

Smittevernplan



Bilde: C.Krohg: «Albertine i politilegens venteværelse» (kilde: no.wikipedia.org)

2018 – 2022

15.06.2018

Rådmannen

Innholdsliste:

1. Innleiing	7
1.1. Målsetjing	7
1.2. Plassering i planhierarki	7
1.3. Smittekjeda	7
1.4. ROS analyse	8
1.5. Definisjonar	9
2. Lovgrunnlag	10
3. Aktørar i smittevernarbeidet	10
3.1. Kommunale aktørar	10
3.2. Statlege aktørar	11
3.3. Andre aktørar	11
4. Oversikt og melderutinar	12
4.1. Epidemiologisk oversikt	12
4.2. Meldeplikt	12
4.3. Varslingsplikt	12
4.4. Utbrot av smittsam sjukdom	13
4.5. Kva skal varslast	13
4.6. Korleis varsle	13
4.7. Utbrot utanfor helseinstitusjon	13
4.8. Utbrot i helseinstitusjon	14
4.9. Utbrot som skuldast smitte frå næringsmiddel eller dyr	14
4.10. Varslingsrutinar	15
5. Beredskap	16
5.1. Smittevernlova	16
5.2. Ansvar og mynde	16
5.2.1. Kommunestyret	16
5.2.2. Smittevernlegen	17
5.2.3. Helsepersonell	17
5.3. Kommunikasjon	17
5.4. Aksjonsplan	18
5.5. Generelle prosedyrar i ein beredskapssituasjon	18
5.5.1. Organisering, kartlegging og tiltak	18
5.5.2. Diagnostikk	18
5.5.3. Ved epidemi	18
5.5.4. Normalisering	19
5.5.5. Evaluering	19

Vedleggsdel.....	20
1. vedlegg – Delegasjon av mynde.....	20
1.1. <i>Delegering av mynde til kommuneoverlege, vedteke av rådmannen 25. februar 2013.....</i>	20
2. vedlegg – Smittevern i dagleg arbeid	21
2.1. <i>Plikter, rutinar og informasjon.....</i>	21
2.2. <i>Vaksinasjon</i>	21
2.3. <i>Smittevern i kommunal helse- og omsorgsteneste.....</i>	22
2.3.1. <i>Smittevern ved kommunale legekantor</i>	22
2.3.2. <i>Rutinar ved institusjonar og i heimetenesta.....</i>	22
2.3.3. <i>Arbeidsklede.....</i>	22
2.3.4. <i>Infeksjonskontrollprogram.....</i>	23
2.4. <i>Smittevern ved immigrasjon</i>	23
2.4.1 <i>Rutinar for samhandling helsestasjon - legeteneste.....</i>	23
2.4.1. <i>Tuberkuloseundersøking av arbeidsinnvandrarar</i>	24
2.4.2. <i>Helseundersøking av adoptivbarn</i>	25
2.5. <i>Barn og smittevern.....</i>	25
2.5.1. <i>Generelle råd for smittevern</i>	25
2.5.2. <i>Handhygiene.....</i>	26
2.5.3. <i>Mathygiene.....</i>	26
2.5.4. <i>Tiltak ved smittsame sjukdommar i barnehage</i>	27
2.5.5. <i>Barn på gardsbesøk og smittevern</i>	27
2.5.6. <i>Brennkoppar (kontaktsmitte)</i>	27
2.5.7. <i>Tiltak ved enkelte sjukdomsutbrot</i>	27
2.6. <i>Førehandsundersøking av pasientar ved innlegging i kommunale helseinstitusjonar</i>	27
2.6.1. <i>Symptom frå luftvegane</i>	27
2.6.2. <i>Symptom frå tarmsystemet.....</i>	27
2.6.3. <i>Risiko for blodsmitte.....</i>	28
2.6.4. <i>Risiko for resistente bakteriar.....</i>	28
2.6.5. <i>Isolering av pasientar i sjukeheim.....</i>	28
2.6.6. <i>Eksterne kontaktar</i>	28
2.7. <i>Smittevern ved utanlandsreiser</i>	29
2.8. <i>Ymse informasjonsmateriell.....</i>	29
3. vedlegg –Tiltak mot luft/dråpesmitte	30
3.1. <i>Råd for førebygging</i>	30
3.2. <i>Råd om vern av helsepersonell mot luft/dråpesmitte</i>	30
3.3. <i>Sjukdommar.....</i>	30
4. vedlegg – Tiltak mot blodsmitte	31
4.1. <i>Handtering av stikkande og skjerande reiskapar.....</i>	31
4.2. <i>Rutinar ved søl av biologisk materiale, inklusiv blod</i>	31
4.3. <i>Handtering av stikkskadar</i>	32
4.3.1. <i>Stikkskadar i helsetenesta</i>	32
4.3.2. <i>Stikkskadar utanfor helsetenesta</i>	33

4.4.	<i>Posteksponeringsprofylakse mot HIV</i>	34
4.5.	<i>Lokal prosedyre</i>	34
4.6.	<i>Injiserande stoffmisbrukarar og smittevern</i>	35
4.6.1.	Infeksjonar hos injiserande stoffmisbrukarar	35
4.6.2.	Vaksinasjon	35
4.6.3.	Rådgjeving	35
4.7.	<i>Informasjonsmateriell</i>	36
5.	vedlegg – Tiltak mot vatn- og matboren smitte	37
5.1.	<i>Førebyggjande tiltak</i>	37
5.2.	<i>Vannhygiene</i>	38
5.2.1.	Forskrift om vannforsyning og drikkevann	38
5.2.2.	Smittespreiing gjennom drikkevatt	38
5.2.3.	Kontroll med drikkevatt	38
5.2.4.	Tiltak ved vassborne utbrot	38
5.3.	<i>Smitte frå matvarer</i>	39
5.3.1.	Kontroll og oppfølging av pasientar med tarminfeksjonar:	39
5.3.2.	Oppfølging og kontroll av personar som handterar næringsmiddel:	39
6.	vedlegg – Tiltak mot seksuelt overført smitte	40
6.1.	<i>Førebyggjande tiltak</i>	40
6.2.	<i>Smitteoppsporing</i>	40
6.3.	<i>Menn som har sex med menn og smittevern</i>	41
7.	vedlegg – Tiltak mot vektoroverført smitte (t.d. insekt)	42
7.1.	<i>Generelt om insekt og smitterisiko</i>	42
7.2.	<i>Borrelia</i>	42
7.2.1.	Førebyggjande tiltak mot Borreliose	42
7.3.	<i>TBE</i>	43
7.4.	<i>Malaria</i>	43
7.4.1.	Smittemåte	43
7.4.2.	Inkubasjonstid	43
7.4.3.	Førebyggjande tiltak	43
7.4.4.	Medikamentell profylakse	44
7.4.5.	Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot	44
7.4.6.	Meldings- og varslingsplikt	44
7.4.7.	Symptom, diagnostikk, behandling mm	44
7.5.	<i>Dengue-feber</i>	45
7.5.1.	Smittemåte	45
7.5.2.	Symptomar på denguefeber	45
7.5.6.	Reiseråd	45
7.6.	<i>Zikafeber</i>	46
7.5.7.	Smittemåte	46
7.5.8.	Symptom	46
7.5.9.	Førebygging	46
7.7.	<i>Skadedyr</i>	46

8. vedlegg – Tiltak mot kontaktsmitte	47
8.1. Tiltak for å bryte smittevegar og hindre smitteoverføring	47
8.2. Tiltak ved smitterisiko	47
8.2.1. Smittemåte	48
8.2.2. Førebyggjande tiltak	48
8.2.3. Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot	48
8.2.4. Barnehagar	48
8.2.5. Tiltak i helseinstitusjonar	48
8.3. MRSA	49
8.3.1. Prøvetaking for rutineundersøking	49
8.3.2. Førebyggjande tiltak MRSA	49
8.3.3. Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot av MRSA	50
8.3.4. Meldings- og varslingsplikt	51
9. vedlegg – Miljøretta helsevern	52
9.1. Vatn, kloakk og avlaup	52
9.2. Renovasjon	52
9.3. Badevatn, boblebad og symjebasseng	53
9.4. Kjøletårn, luftskrubbarar, dusjanlegg og vass-aerosoler	53
9.4.1. Lovgrunnlag	53
9.4.2. Om Legionella	53
9.4.3. Aktuelt regelverk	53
9.4.4. Førebygging	54
9.4.5. Om sjukdommen Legionellose	54
9.5. Solarium, treningsstudio mm	54
9.6. Tatovering, piercing	54
9.7. Husdyrhald	54
9.8. Skadedyr	55
9.8.1. Forskrift om skadedyrbekjempelse	55
9.8.2. Førebyggjande tiltak	55
10. vedlegg – Tiltakskort for einskilde sjukdommar	56
10.1. Norovirus	56
10.1.1. Symptom og smitte ved norovirus	56
10.1.2. Når kan ein vende tilbake til jobb, skule eller barnehage?	56
10.1.3. Råd for å førebygge smitte med norovirus	57
10.2. Meningitt/meningokokksjukdom	57
10.2.1. Smittemåte	57
10.2.2. Inkubasjonstid	57
10.2.3. Symptom	57
10.2.4. Førekomst	58
10.2.5. Vaksinasjon	58
10.2.6. Førebygging blant ungdom	59
10.2.7. Tiltak ved enkelttilfelle	59
10.2.8. Utbrot	60
10.2.9. Lokal organisering	60
10.2.10. Informasjonsskriv	61

