra å være oppmerksom på evt. symptomer dersom disse personene har vært utsatt for samme eksponering.

Undersøkelser av mulig smittested

Første tilnærming til videre undersøkelser er å etterspørre bedriftens dokumentasjon på hva som er gjort og gjøres for å forebygge vekst av Legionella, som risikovurderinger, drifts- og vedlikeholdsprosedyrer og kontrollrutiner.

Spesielt bør det sjekkes om temperaturen på varmtvannet i aktuelle lokaler er for lav. Anbefalt temperatur er minst 70°C i bereder og varmtvannsbeholder og minst 60°C på tappepunktet.

En undersøkelse med hensyn til Legionella bør vurderes utført dersom de innledende vurderingene gir indikasjon på at legionellabakterier kan forekomme. Det er viktig å være klar over at det kan finnes "lommer" i varmtvannssystemer (blindledninger eller ledninger som sjelden eller aldri er i bruk) hvor Legionella kan formere seg selv om temperaturen på vannet fram til kraner som er i bruk, er innenfor anbefalte verdier, og selv om kintallsverdiene ikke er høye.

Dersom man mistenker at smitekilden er innenfor et overnattingssted eller offentlig bad, bør det tas prøver fra dusj og varmt tappevann, evt. fra boblebad og fra befuktere eller kjøletårn dersom det finnes slike anlegg.

Ved prøvetaking må man huske at bakteriene vokser intracellulært i amøber som livnærer seg på biofilm som dannes på veggene i utstyr (ledninger, kar o.l.) hvor det står vann. Det er derfor viktig også å undersøke evt. slam og film på veggene for eksempel i dusjhoder, varmtvannsberedere o.l. i tillegg til vannprøver.

Tiltak ved flere smittede

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

Pasientens bevegelser de siste ti-femten dagene før symptomdebut bør nøye kartlegges ved intervjuer med pasienten og evt. deres pårørende. Strukturerte spørreskjemaer bør benyttes (kontakt FHI). Ved å sammenlikne opplysninger fra pasientene, kan man finne fram til felles oppholdssteder hvor en mulig felleskilde kan befinne seg. Isolater fra pasientene kan også sammenliknes gjennom genotyping for å fastslå om det foreligger et felleskildeutbrudd. Jo flere syke som diagnostiseres nøye, jo lettere er det å kunne finne fellesnevne.

Isolater fra pasienter og miljøprøver kan sammenlignes ved hjelp av gentekniske metoder for om mulig å identifisere smitekilden. Analysen utføres ved Folkehelseinstituttet.

Ved påvisning av legionellabakterier skal rengjøring og desinfeksjon iverksettes. De vanligst benyttede metodene er varmebehandling og sjokklorering.

Ved utbrudd kan Folkehelseinstituttet bistå kommunen i form av epidemiologisk, mikrobiologisk og vannhygienisk ekspertise.

På Folkehelseinstituttet sin nettside er legionellaveilederen publisert:

[Legionellaveilederen - FHI](#)

Folkehelseinstituttet har ansvar for sykdomsovervåkning og gir råd til helsepersonell ved tilfeller av legionellose. Helsedirektoratet forvalter regelverket for legionellaforebygging og har fra 1. januar 2024 ansvar for legionellaveilederen. Inntil videre er denne publisert hos Folkehelseinstituttet, men vil ikke bli oppdatert. Alle spørsmål om veilederen rettes til Helsedirektoratet.

7 Næringsmiddelbårne infeksjoner

Hensikt

Å sikre at mulige epidemier av næringsmiddelbårne infeksjoner oppdages, og at agens identifiseres tidligst mulig, for at ytterligere spredning kan forebygges.

Ansvar

- Kommuneoverlegen
- Fastleger i Gjerstad
- Mattilsynet
- Arendal interkommunale legevakt

Merknad

Ref. til avtale med Mattilsynet tar utgangspunkt i nåværende avtale mellom Mattilsynet og Gjerstad kommune fra 2023.