<i>Informasjon til skule frå Smittevernet i Bømlo kommune.....</i>	<i>62</i>
<i>Informasjon til barnehage frå Smittevernet i Bømlo kommune</i>	<i>63</i>
10.3. EHEC.....	64
10.3.1. Slik smitter E.coli.....	64
10.3.2. Symptomar	64
10.3.3. Behandling av E.coli	64
10.3.4. Sjukmelding	65
10.3.5. Førebyggande tiltak	65
10.4. Lus	65
10.4.1. Smittemåte	65
10.4.2. Påvising og behandling- hovudlus.....	66
10.4.3. Informasjonsmateriell.....	66
10.5. Skabb.....	66
10.5.1. Smittemåte	66
10.5.2. Symptom.....	66
10.5.3. Behandling	66
10.6. Ebola	67
10.6.1. Utbreiing.....	67
10.6.2. Smittemåte	67
10.6.3. Symptom.....	67
10.6.4. Tiltak	68
11. vedlegg – Særlege tilhøve og beredskap ved allmennfarleg smittsam sjukdom	69
11.1. Allmennfarleg smittsam sjukdom	69
11.2. Risikovurderingar allmennfarleg smittsam sjukdom	69
11.3. Generell prosedyre for pasienthandtering og smitteverntiltak	70
11.4. Innleiande vurdering	70
11.5. Handtering av medpassasjerar og publikum	70
11.6. Vern av personell.....	71
11.7. Reingjering.....	71
11.8. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter frå avføring til munn	71
11.9. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter med insekt	71
11.10. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter med spyttdråper /aerosoler og ved alvorlege sjukdommar med ukjent smittemåte.....	72
11.11. Informasjon	73
11.12. Ressursar	73
11.13. Kontaktar.....	73
12. vedlegg – Utbrot av smittesjukdom i helseinstitusjon	74

1. Innleiing

Smittsame sjukdommar har alltid vore eit trugsmål mot liv og helse. I dei seinare åra har det vore stor endring i biletet, med auka reiseaktivitet, flyktningar som kryssar landegrensar, og oppblussing av "gamle" infeksjonssjukdommar i krigsområde grunna svikt i infrastruktur. Antibiotikaresistente bakteriar er eit aukande problem både i utlandet og her heime. Ukritisk bruk av antibiotika i produksjon av mat og auka import kan gjere situasjonen verre i åra som kjem. Nye virus har vore orsak til epidemiar, og nye epidemiar vil dukke opp.

[Tuberkuloseplan](#) og [pandemiplan](#) er no laga som separate dokument og desse ligg på kommunen sine nettsider, samt i kommunen sitt kvalitetsstyringssystem.

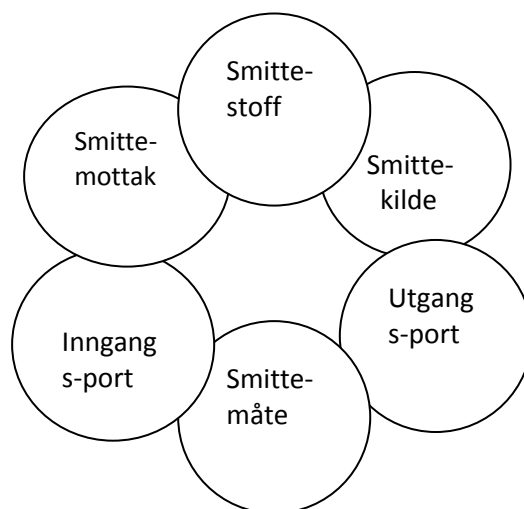
1.1. Målsetjing

Målet med denne planen er å verne befolkninga mot smittsame sjukdommar. Planen skal sikre rask og korrekt varsling, og inneheld lenker til aktuelle nettsider og kommunale kvalitetsdokument. Den skal kunne nyttast som arbeidsreiskap i ein krisesituasjon.

1.2. Plassering i planhierarki

Smittevernplanen er ein delplan under Kommuneplanen og er sideordna med andre beredskapsplanar i kommunen.

1.3. Smittekjeda



Målet er å hindre smitte ved å bryte smittekjeda.

Generelt om smittevern: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernveilederen>

1.4. ROS analyse

Henta frå Bømlo kommune si overordna ROS-analyse og omarbeidd for smittevern:

Sannsyn for hendingane:					
Svært sannsynleg	Årleg influensa (A,C) Brot på vassleidningar på land (A,C)				
Sannsynleg	Straumbrot på vassleidningsanlegget 3-10 timar (A,C)	Tuberkulose tilfelle (A) Matforgiftingar (A)	Utbrot av legionella (A) Kraftig epidemisk influensa (A,C) Personellmangel (A) Tuberkuloseutbrot (A,C) Utbrot i institusjon (A,C)		
Noko sannsynleg	Brann i el.anlegg på vassbehandlina (A,C)	Brot på vassleidningar i sjø (A,C) Straumbrot på vassbehandling 10-24 timar (A,C)	Forureining av drikkevatt (A) Omfattande hending med t.d. rakfisk eller forgifta blåskjel (A) Spreiing av multiresistente bakteriar (A,B,C)	Infeksjonar med framande smittestoff (A,C) Utbrot av meningokokk-sjukdom (A)	Kraftig pandemisk influensa (A,C) Omfattande mangel på personell og viktig legemiddel (A)
Lite sannsynleg		Omfattande smitte frå mat (A,C)	Evakuering av verksemda (A,B,C)	Brann på vassbehandlingsanlegg (A,C) Straumbrot på vassbehandlingsanlegg >24 timar (A,C) Mindre utbrot at allmennfarleg smittsam sjukdom	Samfunnsulukke der kommunen er isolert (A,B,C) Større utbrot av allmennfarleg smittsam sjukdom (A,B,C)
Konsekvensar av hendingane:	Sterkt avgrensa	Ein viss fare	Alvorleg	Kritisk	Katastrofalt

A = Liv og helse, B = Miljø, C = Økonomi

Dei fleste aktuelle hendingane som er lista opp i ROS-analysen har avgrensa konsekvens. Ingen av dei analyserte hendingane fell innanfor det raude området, dvs representerer ein uakseptabel risiko. Ved endring i epidemiologiske tilhøve på verdsbasis eller lokalt kan dette endre seg, og det vil vere naudsynt å gjere ein ny analyse.

1.5. Definisjonar

Boosterdose	Påfyllingsdose av vaksine for å forsterke effekt av tidlegare vaksinasjon
Epidemi	Utbrot av smittesjukdom som spreiar seg raskt mellom menneske
DOT	Direkte Observert Terapi, medisin gitt under tilsyn
Fekal-oral	Frå avføring til munn
IGRA	Interferon-gamma Release Assay- test som brukes for diagnostikk av tuberkulose
Infeksjon	Sjukdomstilstand der det er vekst av bakterier, virus eller andre mikroorganismer, ofte med immunrespons frå kroppen
MSIS	Folkehelseinstituttet sitt meldesystemet for infeksjonssjukdommar
Pandemi	Epidemi som omfattar svært mange og breier seg over eit stort område, t.d. fleire verdsdelar
Screening	Undersøking av ei gruppe individ utan sjukdomsteikn for å avdekke sjukdom eller risiko for sjukdom
Smittesjukdom	Sjukdom eller smitteberartilstand som er årsaka av eit smittestoff som kan overførast mellom menneske
Smittestoff	Mikroorganisme eller del av slik organisme eller ein parasitt som kan overførast mellom menneske, eller frå dyr til menneske. Som smittestoff reknar ein og gift (toksin) fr å mikroorganismar
Smittevernlege	Den legen som er tillagt ansvaret for smittevernarbeidet
SYSVAK	Nasjonalt vaksinasjonsregister
Utbrot	Fleire enn forventa av ein sjukdom i ei gitt tidsperiode, eller 2 eller fleire med sannsynleg felles kjelde
Varsling	Munnleg melding der ein er viss på at mottakar har mottatt meldinga. Ved varsling skal det også oftast meldast skriftleg.

2. Lovgrunnlag

Lovene finn ein: <http://lovdata.no/register/lover>

- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernlova) med føresegner
- Lov om kommunale helse- og omsorgstenester med føresegner
- Lov helsemessig og sosial beredskap med føresegner
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova) med føresegner
- Lov om matproduksjon og mattryggleik med føresegner
- Lov om helsepersonell med føresegner

3. Aktørar i smittevernarbeidet

3.1. Kommunale aktørar

Smittevernlege	Smittevernlegen skal ha oversikt over infeksjonsepidemiologiske tilhøve. Er rådgjevar for andre i kommunen. Er fagleg ansvarleg for smittevernarbeidet. Skal leia arbeidet ved utbrot, og har fullmaktar etter delegasjon frå kommunen og etter smittevernloven.
Kommuneoverlege	Har det overordna ansvaret dersom det er eigen smittevernlege
Legetenesta	Diagnose og behandling, smittesporing, melding til MSIS og smittevernlege, det daglege arbeidet med smitta personar.
Helsesøster	Helsestasjon. Screening av flyktningar og asylsøkjjarar i samarbeid med legetenesta. Tuberkuloseundersøking etter forskrift og i samarbeid med smittevernlege. Barnevaksinasjonsprogrammet. Reisevaksinasjon og rådgjeving, influensa- og pneumokokkvaksinasjon. Meldesystem for vaksine (SYSVAK)
Jordmor	Oppfølging og kontroll av gravide med smittesjukdommar i samarbeid med lege
Heimetenesta	Ansvar for rutinar som førebyggjar smitteoverføring. Administrering av Direkte Observert Terapi, DOT, i samarbeid med Helse Fonna og smittevernlege.
Institusjonar	Utarbeide rutinar som hindrar smittespreiing, varsle ved overføring mellom institusjonar ved smittsam sjukdom, eller ved utbrot i institusjon. Ha rutinar for isolasjon viss naudsynt.
Teknisk drift og landbruk	Tilsyn med landbruk, symjebasseng, badevatn med meir
Bømlo Vatn og Avløpsselskap AS, BVA	Utbygging og drift av vatn og avlaup

3.2. Statlege aktørar

Folkehelseinstituttet (fhi)	Oversikt over infeksjonsepidemiologiske tilhøve i landet gjennom meldesystemet for infeksjonssjukdommar, MSIS, og i verda i samarbeid med WHO. Rådgevar for helsetenesta og andre aktørar i smittevernarbeid. Smitteopp-sporing ved utbrot saman med kommuneoverlege og mattilsynet. Vaksiner.
Helseføretaka	Smittevernansvarleg lege, kan gjere vedtak saman med kommuneoverlege etter smittevernlova. §§ 4.2 og 5.8. Tuberkulosekoordinator. Diagnostikk, behandling, isolering, rådgeving. Skal varsle om smitterisiko ved overføring av pasient til annen institusjon. Laboratorie-verksemd.
Fylkesmannen	Råd, tilsyn, klageinstans. Sekretariat for smittevernnemnda.
Mattilsynet Lokalavdeling Mattilsynet Sunnhordland, Stord	Tilsyn med produksjon og servering av mat, kontroll av drikkevatt, tilsyn med plante- og dyrehelse, import- og eksportkontroll. Varsling ved utbrot, smitteopp-sporing i samarbeid med folkehelseinstituttet og smittevernlege.
Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet	Tilsyn gjennom helsetilsynet i fylket og Fylkesmannen
Politiet	Skal gi melding til smittevernlegen om personar som skal sjekkast for smittsam sjukdom etter utlendingforskriften
Smittevernnemnda	Kan gjere tvangsvedtak om utgreiing og isolering
Tollvesenet	Grensekontroll, importkontroll

3.3. Andre aktørar

Sunnhordland interkom-munale miljøverk SIM	Ansvar for handtering av avfall
Anticimex	Utrydding av skadedyr
Apotek	Leverer vaksiner og medikament

4. Oversikt og melderutinar

4.1. Epidemiologisk oversikt

Folkehelsa skal ha oversikt over den epidemiologiske situasjonen i landet, og har oppdatert informasjon på sine nettstader. Smittevernlege skal ha oversikt over situasjonen i eigen kommune, og skal ha kopi av alle MSIS-meldingar til Folkehelseinstituttet som gjeld eigne innbyggjarar.

4.2. Meldeplikt

Medisinske-mikrobiologiske laboratoriar melder smittsame sjukdommar til Folkehelseinstituttet. Legar varslar meldepliktige sjukdommar til MSIS (meldesystemet for smittsame sjukdommar) på eige skjema med kopi til smittvernlege i kommunen.

4.3. Varlingsplikt

Varling: Helsepersonell som mistenker eller påviser sjukdom som er varlingspliktig har varlingsplikt til smittvernlegen eller denne sin stedfortreder.

Varling er ein omgåande formidla melding på ein slik måte at varslaren er viss på at mottakar har motteke varslet, t.d via telefonkontakt. Det er varlingsplikt for enkelttilfelle av visse sjukdommar, og for visse typar utbrot av smittsame sjukdommar.

Varlingsplikt kan vere etter meldesystemet for infeksjonssjukdommar [MSIS](#), [tuberkuloseforskrifta](#) eller etter internasjonalt helsereglement.

MSIS-forskrifta handlar om følgjande punkt:

- Nominativt meldepliktige sjukdommar gr A. Oversikt over sjukdommar og meldeskjema ligg på <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/msis/meldingspliktige-sykdommer-i-msis/>
- Helsepersonell som mistenker eller påviser slik sjukdom har varlingsplikt til smittvernlegen eller denne sin stedfortreder. Dersom ein ikkje får tak i denne, skal ein varsle Folkehelseinstituttet, avdeling for infeksjonsovervaking (sjå vedlegg 6.2.7.8)
- Utbrot av smittsam sjukdom utanfor helseinstitusjon
- Utbrot av smittsam sjukdom i helseinstitusjon
- Mistanke eller kjennskap til overlagt spreiding av smittestoffer
- Smitte frå utstyr m.m.
- Mulig smitte frå blodgjevar
- Mulig smitte frå helseinstitusjon
- Mulig smitte frå dyr

Ved innlegging av mogleg smittefarleg pasient i sjukehus, skal sjukehus og AMK varslast om kva type smitte ein har mistanke om, slik at naudsynte smitteverntiltak kan settast i verk under transport.

4.4. Utbrot av smittsam sjukdom

Utbrot av smittsam sjukdom skal varslast smittevernlegen som igjen skal varsle Folkehelseinstituttet. Eit utbrot er definert som:

- a) fleire enn forventa av en bestemt sjukdom innanfor eit område i eit gitt tidsrom, eller
- b) to eller fleire tilfelle av same sjukdom med sannsynleg felles kjelde (utstyr, innkvarteringsstad, næringsmiddel, vatn med meir).

4.5. Kva skal varslast

- Utbrot av sjukdommar som er meldepliktige i MSIS
- Utbrot der ein mistenker samanheng med næringsmiddel (inkl vatn)
- Utbrot av særleg alvorleg sjukdom (andre enn dei som er lista opp i MSIS) der det er høg dødelegheit, alvorleg sjukdomsbilde eller høg komplikasjonsrate.
- Særleg omfattande utbrot
- Utbrot i helseinstitusjonar

Dei fire siste gjeld også sjukdommar som ikkje er meldepliktige i MSIS.

4.6. Korleis varsle

Ved trong for kontakt utan opphald, må det varslast munnleg til Smittevernvakta, Folkehelsa, telefon 21 07 63 48.

Elles kan det varslast på følgjande måtar:

Med e-post utbrudd@fhi.no

Med telefon 21 07 66 43

Med telefax 21 07 65 13

Skjema finn ein på: <https://www.fhi.no/publ/2014/msis-meldingsskjema.-nominativ-meld/>

4.7. Utbrot utanfor helseinstitusjon

Lege som mistenker eller påviser utbrot skal varsle smittevernlegen. Smittevernlegen skal varsle Fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Ved mistenkt eller påvist smittesjukdom overført med næringsmiddel eller som kan skuldast smitte frå dyr, skal smittevernlegen varsle Mattilsynet, Distriktskontoret for Sunnhordland. Mattilsynet skal ved mistanke om overføring av smitte til menneske frå næringsmiddel eller dyr melde til smittevernlegen og Fylkesmannen. Folkehelseinstituttet og Mattilsynet har i samarbeid eit nettbasert system for varsling av utbrot (Vesuv). Tilgang er via fhi eller vesuv direkte ([fhi.no](https://www.fhi.no) Tema: Utbrudd) eller ([vesuv.no](https://www.vesuv.no))

4.8. Utbrot i helseinstitusjon

Mistenkt eller påvist utbrot av smittsam sjukdom i kommunal helseinstitusjon skal varslast smittevernlegen som varslar Fylkesmannen. Smittevernlegen skal, dersom mistanken ikkje kan avkreftast raskt, varsle Folkehelseinstituttet. Varsel om mistenkt eller påvist utbrot skal sendast same dag til Avdeling for infeksjonsovervaking, Folkehelseinstituttet, på eige skjema på ei av følgjande måtar:

- Pr telefon 21 07 70 00 (utanom arbeidstid Smittevernvakta telefon 21 07 63 48)
- [Beredskapstelefoner](#) fhi.
- Pr e-post utbrudd@fhi.no

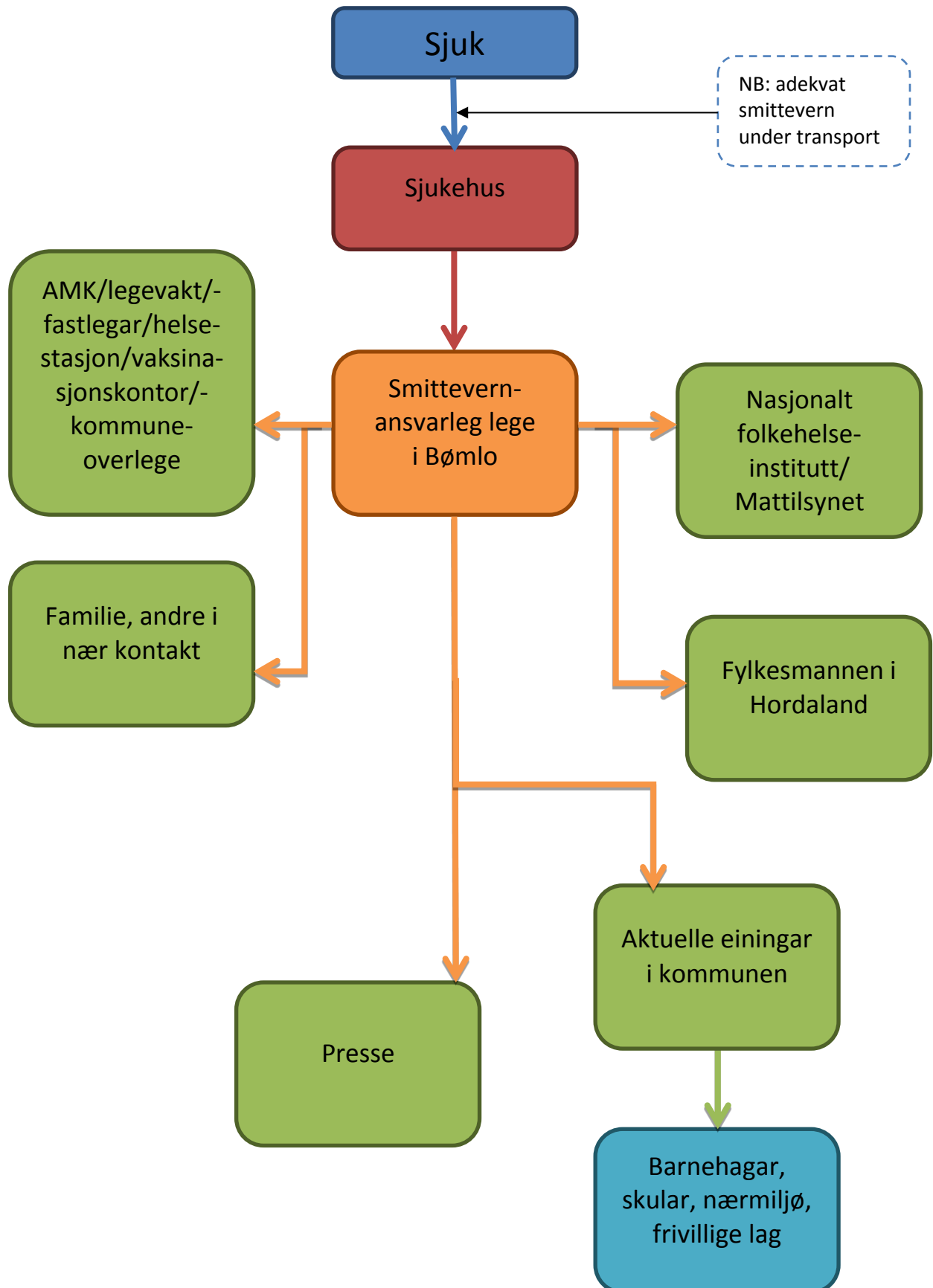
Skjema finn ein på: <https://www.fhi.no/publ/2014/msis-meldingsskjema.-nominativ-meld/>