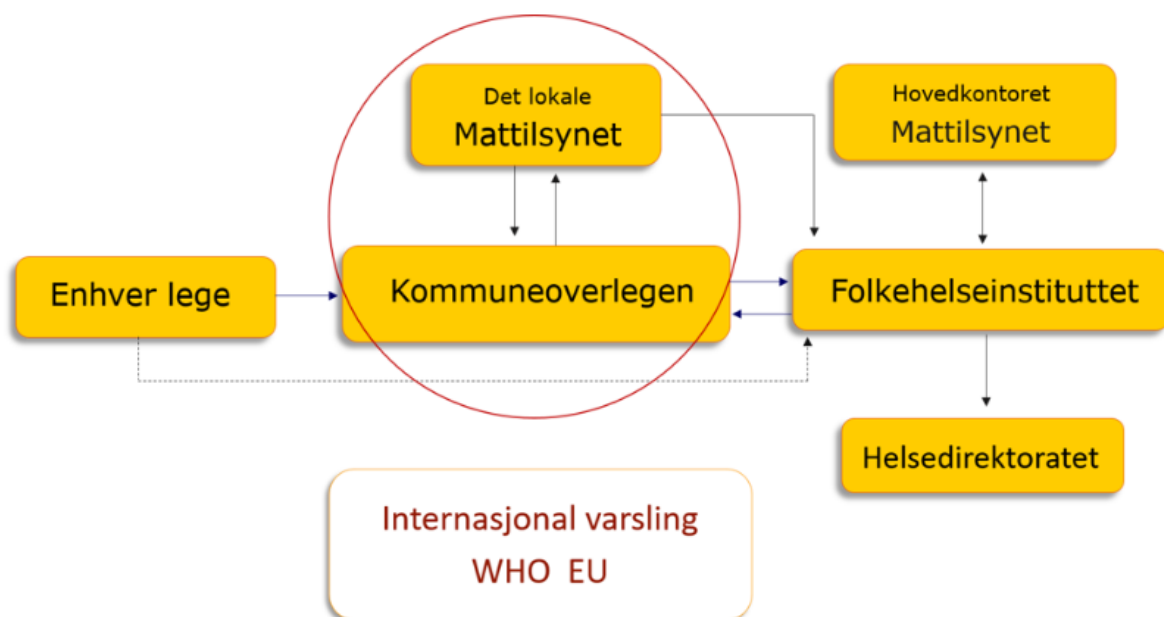
Definisjoner

- Næringsmiddelbåren infeksjon/intoksikasjon:
Enhver tilstand i mage og tarm der det er mistanke om at denne er utløst av inntak av drikkevann eller andre næringsmidler.
- Denne prosedyren kommer til anvendelse når det er 2 eller flere syke, og der det er mistanke om at smitten kan stamme fra serveringssteder, butikker eller offentlig vannforsyning. Prosedyren kan også komme til anvendelse ved mistanke om spesielle agens, som EHEC.

Prosedyre

- Varsel om smittsomme sykdommer er bestemt i smittevernlovens §2-3.
<https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55/§2-3> og bør til enhver tid følge føringer beskrevet i utbruddshåndboka hos FHI [02 Ansvar og oppgaver ved lokale og nasjonale utbrudd - FHI](#) og meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) [Meldingsplikt til MSIS, meldingsgang og meldingsskjemaer - FHI](#)
- Lege i Gjerstad eller omegn som får kontakt med pasient fra Gjerstad der det er mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon, skal snarest ta kontakt med kommuneoverlegen på telefon 92020705.
- Dersom kommuneoverlegen får kjennskap til eller mistanke om smittsom sykdom hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, skal kommuneoverlegen umiddelbart varsle Mattilsynets distriktskontor via telefon 22 40 00 00.
- I de tilfeller hvor Mattilsynet får kjennskap til eller mistanke om smittsom sykdom hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, skal mattilsynet umiddelbart varsle kommuneoverlegen via telefon eller epost. Dersom kommuneoverlegen ikke kan nås, skal stedfortreder varsles – dvs lege ved Gjerstad legekantor på tlf 37 11 91 90.
- Ved enkeltstående sykdomstilfeller varsler kommuneoverlegen og Mattilsynet hverandre i henhold til ovennevnte prosedyre.