4.9. Utbrot som skuldast smitte frå næringsmiddel eller dyr

Folkehelseinstituttet, Mattilsynet og smittevernlege i kommunen må samarbeide for å finne kjelda til utbrot. Sjå rutinar i [Utbruddsveilederen](#)

4.10. Varslingsrutinar

ved akutte, alvorlege og smittsame sjukdommar i Bømlo kommune: Flytskjema



5. Beredskap

[Smittevernveilederen](#) kapittel 24

5.1. Smittevernlova

Følgjande paragrafer har spesiell tyding for organiseringa av det kommunale smittevernarbeidet:

§7.1 Kommunen har ansvar for smittevernet

§7.2 Kommunelegen eller den av kommunelegane som kommunestyret utpeikar som smittevernlege skal:

- Utarbeide framlegg til plan for helse- og omsorgstenestenes arbeid med vern mot smittsamme sjukdommar, mellom anna beredskapsplanar og –tiltak, og organisere og leie dette arbeidet
- Ha kontinuerleg oversikt over dei infeksjonsepidemiologiske tilhøva i kommunen
- Utarbeide framlegg til førebyggjande tiltak for kommunen
- Hjelp kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgåver i arbeidet med vern mot smittsamme sjukdommar
- Gje informasjon, opplysningar og råd til befolkninga om vern mot smittsamme sjukdommar
- Utføre andre oppgåver etter lova

§7.3 Helseføretaka har ansvaret for smittevernet i spesialisthelsetenesta og utpeikar ein sjukehuslege med særleg ansvar for smittevernet og skal t.d. samarbeida med kommunal smittevernlege ved opplegg om yrkesforbod og tvungen innlegging i hastesaker (§§ 4.2 og 5.8)

§ 7.4 Fylkesmannen skal ha særleg merksemd mot allmennfarleg smittsam sjukdom.

§ 7.5 Helse- og omsorgsdepartementet utpeikar smittevernemnd med ansvar for tiltak med tvangsinnlegging og isolering.

5.2. Ansvar og mynde

I høve utbrot av smittesjukdommar er ansvar/mynde på lokalt nivå fordelt som fylgjer:

Kommuneoverlegen får delegert mynde til å utøva kommunen sitt mynde slik:

§ 4-1 Gjera vedtak om møteforbod, stenging av verksemd, avgrensingar i kommunikasjon, isolering og smittesaning.

§ 4-6 Gjera vedtak om forholdsreglar i samband med gravferd

§ 4-9 Gi pålegg om naudsynt opplæring

5.2.1. Kommunestyret

Kommunestyret kan, etter Smittevernloven § 4

- Vedta smitteverntiltak: møteforbod, stenging av verksemd, isolering, desinfeksjon mm
- Bruka og om naudsynt skada andre sin eigedom
- Vedta forholdsreglar ved gravferd
- Pålegge helsepersonell å ta opplæring
- Pålegge medverknad i smittevernarbeid
- Pålegge legar å medverka i førebyggjande arbeid, undersøking og behandling.

I Bømlo kommune er tiltak etter §§4-1, 4-6 og 4-9 delegert til kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen kan delegere mynde vidare til smittevernlegen i smittevernsaker, når denne er ein annan enn kommuneoverlegen.

5.2.2. Smittevernlegen

- Krevje tilgong til opplysningar som er underlagt teieplikt
- Treffa forholdsreglar for uvaksinerte
- Handle på kommunestyret sine vegne i hastesaker og smitteverntiltak etter §4. Ved forhold ved næringsmiddelverksemd kan hastevedtak på same måte setjast i verk av Mattilsynet
- Nedlegge arbeidsforbod
- Vedta obduksjon av avdød smitta person
- Treffe hastevedtak om tvangsundersøking

Smittevernlova skil, ut frå grad av alvor, ut ei gruppe sjukdommar som allmennfarlege.

Mange av tiltaka i lova vert berre tillempa om disse sjukdommane opptrer.

- §2.1 – informasjon og personleg smitterettleiing
- §2.2 – unnatak frå teieplikt
- §3.5 – undersøking av smitta person
- § 3.6 - smittesporing
- §5 – plikter for smitta og tvangstiltak
- §6.1 andre ledd - utvida rett til smittevernhjelp

5.2.3. Helsepersonell

- Plikt til naudsynt opplæring i arbeid med smittevern dersom kommunestyret krev det
- Plikt til å delta og utføre oppgåver ved alvorlig utbrot av allmennfarleg, smittsam sjukdom, dersom dei har fått opplæring
- Lege som gir helse- og omsorgstenester på vegne av kommunen, har plikt til å delta i førebygging av allmennfarleg smittsam sjukdom og i undersøking og behandling av person som er smitta av slik sjukdom.

5.3. Kommunikasjon

Må sikrast inne i ressursgruppa for smittevern (sjå Pandemiplan) og eksternt i høve samarbeidspartar. Informasjonen må vurderast i høve teieplikta. Informasjon skal gjevast til:

- Helsepersonell: auka merksemd, gje informasjon vidare i befolkninga
- Sjuke og pårørande: om sjukdomsutvikling, tiltak for å hindra smittespreiing
- Skular, barnehagar og bedrifter: hindre smittespreiing, vere særleg merksam
- Befolkninga: Via media.. Smittevernlegen skal ha hovudansvaret for kontakt med media
- Fylkesmannen, Folkehelsa (MSIS)

Informasjon og råd om korleis folk skal opptre for ikkje å bli smitta. Informasjonen må være enkel og eintydig. Det same må råd til dei som trur dei kan bli smitta.

5.4. Aksjonsplan

Ved kvart einskilt utbrot bør det utarbeidast ein systematisk plan med:

- Kartlegging
- Kurative tiltak
- Avgrensing
- Førebygging
- Evaluering

Ansvar og tidsfristar må gå klart fram både i høve informasjon, koordinering og evaluering. Disponering av personell og betalingsansvar må vere avklart i høve tenester som er sett i gong.

5.5. Generelle prosedyrar i ein beredskapssituasjon

5.5.1. Organisering, kartlegging og tiltak

- Ta direkte kontakt med aktuelle samarbeidspartnarar. Vurder å be om ekstern hjelp.
- Lokaliser smittekjelda
- Finn ytterlegare smittespreiing
- Vurder smittesnering
- Vurder massevaksinerings
- Sikre kunngjering av eventuelt påbod om koking, bedriftsstenging
- Alternative forsyningslinjer, vatn og mat
- Transport og destruksjon av smitteavfall
- Skadedyrutrydding
- Vurdere møteforbod, stenging av lokale, idrettsanlegg, skular og barnehagar. Skaff forsikring om at adekvate tiltak er tekne av kompetent organ.

5.5.2. Diagnostikk

- Aktuelt med massediagnostikk
- Analyser behov for ekstern hjelp
- Obduksjon

5.5.3. Ved epidemi

- Planlegg masseterapi, Kontakt Folkehelsa, apotek
- Kall inn helsepersonell
- Legg om vanleg drift, omdisponer ressursar
- Planlegg masseisolasjon

5.5.4. Normalisering

- Sikre at folk kan først tilbake når situasjonen er under kontroll
- Informere pårørende og andre involverte
- Opprydding

5.5.5. Evaluering

Evaluere prosessen saman med dei involverte instansane, forbetre rutinane og hindre at eventuelle feil kan skje igjen.

Sjå vedleggsdel for dei ulike aksjonsplanane.

[Tilbake til innholdslista >>>](#)

Vedleggssdel

1. vedlegg – Delegasjon av mynde

Dokumentet [«BK - Reglement: Delegeringsreglement. \(Reglement for politiske organ i Bømlo kommune - delegering\)»](#) omhandlar delegasjon av mynde

1.1. Delegering av mynde til kommuneoverlege, vedteke av rådmannen 25. februar 2013

All delegert avgjerdsrett må brukast i samsvar med lover, forskrifter og retningslinjer gjevne av kommunestyret og rådmannen, og innafor dei rammor og føresetnader som ligg i budsjett, økonomiplan, kommuneplan og andre vedtekne planar.

Rådmannen delegerer sitt mynde til kommuneoverlegen slik:
Smittevernlova av 5. august 1994 nr. 55

Kommuneoverlegen får delegert mynde til å utøva kommunen sitt mynde slik:

- § 4-1 Gjera vedtak om møteforbud, stenging av verksemd, avgrensingar i kommunikasjon, isolering og smittesnering
- § 4-6 Gjera vedtak om førehandsreglar i samband med gravferd
- § 4-9 Gi pålegg om naudsynt opplæring

2. vedlegg – Smittevern i dagleg arbeid

- Plikter, rutinar og informasjon
- Vaksinasjon
- Smittevern i kommunal helse- og omsorgsteneste
- Smittevern ved immigrasjon
- Barn og smittevern
- Førehandsundersøking av pasientar ved innlegging i kommunale helseinstitusjonar
- Smittevern ved utanlandsreiser
- Informasjonsmateriell

2.1. Plikter, rutinar og informasjon

I Noreg er primæransvaret for smittevernet lagt til kommunehelsetenesta gjennom kommunehelsetenestelova og smittevernlova. Kommunen skal iflg. smittevernlova sørge for at alle som bur eller midlertidig oppheld seg i kommunen er sikra naudsynt hjelp til smittevern. Det kan vere førebyggjande tiltak, naudsynte undersøkingar, behandling og pleie utanfor institusjon og pleie i sjukeheim eller annan kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal utføre dei oppgåver innan smittevernet som smittevernlova krev, mellom anna å;

- skaffe seg oversikt over art og omfang av smittsame sjukdommar som førekjem i kommunen,
- drive opplysning om smittsame sjukdommar og gje råd og vegleiing om korleis dei kan førebyggjast
- sørge for at naudsynte individuelle førebyggjande tiltak blir sett i verk,
- sørge for at andre tiltak etter denne lova eller kommunehelsetenestelova blir sett i verk.

[Smittevernveilederen](#)¹ kapittel 3.

2.2. Vaksinasjon

Helsestasjonstenesta i Bømlo kommune har ansvar for barnevaksinasjonsprogrammet og reisevaksinasjon. Flyktingtenesta, pleie- og omsorgstenesta og legetenesta tek del i vaksinasjon av utvalde grupper i samarbeid med helsestasjonen. Tilrådingar om vaksinasjon blir oppdatert på Folkehelseinstituttet sine nettsider:

[Vaksinasjonsveilederen \(vaksinasjonsboka\)](#)

Dokumentet «[OKI - BFT - HES - Prosedyre: Det norske barnevaksinasjonsprogrammet](#)» ligg i Compilo.

¹ Smittevern boka finn du www.fhi.no under «publikasjoner og håndbøker»

2.3. Smittevern i kommunal helse- og omsorgsteneste

2.3.1. Smittevern ved kommunale legekantor

Hygienesdokument for legekantora ligg i Kvalitetsstyringssystemet for Bømlo kommune

[HSO - LEG - Retningslinje - Smitteforebygging - hygiene ved dei kommunale legekantora.docx](#)

2.3.2. Rutinar ved institusjonar og i heimetenesta

Helseføretaka og folkehelseinstituttet utarbeidar og held ved like prosedyrar for smittevern i helseinstitusjonar. Dei kommunale institusjonane nyttar desse som kjelder for sitt infeksjonskontrollprogram.

Hygiene er også eit av hovudemna i VAR Health care (varnett.no), prosedyrebibliotek for helsetenesta. Der finn ein prosedyrar, kunnskapsstoff knytt til temaet og kunnskapstestar. Det er også eit eige område kalla Smittevern.

Tilsette i Bømlo kommune har tilgang til VAR på open sone, i lukka sona direkte i Profil, og kan legge prosedyrar direkte som tiltak i pasientjournal. Dei som ynskjer får tilgang heimanfrå på privat PC/mobil/nettbrett. VAR er integrert i kvalitetsstyringssystemet, som eiga mappe under hovudområdet HSO.

Det er lenke til VAR på intranett, under  lengst oppe til venstre.

Folkehelseinstituttet har eige kapittel om Basale smittevernrutinar i helsetenesta [Smittevernveilederen](#) kapittel 09

2.3.3. Arbeidsklede

[Forskrift om utføring av arbeid](#) § 6-7 seier: «Dersom de helsefarlige biologiske faktorene ikke kan fjernes eller unngås, skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstakerne får utlevert og blir pålagt å bruke hensiktsmessig arbeidstøy og personlig verneutstyr.»

[Fakta-ark arbeidstilsynet: «Arbeidstøy i hjemmesykepleien og sykehjem»:](#)

§ 6-9. «Hygiene og rengjøring ved eksponering av biologiske faktorer

Arbeidsgiver skal sørge for at det iverksettes tiltak som forhindrer at arbeidstakerne spiser, drikker eller røyker i arbeidsområder som kan være forurenset med biologiske faktorer.

Arbeidsgiver skal sørge for at det iverksettes tilfredsstillende rutiner som sikrer at arbeidstøy og personlig verneutstyr som kan være forurenset av biologiske faktorer, tas av når arbeidsområdet forlates og oppbevares atskilt fra annet tøy og utstyr. Slikt arbeidstøy og personlig verneutstyr skal desinfiseres og rengjøres, repareres eller skiftes ut dersom det er defekt, før det tas i bruk igjen. Forurenset arbeidstøy og personlig verneutstyr skal destrueres om nødvendig.

Arbeidsgiver skal etablere rutiner for å sikre nødvendig desinfeksjon av arbeidsområder.»

2.3.4. Infeksjonskontrollprogram

Eit infeksjonskontrollprogram er ein plan som femner om alle naudsynte tiltak for å førebyggje at infeksjonar oppstår i helseinstitusjonar og for handtering og oppfølging av utbrot av infeksjonar.

Alle naudsynte tiltak for smittevern ved institusjonen skal vere skriftleg nedfelt i infeksjonskontrollprogrammet. Programmet skal vere ein del av institusjonen sitt internkontrollsystem og er bygd opp av to hovuddelar: infeksjonsførebygging og infeksjonsovervaking.

Kvar einskild helseinstitusjon er pålagt å kartlegge risikosituasjonar i det daglege arbeidet som kan medføre smittefare, for så å lage tiltak i høve disse. Infeksjonskontrollprogrammet skal også innehalde tiltak for å beskytte personalet mot smitte. Programmet skal vere eit samla dokument og det er ikkje tilstrekkeleg å vise til eksisterande prosedyrar og rutinar som finns rundt om i institusjonen.



Folkehelsa har utarbeidd ein elektronisk rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta, [«Smittevern i helsetjenesten»](#)

[Infeksjonskontrollprogrammet for kommunale institusjonar](#)

[Infeksjonskontrollprogrammet for heimetenestane](#)

2.4. Smittevern ved immigrasjon

Asylsøklarar, flyktningar og familiegjenforente kjem ofte frå land med høg førekomst av smittsame sjukdommar. Ei undersøking når dei kjem til kommunen skal mellom anna sikre at smittsame sjukdommar blir oppdaga og behandla, slik at den einskilde si helse vert sikra, og at innvandring frå land med andre sjukdommar ikkje utgjør ei risiko for befolkninga si helse.

[Smittevernveilederen kapittel 13](#)

Folkehelseinstituttet har utarbeidd ei liste over kva sjukdommar som det er tilrådd å undersøke på, basert på kva land den einskilde i utgangspunktet kjem frå.

[Anbefalte undersøkingar etter opprinnelsesland](#)

2.4.1 Rutinar for samhandling helsestasjon - legeteneste

Helsestasjonen gjennomfører helseintervju og tuberkulosescreening. Dette blir journalført i HS-Pro. Screeningundersøking ved lege blir primært utført av lege med kommunalt ansvarsområde migrasjonshelse, alternativt anna fastlege dersom denne ikkje er tilgjengeleg. Lege skal ha tilgang til HS-Pro. Helsesøster tilbyr legetime, og hentar inn tillating til å informere lege som skal føreta screening. Helsesøster nyttar Helsedirektoratet sin mal ved intervju:

<https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/Asyls%C3%B8kere,%20flyktningar/Skjema-Helseundersokelse-flyktninger-asylokere.pdf>

[Rutine for tuberkulosekontroll av busette flyktningar og asylsøklarar i asylmottak](#)

Samarbeidsrutine for helseundersøking av flyktningar som skal busetjast og ved familiesameining:

[BK - Rutine: Helseundersøking flyktningar som skal busetjast og familiegjenforeining](#)

2.4.1. Tuberkuloseundersøking av arbeidsinnvandrarar

Sjå også [Tuberkuloseplan](#)

Plikten til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse følger av tuberkulosekontrollforskriftens §3-1:
«§ 3-1 Plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse

Følgende personer har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse:

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, samt flyktninger og asylsøkere.

Land med høg forekomst av tuberkulose

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 hosi-tering i slike stillinger.

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

Politiet sitt ansvar:

Politiet skal informere utlendingar som kjem frå eit land med høg forekomst av tuberkulose og som skal opphalde seg i Noreg utover tre månader om plikt til tuberkuloseundersøking. Politiet skal gi helsemyndet melding om namn og adresse på dei dette gjeld (jf. utlendingsforskriften § 4-22 (10)).

Kommunehelsetenesta sitt ansvar:

Kommunehelsetenesta skal kalle inn til tuberkuloseundersøkelse.

Tuberkulosekontroll av personar frå land med høg forekomst av tuberkulose

- I Bømlo blir melding frå politiet sendt til leiande helsesøster.
- Dersom smittevernlege eller kommuneoverlege mottok varsel, skal dette sendast til leiande helsesøster.
- Helsesøster sender ut innkallingsbrev og rekvirerer røntgenundersøking i smittevernlegen sitt namn (kopi av signert rekvisisjon).
- Smittevernlegen mottok røntgensvar og sender kopi av svaret til leiande helsesøster.
- Ved svar som gir mistanke om mogleg tuberkulose, sjå tuberkuloseplan.
- [Skjema og malar som gjeld tuberkulose](#)

Arbeidsgjevar sitt ansvar:

Arbeidsgjevarar for tilsette som arbeider med pasientar, pleietrengjande eller barn, har plikt til å sjå til at tuberkuloseundersøking for smittsam tuberkulose (lungerøntgen) er gjennomført før dei tar til i jobben. Sjå dokument i Compilo:

[Tuberkuloseundersøking av tilsette, vikarar, hospitantar og studentar](#)

Skjema om MRSA- og tuberkulosekontroll før oppstart i arbeid ligg i Compilo; «[BK - Skjema: Eigenerklæring tuberkulose og MRSA ved tilsetjing](#)»

I framtida vil truleg norske utanriksstasjonar kunne gi løyve til opphaldstillating i Noreg. I så fall vil ikkje politiet lenger være eit kontakt- og informasjonspunkt for utanlandske arbeidstakarar. Arbeidsgjevar vil då vere einaste instans som kan informere personar som har plikt til tuberkuloseundersøking.