- Ved mistanke om sykdomsutbrudd (2 eller flere tilfeller) varsles i tillegg Folkehelseinstituttet via portalen www.utbrudd.no. Telefon til smittevern vakt i kontortid: 21 07 66 43. Utenfor vanlig kontortid: 21 07 63 48
- Kommuneoverlegen gir beskjed til kommunens (og eventuelt nabokommunenes) leger, samt legevakten i Arendal (legevakten i Kragerø vurderes også).
- Kommuneoverlegen og/eller Mattilsynet gir beskjed om situasjonen til mikrobiologisk avdeling ved Sørlandet Sykehus.
- Kommuneoverlegen varslar fylkeslegen om utbrudd dersom sykdommen omfattes av bestemmelser i Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer.
- Der det er etablert elektroniske kanaler for varsling benyttes disse (MSIS, VESUV). I øvrig brukes det verktøy fra FHI for primærintervju, sykdomsspesifikke spørreskjema mm: [Spørreskjema, retningslinjer og andre hjelpemidler - FHI](#)
- Kommuneoverlegen og Mattilsynet enes om videre tiltak avhengig av utbruddets art.
- Samarbeidsavtale med mattilsynet – se QM+



Figur 5.1. Regelverkets bestemmelser for pliktig varsling og informasjonsutveksling ved mistenkte eller påviste utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser.

[05 Varsle berørte instanser og etabler samarbeid - FHI](#)

8 Prosedyre ved stikkuhell

Formål

Å hindre overføring av smittefarlige sykdommer ved stikkuhell i- og utenfor helsetjenesten. I tillegg til å ivareta og trygge de som stikker seg.

Ansvarlig

Kommuneoverlegen er ansvarlig for å oppdatere prosedyren i henhold til gjeldende retningslinjer. Ansvarlige for gjennomføringen er helse og omsorgstjenesten inkl fastleger/legetjenesten i Gjerstad kommune.

Risikobildet

Personer som stikker seg på kanyler eller blir eksponert for blod i åpne sår eller slimhinner opplever dette som dramatisk og det er stor frykt for å bli smittet med hiv eller hepatitt B og C. Dette gjelder både innenfor og utenfor helseinstitusjon. De må derfor følges godt opp.

Risikoen for smitteoverføring ved stikk på kontaminert kanyler er 10-30% for hepatitt B, 3-5% for hepatitt C og ca. 0,3% for hivinfeksjon. Henslengte, brukte sprøyter som man stikker seg på, kan være brukt av stoffmisbrukere og kan derfor inneholde blodbårne virus. Injisierende rusmisbrukere i Norge har høy forekomst av smitteførende hepatitt C, moderat forekomst av smitteførende hepatitt B og svært lav forekomst av hiv. Det er sjeldent mulig å vurdere hvor lenge en sprøyte har ligget ute, og det er i praksis ikke mulig å teste blodrester i sprøyter eller kanyler.

Bittskader med penetrering av hud og blødninger behandles som en stikkskade.

Prosedyrer ved stikkskader følger anbefalinger fra FHI og skilles i skader som skjer i- og utenfor helsetjenesten. [Stikkuhell på sprøyter og andre blodeksponeringer - FHI](#)

Gjerstad kommune har infeksjonskontrollprogram fra SSHF. Tjenestene må ha fokus på å forebygge stikkskader og andre blodeksponeringer som beskrevet i infeksjonskontrollprogrammet, se QM+.

Anbefalte prosedyrer ved stikkskader og andre blodeksponeringer i helsetjenesten:

Førstehjelp

Utfør førstehjelp. Vask sår eller stikkstedet godt med såpe og vann og desinfiser deretter med spritløsning dersom dette er tilgjengelig.

Smittefare

Vurder om det er en smittefare. Ved stikkskader og annen blodeksponering vil man normalt anta at det foreligger en reell risiko for smitteoverføring. Det kan likevel være situasjoner hvor risikoen kan anses som neglisjerbar, f.eks. ved stikk etter insulin- eller vaksineinjeksjon der kilden er en person som ikke anses å være i betydelig risiko for å ha de aktuelle sykdommene. Man bør i slike situasjoner gjøre en risikovurdering i samråd med den eksponerte. Dersom man etter en samlet vurdering anser at det ikke foreligger en reell smittefare anbefaler vi ikke videre oppfølging.

Hepatitt- eller hiv-smitteførende?

Undersøk om kilden er hepatitt- eller hiv-smitteførende. Dersom man vurderer at det foreligger en reell smitterisiko, bør man innen 1-2 døgn undersøke hiv- og hepatittstatus hos kilden. Det er ikke anledning til å foreta undersøkelser av kildens smittestatus uten vedkommendes samtykke. Dersom det foreligger tidligere negative prøver hos pasienten er det ikke nødvendig å ta nye prøver dersom kilden ikke har vært utsatt for smitterisiko siden forrige prøve.