2.4.2. Helseundersøking av adoptivbarn

Studiar frå ulike land har vist ein relativt høg førekomst av sjukdom blant barn som er adopterte frå utlandet. Noen sjukdommar eller plager opptrer hyppig og kan oftast vere enkel å behandle. Andre sjukdommar er sjeldne, men vil kunne vere skadeleg for barnet si helse og utvikling. Barnet kan også føre med seg ein smitterisiko overfor familie og nærmiljø. Det er derfor viktig å avdekke og behandle eventuell sjukdom for å unngå uheldige konsekvensar både for den enkelte og for samfunnet.

Rettleiar for helseundersøking av adoptivbarn ligg på helsedirektoratet si nettside: [Smittevernveilederen kapittel 13](#)

Prosedyre ved adopsjon: Sjå dokumentet «[OKI - BFT - HES - Prosedyre: Adoptivfamiliar](#)» som ligg i kvalitetsstyringssystemet Compilo.

Se også [Helseundersøkelser av adopterte fra land utenfor Vest-Europa](#) (Veileder Helsedirektoratet, 2013). Aktuelle rutineprøver som skal takast finn ein under pkt 1.5.5 s 12 i denne.

Sjå òg rettleiaren for meir utfyllande informasjon og råd som gjeld samtale og klinisk undersøking. Ved lokale infeksjonar skal det takast bakteriologisk prøve før ein startar antibiotikabehandling.

Tuberkuloseundersøkelse (blir gjennomført i regi av helsestasjon), sjå [Tuberkuloseplan](#).

2.5. Barn og smittevern

- Generelle råd for smittevern.
- Handhygiene.
- Mathygiene.
- Tiltak ved smittsame sjukdomar i barnehagar
- Barn på gardsbesøk og smittevern
- Tiltak ved enkelte sjukdomsutbrot

2.5.1. Generelle råd for smittevern

Barn i barnehage er meir utsette for infeksjonar enn andre barn. Forkjøling, halsbetennelse og øyrebetennelse er nesten dobbelt så vanleg hos yngre barnehagebarn samanlikna med barn som ikkje går i barnehage. Mage-tarm infeksjonar er opp til tre gonger så vanleg hos barnehagebarn. I tillegg er det ofte mindre utbrot i barnehagar av m.a. hovudlus, brennkoppar og ulike utslettsjukdommar.

Smittespreiing i barnehagar skjer i hovudsak gjennom direkte eller indirekte kontaktsmitte og truleg i mindre grad gjennom dråpesmitte. Ei viss smittespreiing er ikkje å unngå grunna barns generelle åtferd, men sjuke barn bør ikkje sendast i barnehage eller skule, for å unngå spreiring av infeksjonar.

Spreiing av smittsame sjukdommar i barnehage og skule kan ein best unngå ved å ha gode generelle hygienerutinar som:

- ha såpedispenser og papirhandklede ved alle handvasker. Bruk alltid varmt vann og såpe ved handvask.
- vask alltid hendene godt etter toalettbesøk eller bleieskift.
- vask hendene når barna kommer inn frå lek og opphald ute.
- unngå å nyse og hoste på kvarandre, vask hendene når barna har pussa nasen.

- felleleker av plast og tre bør vaskast regelmessig med reingjeringsmiddel og varmt vatn, til dømes éin gong per veke. Tøyleiker kan vaskast i vaskemaskin.
- ved stell av blødande sår og naseblødingar bør eingongshanskar nyttast. Skrubbsår og andre småsår som ikkje blør, kan ein stelle på vanleg måte.
- stell og vanlig bleieskift kan ein gjere utan hanskar.
- reingjering ved søl av blod eller avføring på gjenstandar, golv osv: vask først med vanleg reingjeringsmiddel, desinfiser etterpå med hushaldningsklorin. Bruk vanlege reingjeringshanskar.

Folkehelseinstituttet har oppdatert informasjon på sine nettsider om førebyggjande tiltak, og om dei ulike smittesjukdommane som er vanlege hos små barn. Her finn ein og informasjon om når barn bør haldast heime frå barnehage eller skule, og når dei kan vende attende til barnehage etter gjennomgått sjukdom-
<https://www.fhi.no/sv/barnehage/nar-ma-barnet-vare-hjemme>

Sjå og fhi.no: [Smittevern i barnehagar og skular](#)

2.5.2. Handhygiene

Viktig med god håndhygiene.

[Plakat om handvask](#)

[Plakat om handdesinfeksjon](#)

2.5.3. Mathygiene

Barnehagen har – dersom dei lagar eller serverer mat – ansvar for å melde kva slags mattilbod dei har til sitt lokale mattilsyn. Gjennom plikten til å melde vil barnehagen kunne få nyttig informasjon om reglar som gjeld for å sikre at maten er trygg og at oppbevaring og tillaging skjer på ein tilfredsstillande måte. HelseDirektoratet gir i rettleiingsheftet "Bra mat i barnehagen" bl.a. følgjande råd:

- vaske hendene godt før matlaging og måltider.
- skylje knivar og skjerebrett kvar gong ein skjerer opp nye matvarer.
- hald kjøkkenbenken ryddig og rein og ha minst mogleg ståande framme på kjøkkenbenken.
- skylje kjøkkenkluten godt etter bruk og heng den fritt opp slik at den tørkar. Vask den på minst 60°C eller legg den i klor. Kjøkkenpapir er eit godt alternativ til klut.
- sjekk at kjøleskapstemperaturen er +4°C eller noko lågare med jamne mellomrom.
- rydd og vask i kjøleskapet med jamne mellomrom
- la det ikkje gå for lang tid mellom tillaging og servering av mat. Mat som blir ståande lenge i romtemperatur, taper næringsstoffar og får ein dårlegare hygienisk kvalitet. Mjølke og mjølkeprodukt er særleg utsett.
- mat som barna har med seg heimanfrå bør oppbevarast kjølig
- set pålegg og rester av varm mat raskt til kjøling etter måltidet.
http://matportalen.no/matsmitte_og_hygiene/

2.5.4. Tiltak ved smittsame sjukdommar i barnehage

[Smittevernveilederen](#) Kapittel 11

2.5.5. Barn på gardsbesøk og smittevern

[Smittevernveilederen](#) kapittel 21 +

<http://www.fhi.no> [forside](#) > [smitte fra mat, vann og dyr](#)

2.5.6. Brennkoppar (kontaktsmitte)

Sjå Smittevernplan vedlegg 8.2 Kontaktsmitte- tiltak ved smitterisiko

2.5.7. Tiltak ved enkelte sjukdomsutbrot

Sjå [Smittevernveilederen](#), sjukdommar frå a-å. For Norovirus, Hepatitt A, Meningokokksjukdom, EHEC eller lus, sjå vedlegg 12 i smittevernplanen

2.6. Førehandsundersøking av pasientar ved innlegging i kommunale helseinstitusjonar

Ein helseinstitusjon kan krevje at ein pasient skal la seg undersøke i førehand dersom det kan ligge føre ein smittsam sjukdom, før det blir gjort ei diagnostisk utgreiing, og før pasienten får behandling og pleie (Smittevernlova § 3-3). Undersøking i førehand kan berre krevjast når ein slik sjukdom vil føre til ekstraordinære førebyggjande tiltak med omsyn til fare for overføring til andre pasientar eller til personalet, og dersom tiltaka kan gi vesentleg større sikring mot smitteoverføring eller vere ei vesentleg innsparing eller lette for helsetenesta.

Ansvar for gjennomføring: Tenestekontoret i samarbeid med lege ved den aktuelle institusjonen.

Helseinstitusjonar skal planlegge si verksemd slik at ein unngår smittefare mellom pasientar og mellom pasient og personale. Ingen kan avvisast grunna smittefare dersom det er trong for institusjonsplass.

Aktuelle førehandsundersøkingar:

2.6.1. Symptom frå luftvegane

Pasient med langvarig hoste med oppspytt eller andre symptomar på mogleg tuberkulose eller annan alvorleg, smittsam lungesjukdom bør utgreiast med rtg thorax og prøvetaking før innlegging.

2.6.2. Symptom frå tarmsystemet

Avføringsprøve vil normalt kunne krevjast dersom pasienten har en diaretilstand som kan skuldast ein alvorleg, smittsam tarmsjukdom, eller dersom pasienten har ein åtferd som gjer at det er stor fare for fekal smitte til andre pasientar eller personale.

2.6.3. Risiko for blodsmitte

Dersom det er grunn til å mistenke at det kan ligge føre ein fare for blodsmitte, bør dette avklarast ved innlegging, dersom pasienten samtykker til prøvetaking. Blodprøve vil kunne krevjast dersom pasienten har ein åtferd som gjer at fare for blodsmitte til andre pasientar eller personale er stor. Generelle førebyggjande tiltak må uansett følgjast.

2.6.4. Risiko for resistente bakteriar

Førehandsundersøking vi kunne krevjast dersom pasienten blir lagt inn frå helseinstitusjon i utlandet, eller har vore behandla ved helseinstitusjon i utlandet dei siste 12 månadene. Kva mikrobar det skal undersøkast på, må vurderast i kvart tilfelle. Ver obs på prøvetaking frå sår, urinvegar, luftvegar og tarmsystem ved symptom.

Ved mistenkt eller påvist berartilstand eller infeksjon med MRSA skal kontaktisolasjon nyttast.

2.6.5. Isolering av pasientar i sjukeheim.

Kontaktmitteisolering på einerom (for MRSA, sjå vedlegg 8.3)

[Isoleringsveilederen](#) (smittevern 9)

Gjeld bebuar som har:

- mage / tarminfeksjon
- Clostridium difficile infeksjon med meir enn fire diarear pr. døgn
- hud- og sårinfeksjon med stafylokokker, streptokokker, der ein ikkje kan kontrollere sekresjonen med bandasje
- infeksjon med MRSA
- kolonisering med MRSA
- infeksjonssjukdom med vancomycinresistente enterokokker, VRE
- bebuar som har vore innlagt i sjukehus og sjukeheim utanom Norden og Nederland dei siste seks månadene, sjølv om det ikkje ligg føre infeksjonssjukdom, til det er avkrefta at personen er berar av MRSA.
- ubehandla skabb

2.6.6. Eksterne kontaktar

Mattilsynet	22 40 00 00
Mattilsynet - Stord	Fax 53 45 42 01
Nasjonalt folkehelseinstitutt (fhi)	21 07 70 00
Folkehelsa Smittevernovervåking	21 07 66 43
Døgnåpen vakttelefon fhi (smittevernvakta)	21 07 63 48

2.7. Smittevern ved utanlandsreiser

[Smittvernveilederen](#) kapittel 12

Barn er særleg utsette for infeksjonar og sjukdom på utanlandsreiser, og ein bør vurdere risiko og trong for vaksiner i god tid før ein planlegg reise. For informasjon om særlege tilhøve for barn og gravide, sjå smittevernboka.

Hygiene:

- vask alltid hendene godt etter toalettbesøk og før du eter. Bruk alkoholbasert handdesinfeksjonsmiddel når handvask ikkje er mogleg
- gå ikkje barbeint andre stader enn på badestranda.
- reins og stell sjølv små sår og rifter (i tropiske/subtropiske områder er risiken for å overføre sjukdommar med fuktig jord større).
- vel lette, laustsittande klede av naturfiber, helst bomull. Kledde av syntetisk materiale blir lett for klamme og varme. Ta også med klede som dekker større deler av kroppen, til vern mot sterk sol og mot mygg.

Mat og drikke:

- unngå ikkje-desinfisert drikkevatt
- sørg for at fjørfe, hamburgerar, kjøttkaker og annen farsemat er godt stekt igjennom eller godt kokt
- andre kjøttprodukt bør være godt stekte på overflaten
- unngå upasteurisert mjølk og produkt laga av upasteurisert mjølk
- vask hender etter toalettbesøk, etter kontakt med dyr og før matlaging og måltid
- vask knivar, skjerefjølere og anna kjøkkenutstyr som er blitt forureina av råvarer før det same utstyret vert nytta til anna mat.

Folkehelseinstituttet har oppdaterte råd for ulike reisemål, ulike risikogrupper og for reisevaksinasjon.

- [Reiseråd for barn](#)
- [Førebygging ved rådgjeving](#)
- [Reiseråd for gravide](#)
- [Førebygging ved vaksinasjon](#)

2.8. Ymse informasjonsmateriell

Folkehelseinstituttet har brosjyrar og informasjonsmateriell om ulike smittetilstandar og andre helseproblem på si [nettside](#).

I tillegg finn ein informasjon om ulike smittesjukdommar under [Smittevernveilederen](#)- sykdommer fra a-å.

3. vedlegg –Tiltak mot luft/dråpesmitte

Dei aller fleste sjukdommane som opptrer i epidemiar, smitter ved dråpesmitte. Det gjeld mellom anna ei rekke virus som gir mild forkjøling, sesongrelaterte utbrot av RS-virus og influensa, dei tradisjonelle barnesjukdommane og tuberkulose, men også særst alvorlege sjukdommar som så langt ikkje førekjem på våre kantar, som t.d. SARS.

Viktigaste tiltak mot luft/dråpesmitte er førebyggjande tiltak som god handhygiene og god hostehygiene.



3.1. Råd for førebygging

Vaner som førebygger dråpesmitte/influensa

- God hand -og hostehygiene førebygger smitte
- Bruk papirlommetørkle framfor munn og nase vernar andre når du hostar eller nys. Kast lommetørkleet etter bruk. Vask så hendene.
- Bruk albogekroken når du må hoste eller nyse og ikkje har papirlommetørkle tilgjengeleg.
- Vask henda ofte og grundig, spesielt når du har vore ute blant folk.
- Handdesinfeksjon med alkoholhaldige middel er eit alternativ når handvask ikkje er mogleg, for eksempel på reise.

3.2. Råd om vern av helsepersonell mot luft/dråpesmitte

Helsepersonell som undersøker, behandler eller pleier pasientar med smittsam luftvegssjukdom skal følge basale smittevernrutinar og nytte personleg verneutstyr. Helsepersonell med pasientkontakt er anbefalt å vaksinere seg mot influensa kvar haust for å verne seg sjølv og pasientane.

3.3. Sjukdommar

Dei enkelte sjukdommane blir ikkje omtala her.

Sjå [smittevernveilederen](#) - sjukdommar frå a-å

For Legionella, sjå under Miljøretta smittevern, kapittel 6.11.4

4. vedlegg – Tiltak mot blodsmitte

- Handtering av stikkande og skjerande reiskapar - Smittevern boka kapittel 9
- Rutinar ved søl av blod
- Prosedyrar ved stikkskadar- Smittevern boka kapittel 17
- Posteksponeringsprofylakse mot HIV- Smittevern boka kapittel 18
- Injiserande stoffmisbrukarar og smittevern- Smittevern boka kapittel 15



4.1. Handtering av stikkande og skjerande reiskapar

Arbeidstakarar si rett til vern mot skade eller sjukdom som dei kan bli eksponerte for i sitt arbeid, er regulert i Arbeidsmiljøloven med forskrifter ("forskrift av 6. desember 2011 nr. 1357 om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid)".

https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357/*#*

«§ 6-5 tredje ledd:

Ved håndtering av spisse eller skarpe gjenstander som kan forårsake skade og eller infeksjon fra biologiske faktorer, skal det benyttes utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer, der slikt utstyr er tilgjengelig og egnet for formålet.»

«§ 6-10 tredje og fjerde ledd:

Arbeidsgiver skal sørge for at sikre avfallsbeholdere for spisse eller skarpe gjenstander plasseres så nært som mulig stedet hvor slikt utstyr håndteres eller kan finnes. Hette skal ikke settes tilbake på kanyler etter bruk, med mindre det benyttes utstyr som eliminerer faren for stikkskade.»

4.2. Rutinar ved søl av biologisk materiale, inklusiv blod

Flekkdesinfeksjon

Formål: Hindre smittespreiing ved søl av organisk materiale.

Omfang :Alt søl av organisk materiale.

Grunnlagsinformasjon: Flekkdesinfeksjon på tilsølte flater hindrar spreiiing av mikroorganismar. Det inneber å avgrense desinfeksjonen til det området som er synleg forureina.

Tiltak med vanleg desinfeksjonsmiddel:

- bruk reine, ikkje sterile hanskar og stellefrakk
- bruk eit godkjent desinfeksjonsmiddel med rett styrke
- tørk opp så mykje av forureininga som mogleg med cellostoff
- dekk over resten med cellostoff fukta med desinfeksjonsmiddel
- la desinfeksjonsmiddelet virke i anbefalt tid
- vanleg reingjering etterpå
- ta av hanskar og stellefrakk
- utfør handhygiene etter prosedyren

Tiltak ved flekkdesinfeksjon med 70 % desinfeksjonssprit:

- bruk reine, ikkje sterile hanskar og stellefrakk
- tørk opp forureininga med cellestoff
- gjer reint området som var tilsølt med såpe og vatn
- desinfiser området med 70 % desinfeksjonssprit når området er tørt
- ta av hanskar og stellefrakk
- utfør handhygiene etterpå

4.3. Handtering av stikkskadar

Hensikt: Sikre forsvarleg vurdering og oppfølging når personar stikk seg på instrumenter eller sprøyte-spisser.

Ansvar: Alt helsepersonell i kommunehelsetenesta. Smittevernet i kommunen har eit særleg ansvar.

Aksidentell eksposisjon tyder at man ved et uhell blir utsett for blod eller kroppsvæsker som inneheld smittestoffer. Risk for smitteoverføring ved stikk på kontaminert kanyle (dvs som inneheld smittestoff) er 10-30% for hepatitt B, 3-5% for hepatitt C og ca. 0,3% for hivinfeksjon. Bittskader med penetrering av hud og blødninger skal handsamast som ein stikkskade.

Førstehjelp:

1. Prøv å få såret til å blø, og vask så med såpe og vatn i minst 10 minuttar.
2. Desinfiser området etterpå med eit av desse midlane:
 - Klorhexidin spritløysing 5mg/ml ,
 - Klorhexidin vandig løysing 1 mg/ml,
 - eller 70% sprit/60% isopropanol dersom dei andre ikkje er tilgjengeleg.Blodsprut i auge, munn eller nase skal ein skylje med rikeleg med vatn i minst 10 minuttar.
3. Vurder nøye risikoen for smitte dersom det er kjent kva pasient instrumentet eller sprøytespissen var brukt på. Konferer med lege. Dersom det ikkje er risk for smitte er vidare tiltak ikkje naudsynt.

Sjå [Smittevernveilederen](#) kapittel 17.

4.3.1. Stikkskader i helsetenesta

[Prosedyrer ved stikkuhell på sprøyter og andre blodeksponeringer i helsetenesta](#)

Prøv å avklare om personen som kanylen er brukt på tidlegare er hepatitt B- eller hiv-smitteførande (kan avklarast innan få dagar, krev samtykke). Dersom det ligg føre tidlegare negative prøver hos pasienten, vurder om det er naudsynt å ta nye (nyleg sannsynleg smitteeksponering?) Dersom den eksponerte ikkje er kjent immun etter vaksinasjon eller tidlegare sjukdom og kjelda er kjent HBsAg positiv, eller ein ved risikovurdering ikkje kan utelukke at kjelda er smitteførande, skal ein nytte følgjande prosedyre:

- Så raskt som mogleg starte hepatitt B-vaksinasjon som hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 måneder) med hepatitt B- vaksine. Regimet for posteksponeringsprofilakse er avhengig av vaksinasjonsstatus hos den som er eksponert for smitte og evt. resultat av tidlegare hepatitt B-antistoffprøver (sjå tabell 1). Etter fullført vaksinasjon skal anti-HBs målast for å vurdere eventuelt behov for ytterlegare vaksinedoser.