Dersom kilden er negativ på hiv og hepatitt B- og C bør det likevel tas en null-prøve av den eksponerte for å sikre at vedkommende ikke har vært smittet tidligere. Utover dette trengs ingen videre oppfølging av den eksponerte, men hendelsen rapporteres i HMS-systemet.

Vaksinasjon mot hepatitt B

Vurder vaksinasjon mot hepatitt B. Hvis kilden er HBsAg-positiv eller hepatitt B-status er ukjent iverksettes tiltak basert på den eksponertes vaksinasjonsstatus og ev. resultat av tidligere hepatitt B-antistoffprøver (se tabell 1). Antistoffundersøkelse tatt flere måneder eller år etter siste vaksinedose vil ikke kunne si noe sikkert om de eksponerte har beskyttelse eller ikke og har derfor liten verdi.

Dersom kilden er anti-HBc-alene-positiv (uavhengig av PCR-positivitet) iverksettes tiltak som om kildens HBsAg-status er ukjent (se tabell 1). Vaksinasjonen utføres som hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 måneder) med hepatitt B-vaksine. Etter fullført vaksinasjon anbefales måling av anti-HBs hos den eksponerte helsearbeider.

Spesifikt immunglobulin

Vurder bruk av spesifikt immunglobulin. Spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG) brukes sammen med vaksine når kilden er kjent HBsAg-positiv og den eksponerte er uvaksinert, delvis vaksinert eller har fått påvist antistoffnivå < 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose. Dersom det er gått mer enn 48 timer siden eksponering har immunglobulin ikke effekt og gis ikke.

Dersom den eksponerte er vaksinert og antistoffnivå er ukjent eller ≥ 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose anses det ikke indisert med immunglobulin selv om kilden er kjent positiv (se tabell 1). HBIG i tillegg til vaksinasjon bør vurderes i de sjeldne tilfeller når kildens hepatitt B-status er ukjent og hvor personen som er blitt eksponert er en kjent ikke-responder etter tidligere vaksinasjon. Ved anti-HBc-alene positivitet hos kilden anses ikke HBIG indisert da smitterisikoen anses som svært liten.

Risikovurdering ved ukjent hepatitt B-status

Gjør en risikovurdering dersom kildens hepatitt B-status er ukjent. Dersom hepatitt B-status for kilden til eksponering er ukjent, bør det gjøres en risikovurdering for å avgjøre om HBIG skal benyttes samtidig med hurtigvaksinasjon. HBIG brukes bare når det kan sannsynliggjøres at kilden er en hepatitt B-smitteførende person.

Blodprøver

Ta blodprøver. Se oversikt i tabell 2 under.

Så tidlig som mulig etter eksponeringen tas prøver av den eksponerte med henblikk på hiv, hepatitt B (HBsAg og anti-HBc) og hepatitt C (HCV-antistoff), en såkalt null-prøve. Dette gjøres uavhengig om kilden er kjent negativ på disse sykdommene eller ikke. Dersom den eksponerte viser seg å være anti-HBc-ale-ne-positiv regnes han/hun som immun mot hepatitt B, og vaksinasjon og ytterligere hepatitt B-oppfølging er ikke nødvendig. Etter 6 uker tas ny prøve for hiv. Negativ hivtest etter 6 uker gir meget høy sannsynlighet for at den eksponerte ikke har blitt hivsmittet og ytterligere hiv-kontroller kan normalt sløyfes.

Hvis den eksponerte er svært urolig for hivsmitte kan det ev. også tas prøver før det er gått 6 uker, og hvis høy risiko for hivsmitte anbefales det å ta ny hivtest etter 3 måneder. Etter 3 måneder tas nye prøver for hepatitt B og hepatitt C. Ved negative prøver etter 3 måneder er det ikke nødvendig å følge opp med nye prøver for hepatitt C. For hepatitt B bør det tas ny prøve etter 6 måneder. Ved negative hepatitt B-markører for infeksjon etter 6 måneder er det ikke nødvendig å følge opp med nye prøver. Ved positive markører for infeksjon (f.eks. HBsAg-positivitet) følges den eksponerte opp på vanlig måte for å avdekke en ev. kronisk infeksjon.

Posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hivinfeksjon

Vurder bruk av posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hivinfeksjon. Dersom det er kjent at kilden er hivsmittet kan det være aktuelt å gi antiviral medikamentell PEP mot hiv. 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. PEP er ikke indisert hvis indekspasienten er fullt virussupprimert.

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.

Posteksponeringsprofylakse mot hepatitt C

Det finnes ingen spesifikk posteksponeringsprofylakse mot hepatitt C.

Dokumentasjon

Dokumenter hendelsen. Stikkskaden og oppfølging bør dokumenteres og melding om hendelsen rapporteres i HMS-systemet (QM+).

Tabell 1. Posteksponeringsprofylakse (PEP) hepatitt B etter stikkskader og annen eksponering

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**
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.*

Tabell 2. Anbefalt blodprøvetaking etter stikkuhell på sprøyter og andre blodeksponeringer

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.

Prosedyrer ved stikkskader og andre blodeksponeringer utenfor helsetjenesten:

Førstehjelp

Utfør førstehjelp. Vask sår eller stikkstedet godt med såpe og vann og desinfiser deretter med spritløsning dersom dette er tilgjengelig.

Smittefare

Vurder om det er en reell smittefare. Ved stikkskader og annen blodeksponering utenfor helsevesenet kan det foreligge en reell risiko for smitteoverføring. Det kan likevel være situasjoner hvor risikoen kan anses som neglisjerbar, f.eks. der henslengte kanyler åpenbart har ligget lenge i miljøet, der bitt ikke har medført hudpenetrering eller der spyting ikke med sikkerhet har kommet i øyne/munn.

Man bør i slike situasjoner gjøre en risikovurdering i samråd med den eksponerte. Dersom man etter en samlet vurdering anser at det ikke foreligger en reell smittefare anbefaler vi ikke videre oppfølging.

Hepatitt- eller hiv-smitteførende?

Undersøk om mulig om kilden er hepatitt- eller hiv-smitteførende. Dersom man vurderer at det foreligger en reell smitterisiko, bør man om mulig innen 1-2 døgn undersøke hiv- og hepatittstatus hos kilden. Ved kjent kilde etter stikkskader eller annen eksponering utenfor helsetjenesten, for eksempel henslengte sprøyter, brukerstyr til andre familiemedlemmer eller i risikoutsatte yrker utenom helsetjenesten (risikoutsatte ansatte i politi, fengsler, brann- og redningstjeneste og lignende) bør det gjøres forsøk på å avklare kildens hiv- eller hepatitt status.

Ofte er det ikke mulig å identifisere kildens hiv- eller hepatitt-status. Det er som regel ikke tid til å undersøke om den eksponerte er bærer, naturlig immun eller vaksinert mot hepatitt B ved hjelp av serologisk testing.

Vaksinasjon mot hepatitt B

Vurder vaksinasjon mot hepatitt B. Hvis kilden er HBsAg-positiv eller hepatitt B-status er ukjent iverksettes tiltak basert på den eksponertes vaksinasjonsstatus og ev. resultat av tidligere hepatitt B-antistoffprøver (se tabell 1). Antistoffundersøkelse tatt flere måneder eller år etter siste vaksinedose vil ikke kunne si noe sikkert om de eksponerte har beskyttelse eller ikke og har derfor liten verdi.

Dersom kilden er anti-HBc-alene-positiv (uavhengig av PCR-positivitet) iverksettes tiltak som om kildens HBsAg-status er ukjent (se tabell 1). Vaksinasjonen utføres som hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 måneder) med hepatitt B-vaksine.

Spesifikt immunglobulin

Vurder bruk av spesifikt immunglobulin. Spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG) brukes sammen med vaksine når kilden er kjent HBsAg-positiv og den eksponerte er uvaksinert, delvis vaksinert eller har fått påvist antistoffnivå < 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose. Dersom det er gått mer enn 48 timer siden eksponering har immunglobulin ikke effekt og gis ikke.

Dersom den eksponerte er vaksinert og antistoffnivå er ukjent eller ≥ 10 IU/l målt 1-3 måneder etter siste vaksinedose anses det ikke indisert med immunglobulin selv om kilden er kjent positiv (se tabell 1). HBIG i tillegg til vaksinasjon bør vurderes i de sjeldne tilfeller når kildens hepatitt B-status er ukjent og hvor personen som er blitt eksponert er en kjent ikke-responder etter tidligere vaksinasjon. Ved anti-HBc-alene-positivitet hos kilden anses ikke HBIG indisert da smitterisikoen anses som svært liten.

Blodprøver

Ta blodprøver. Se oversikt tabell 1. Så tidlig som mulig etter eksponeringen tas prøver av den eksponerte med henblikk på hiv, hepatitt B (HBsAg og anti-HBc) og hepatitt C (HCV-antistoff), en såkalt null-prøve. Dette gjøres uavhengig om kilden er kjent negativ på disse sykdommene eller ikke. Dersom den eksponerte viser seg å være anti-HBc-alene-positiv regnes han/hun som immun mot hepatitt B, og vaksinasjon og ytterligere hepatitt B-oppfølgning er ikke nødvendig. Etter 6 uker tas ny prøve for hiv. Negativ hivtest etter 6 uker gir meget høy sannsynlighet for at den eksponerte ikke har blitt hivsmittet og ytterligere hivkontroller kan normalt sløyfes.

Hvis den eksponerte er svært urolig for hivsmitte kan det ev. også tas prøver før det er gått 6 uker, og hvis høy risiko for hivsmitte anbefales det å ta ny hivtest etter 3 måneder. Etter 3 måneder tas nye prøver for hepatitt B og hepatitt C. Ved negative prøver etter 3 måneder er det ikke nødvendig å følge opp med nye prøver for hepatitt C. For hepatitt B bør det tas ny prøve etter 6 måneder. Ved negative hepatitt B-markører for infeksjon etter 6 måneder er det ikke nødvendig å følge opp med nye prøver. Ved positive markører for infeksjon (f.eks. HBsAg-positivitet) følges den eksponerte opp på vanlig måte for å avdekke en ev. kronisk infeksjon.

Posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hivinfeksjon

Vurder bruk av posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hivinfeksjon. Dersom det er kjent at kilden er hivsmittet kan det være aktuelt å gi antiviral medikamentell PEP mot hiv. PEP er ikke indisert hvis indekspasienten er fullt virussupprimert. PEP bør startes så snart som mulig, helst innen 4 timer, og ikke senere enn 72 timer.

Rask henvisning til infeksjonsmedisiner eller pediater 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.

Posteksponeringsprofylakse mot hepatitt C

- Det finnes ingen spesifikk posteksponeringsprofylakse mot hepatitt C.
- Bestilling av hepatitt B-vaksine og immunglobulin:
- [Bestilling og utsending av vaksiner, immunglobuliner og sera - FHI](#)
- [Hepatitt B-vaksine og hepatitt B-immunglobulin - FHI](#)

Prosedyre ved stikkskade, kortversjon – se vedlegg side 34

9 Informasjon til skoler og barnehage

Infeksjoner hos barn i barnehagen eller skole

Barn i barnehager og skole er hyppig utsatt for smittsomme sykdommer. Mange personer er samlet på et lite areal, og barn kan i liten grad beskytte seg mot infeksjoner. Generelle råd er:

- Omhyggelig håndhygiene for alle. Bare papirhåndkle og såpedispenser bør benyttes.
- Sikre best mulig inneklima for barna. Luft ofte!
- Pass på at barna er passe kledd og at de holder seg tørre og varme på beina.

Når skal barn holdes borte fra barnehagen eller skole ved infeksjoner?

Det hadde vært ønskelig med faste enkle regler som var absolutte og som passet for alle. Dette lar seg ikke gjøre. Den enkelte situasjon må vurderes av barnets foreldre og personalet. Det må utvises sunt skjønn. Herunder følger det noen momenter som ofte tas med i vurderingen:

Hensynet til de andre: for å hindre smittespredning i barnehagen

Alle infeksjonssykdommer har en inkubasjonstid, dvs. tiden som går fra man er smittet til sykdommen bryter ut. I denne tiden er man vanligvis frisk men ofte like smittefarlig som etter at sykdommen er brutt løs. Både foreldre og personale er opptatt av å hindre smittespredning. Mange barn blir holdt hjemme først og fremst pga dette. Ettersom barnet oftest har vært smittespreder i flere dager før sykdom påvises, har det lite for seg å holde barnet hjemme dersom dette er den eneste grunnen. Smittespredning kan stort sett begrenses gjennom gode hygienerutiner.

Hensynet til barnet selv

Barnets behov er viktigst! Et sykt barn som ikke kan delta i barnehagen eller skolens daglige aktiviteter vil ha det bedre hjemme i fred og ro. ALLMENNTILSTANDEN til barnet er her avgjørende, ikke konkrete symptomer som grønt snørr, feber, øyebetennelse e.l. Er allmenntilstanden redusert bør barnet holdes hjemme.

Feber

Mange infeksjonssykdommer starter med feber. Ofte er barnet syk i den grad at det er åpenbart at det bør holdes hjemme. Vanskeligere er det ofte å vurdere feber senere i sykdomsforløpet. De fleste barn er synlig syke når de har feber og skal ikke i barnehagen eller skole. I noen tilfeller kan barn ha litt feber, men likevel være i så god form at de klarer dagen i barnehagen eller skolen. Medisinsk sett er dette ikke uforsvarlig. Erfaringen er likevel at de fleste barn som har feber fra morgenen av blir gradvis slappere utover dagen.

Antibiotikabehandling

Barn som bruker antibiotika, kan være i utmerket allmenntilstand og kan derfor gå i barnehagen eller skolen som vanlig. Barnets allmenntilstand er her avgjørende. Dersom barnet skal ha medisin i løpet av barnehage- eller skoletiden må personalet være villig til å gi medisinen.

På FHI finnes det oppdatert, nyttig informasjon om en rekke vanlige sykdommer hos barn. Det lenkes her til et utvalg:

Barnemark: [Marksykdommer - FHI](#)

Fotvorter: [Vorter \(fot, hånd og ansikt\) - FHI](#)

Sopp: [Ringorm \(tinea\) og fotsopp - FHI](#)

Hodelus: [Hodelus - FHI](#)

Øyebetennelse: [Konjunktivitt, infeksjons - FHI](#)

Brennkopper: [Impetigo \(brennkopper\) - FHI](#)

Diare og oppkast: [Når må barn være hjemme fra barnehagen? - FHI](#) , [Omgangssjuke forårsaka av norovirus - FHI](#)

Hepatitt (smittsom leverbetennelse): [Hepatitt B og C - FHI](#)

Ved utbrudd av sykdommer i barnehager eller skole vil kommuneoverlegen være tilgjengelig og bør involveres for rådgøring.

10 Telefonliste ressurser

Gjerstad kommune		
Sentralbord	Åpningstider 10-14, onsdag og fredag stengt	37 11 97 00
Kommuneoverlege	Kathrine Pedersen	92 02 07 05
Legekantor	Man – Fre: 08 - 15	37 11 91 90
Helsestasjon		37 11 97 29
Kommunedirektør	Per Gunnar Johnsen	90 01 36 49
Ordfører	Steinar Pedersen	90 66 59 21
Teknisk vakt		90 96 25 00
Sørlandet sykehus:		
Sentralbord:		38 07 30 00
Smittevernlege:	Runar Hamre (konst. Arendal)	
Tuberkulosekoordinator:	Bente Tversland (Kristiansand)	38 03 85 37
Folkehelseinstituttet		
Sentralbord		21 07 70 00
Smittevernvakta	For helsepersonell	21 07 63 48
Giftinformasjon	Døgntåpent	22 59 13 00
Mikrobiologisk beredskapsvakt	Ved "pulverbrev" o.l.	95 21 49 93
Vitusapotek Jernbanetorget	Døgntåpent, bestilling av vaksiner, immunglobulin m.m.	23 35 81 00
Mattilsynet		
Lokalt kontor	Kystveien 30, 4841 Arendal	22 40 00 00
Vakttelefon	Utenom kontorets åpningstid	22 40 00 00 (vakt-tlf nås via sentralbord)
Statsforvalteren i Agder		
Sentralbord	Åpningstid: 08 - 15	37 01 75 00
RTA (renovasjon)		
Sentralbord		37 14 36 00
Politi		
Politisentralen		02800

11. Vedlegg - Prosedyre ved stikkskade - kortversjon

1. Utfør førstehjelp

Hvis det blør: la det blø noen minutter. Ikke prøv å klemme frem blod dersom det ikke blør spontant. Vask grundig med såpe og vann i minst 10 minutter. Deretter desinfiseres området med ett av følgende midler:

- klorhexidin spritløsning 5 mg/ml
- klorhexidin vandig oppløsning 1 mg/ml
- eventuelt 70% sprit / 60% isopropanol (dersom ingen av ovennevnte er tilgjengelig).

Blodsprut i øyne, munn, nese eller sår skylles rikelig med vann i minst 10 minutter.

2. Vurder om det er en reell smittefare

I noen situasjoner vil man anse risikoen for smitte som svært liten/neglisjerbar. Dette kan for eksempel være i situasjoner hvor man kjenner kilden, og vurderer sannsynligheten for at vedkommende er smittet som svært liten. Det kan også være situasjoner hvor kanyler har ligget henslenget så lenge i miljøet at sannsynligheten for at de inneholder smittestoff er svært lav. Tilfeller av bittskader som ikke penetrerer hud vil også ha svært lav sannsynlighet for smitteoverføring. Gjør en risikovurdering i samråd med den eksponerte. Dersom man samlet vurderer at det ikke foreligger en reell smittefare, anbefales ikke videre oppfølging.

3. Undersøk om kilden er hepatitt- eller HIV-smitteførende

Hvis det er mulig, bør man i løpet av 1-2 døgn undersøke kilden for HBV, HCV og HIV. Dette kan bare gjøres med vedkommendes samtykke. Ved ukjent kilde er dette nærmest umulig. Det er ikke mulig å ta smitteprøver fra blodrester i henslengte kanyler, sprøyter o.l.

4. Vurder vaksinasjon mot hepatitt B

Hvis kilden er HBsAg-positiv, eller hepatitt B-status er ukjent, skal det vurderes å starte hurtigvaksinasjon mot hepatitt B: Dersom den eksponerte ikke tidligere er vaksinert mot hepatitt B, bør vedkommende tilbys vaksine ved 0,1,2 og 12 måneder.

5. Vurder bruk av spesifikt immunglobulin mot hepatitt B

Spesifikt immunglobulin mot hepatitt B brukes sammen med vaksine når man vet at kilden er HBsAg positiv, og den eksponerte er uvaksinert eller bare delvis vaksinert. Dersom kildens HBsAg-status er ukjent, kan behandlingen likevel vurderes dersom det kan sannsynliggjøres at kilden er en person med smitteførende hepatitt B. Behandlingen må gis innen 48 timer. Senere behandling har ingen nytteverdi. Pasienten betaler ikke egenandel for immunglobulin mot HBV som posteksponeringsbehandling. Når det er besluttet at immunglobulin skal gis, kan immunglobulin skaffes fra Folkehelseinstituttet. I kontortiden (08-15) tlf 21 07 70 00: Si at det gjelder øyeblikkelig hjelp og posteksponeringsprofylakse. Be om å få snakke med lege eller farmasøyt ved Avdeling for vaksine. Utenom Folkehelseinstituttets åpningstider kan leger henvende seg til Vitus apotek Jernbanetorget, Oslo, på tlf. 23 35 81 00. Apoteket har døgnåpent og kan ved behov etablere kontakt med vakthavende lege ved Smittevernvakta, Folkehelseinstituttet, for vurdering av indikasjonsstilling og dosering. Smittevernvakta 21 07 63 48 kan ved behov kontaktes utenom arbeidstid for rådgiving før bestilling fra Vitus apotek Jernbanetorget.

6. Ta blodprøver

Så tidlig som mulig etter eksponeringen tas prøver av den eksponerte med henblikk på HCV, HBV og HIV, en såkalt "nullprøve". Dette gjøres uavhengig av immunstatus hos kilden. Ny prøve for HIV etter 6 uker. Dersom denne er negativ, er sjansen for HIV-smitte minimal. Ny prøve for HBV og HCV etter 3 måneder. Hvis negativ, kan smitte av HCV nærmest utelukkes. Ny prøve for HBV etter 6 måneder. Dersom negativ, er det svært usannsynlig med HBV-smitte. Dersom noen av prøvene er positive, skal vedkommende følges opp på vanlig måte for den aktuelle infeksjonen.

7. Vurder bruk av posteksponeringsprofylakse (PEP) mot HIV

Dersom det er kjent at kilden er HIV-smittet, kan det være aktuelt å gi antiviral posteksponeringsprofylakse (PEP) mot HIV. Dette kan også være aktuelt dersom kildens HIV-status er ukjent, men det kan sannsynliggjøres at kilden er en HIV-smittet person. Behandlingen bør startes snarest mulig, og innen 48 timer. Rask henvisning (øyeblikkelig hjelp) til infeksjonsmedisiner med erfaring i HIV-behandling. Konferer telefonisk med medisinsk avdeling Sørlandet Sykehus.