- Antistoff-undersøking tatt fleire månader eller år etter siste vaksinedose vil ikkje kunne gi klart svar på om dei eksponerte har beskyttelse eller ikkje og har liten verdi.
- I tilfelle der kjelda for eksponeringa er kjent smittebærer for hepatitt B-viruset skal – dersom det er gått mindre enn 48 timer etter eksponering – det i tillegg gis spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG). Etter 48 timer er ikkje HBIG effektivt, da gis berre vaksine. HBIG i tillegg til vaksinasjon bør vurderast i dei sjeldne tilfella der kjelda si hepatitt B-status er ukjent og der personen som er blitt eksponert er ei kjent ikkje-responder etter tidlegare vaksinasjon.
- Dersom hepatitt B-status for kjelda er ukjent, skal ein vurdere risiko for å avgjere om HBIG skal nyttast samtidig med hurtigvaksinasjon. HBIG brukes berre når det er sannsynleg at kjelda er ein hepatitt B-smitteførande person.
- Det skal takast prøver av den eksponerte så tidleg som mogleg med henblikk på hiv, hepatitt B (HBsAg og anti-HBc) og hepatitt C (nullprøve). 3 og 6 månader etter eksponering skal det takast nye prøver for å sjå om vedkomande likevel er smitta. Oppfølging meir enn 6 månader er ikkje naudsynt. Negativ hivtest etter 3 månader tydar med høg grad av sannsyn at den eksponerte ikkje har blitt hivsmitta, og fleire hivkontrollar er ikkje naudsynt.
- Utgifter til hepatitt B-vaksine og spesifikt immunglobulin nytta som posteksponeringsprofylakse blir dekt av folketrygda. Preparata blir rekvirert og utlevert frå Folkehelseinstituttet, som gjer ei vurdering av indikasjonen i det enkelte tilfelle (blå resept eller eige ark, indikasjon må vere tydeleg). Vaksine og immunglobulin kan tingast frå Folkehelseinstituttets vaksineforsyning telefaks 21077012 eller ved øyeblikkelig hjelp i arbeidstiden tlf 21077000. Utanom arbeidstid kan vaksine tingast som øyeblikkelig hjelp frå Vitusapotek Jernbanetorget tlf 23358100.
- Dersom det er kjent at kjelda er hivsmitta kan det være aktuelt å gi antiviral medikamentell posteksponeringsprofylakse (PEP) mot hiv. Det kan òg vere aktuelt å vurdere å gi PEP når kjeldepersonen sin hiv-status er ukjent dersom det skjer ved ei avdeling der hiv-positive pasienter blir behandla (sjå kapittel «Posteksponeringsprofylakse mot hiv»). Slik profylakse bør startast så snart som mogleg og innan 48 timer. Rask tilvising til infeksjonsmedisiner eller pediater med erfaring i hivbehandling er derfor naudsynt. Det er inga spesifikk posteksponeringsprofylakse mot hepatitt C.
- Stikkskaden og oppfølging skal dokumenterast og melding om hendinga skal rapporterast i HMS-systemet.

Sjå fhi.no: [Prosedyrar ved stikkskader og andre blodeksponeringar i helsetenesta](#)

Bømlo kommune tilbyr hepatitt B-vaksine til tilsette som har auka risiko for eksponering gjennom sitt arbeid. [\(BK- retningslinjer- hepatitt B-vaksine for tilsette\)](#)

4.3.2. Stikkskader utanfor helsetenesta

[Prosedyrer ved stikkuhell på sprøyter og andre blodeksponeringar utanfor helsetenesta](#)

Ved stikkskader utanfor helsetenesta, t.d. henslengte sprøyter, brukarutstyr eller i risikoutsette yrke utanom helsetenesta er det som regel ikkje mogleg å identifisere hiv- eller hepatitt status til kjelda. I slike tilfelle bør det gjerast ei risikovurdering med omsyn til sannsyn for at sprøyta kan vere smitteførande med hepatitt eller hiv. Ved kjent kjelde bør ein prøve å avklare kjelda sin hiv- eller hepatitt status. Dersom den eksponerte ikkje er kjent immun etter vaksinasjon eller tidlegare sjukdom og kjelda er kjent HBsAg positiv eller ein ved vurdering av risiko ikkje kan utelukke at kjelda er smitteførande, skal følgjande prosedyre nyttast:

- Så raskt som mogleg starte hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 månader) med hepatitt B- vaksine. Regimet for posteksponeringsprofylakse er avhengig av den eksponerte sin vaksinasjonsstatus og evt. resultat

av tidlegare hepatitt B-antistoffprøver (se tabell 1). Antistoffundersøking tatt fleire månader eller år etter siste vaksinedose har liten verdi.

- I tilfelle hvor kjelda for eksponeringa er kjent smittebærer for hepatitt B-viruset skal det – dersom det er gått mindre enn 48 timer etter eksponering – i tillegg gis spesifikt immunglobulin mot hepatitt B (HBIG). Etter 48 timer er ikke HBIG effektivt, da gis berre vaksine. HBIG i tillegg til vaksinasjon bør vurderast i dei sjeldne tilfella der kjelda sin hepatitt B-status er ukjent og der personen som er blitt eksponert er ein kjent ikkje-responder etter tidlegare vaksinasjon.
- Vidare følg ein same prosedyre som i punkta for eksponering i helsetenesta.

Tabell 1. Hepatitt B-tiltak etter stikkskadeeksponering hvor kilden er kjent HBsAg positiv eller hvor kildens hepatitt B status er ukjent.			
Vaksinasjonsstatus hos den eksponerte	AntiHBs målt 1 måned etter avslutta vaksinasjon	Tiltak om kilden er sikker HBsAg-positiv	Tiltak om kildens HBsAg-status er ukjent
Ikkje vaksinert	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 mnd)	Straks full hurtigvaksinasjon (0, 1,2 og 12 mnd)
Fått 1 dose	-	Straks HBIG og full hurtigvaksinasjon (0, 1, 2 og 12 mnd)	Straks full hurtigvaksinasjon (0, 1,2 og 12 mnd)
Fått 2 doser	-	Straks HBIG og en dose vaksine	Straks en dose vaksine
Fått 3 eller fleire doser	< 10 IU/l	Straks HBIG og en dose vaksine	Straks en dose vaksine
Fått 3 eller fleire doser	ukjent	Straks en dose vaksine	Straks en dose vaksine
Fått 3 eller fleire doser	> 10 IU/l	Ingen tiltak	Ingen tiltak

4.4. Posteksponeringsprofilakse mot HIV

[Smittevernveilederen](#) kapittel 18

4.5. Lokal prosedyre

Ved yrkesskade skal det skrivast skademelding.

Skjema for melding om yrkesskade eller yrkessjukdom finn ein på [nav.no-yrkesskade og yrkessjukdom](http://nav.no-yrkesskade-og-yrkessjukdom)

Ytterlegare informasjon om [yrkesskade og yrkessjukdom finn ein på NAV sine nettsider >>>](#)

Fastlege skal kontaktast for 0-prøve og avtale om vidare kontrollprøver. Kostnader blir dekt av Helfo (mistanke om allmennfarleg smittsam sjukdom). Smittevernlege skal kontaktast straks dersom det kan vere naudsynt med posteksponeringsprofilakse med HBIG eller anti-HIV-behandling. Legevakta kontaktast utanom kontortid, tlf 116 117. Ved stikkskadar på sein kveld og natt der det ikkje ligg føre kjent smitterisiko, kan fastlegekontor kontaktast neste morgon på kvardagar, legevakta kontaktast for 0-prøve ved helg og høgtid.

Akuttlager for Hep B immunglobulin og oppstartpakke for posteksposisjonell hiv-profylakse(PEP) er lokalisert til Haugesund sjukehus. På dagtid skal ein ta kontakt med smittevernlege i Helse Fonna, overlege Randi Ofstad. Dersom hun ikkje er tilgjengeleg, skal vakthavande LIS ved Medisinsk klinikk Haugesund sjukehus kontaktast .

Etter arbeidstid Kl.16 er bakvakt (LIS) Med.klinikk Haugesund sjukehus kontaktperson for drøfting av indikasjonsstilling og til hjelp for logistikken for henting av medisin.

4.6. Injiserande stoffmisbrukarar og smittevern

[Smittevernveilederen](#) kapittel 15

4.6.1. Infeksjonar hos injiserande stoffmisbrukarar

Injiserande misbrukarar er gjennom sin åtfærd meir utsett for ein rekke infeksjonssjukdommar som;

- hivinfeksjon
- hepatitt A
- hepatitt B, hepatitt D
- hepatitt C
- hud og bløtdelsinfeksjoner forårsaket av gule stafylokokker (inkludert MRSA) og streptokokkinfeksjoner (endokarditt, nekrotiserende fasciit)
- HTLV - infeksjonar
- sårbotulisme
- tetanus
- alvorlig systemiske infeksjoner (inkludert infeksjoner forårsaket av *Clostridium novyi* og *Bacillus anthracis*)
- luftveisinfeksjonar (t.d. pneumoni og influensa)

4.6.2. Vaksinasjon

Vaksinasjon mot hepatitt A og B vert anbefalt til alle injiserande misbrukarar. Om mogleg bør det gjerast serologisk undersøking før vaksinasjon, men første dose kan settast mens ein ventar på serologiresultat. Utgifter til vaksine for hepatitt A og hepatitt B refunderast av Folketrygda. Kombinasjonsvaksine kan vere aktuelt. Boosterdose (evt. grunnvaksinasjon) med stivkrampe-, difteri, kikhoste - og poliovaksine bør gis kvart 10 år. Misbrukarar er også ei målgruppe for influensa- og pneumokokkvaksinasjon.

4.6.3. Rådgeving

Misbrukaren bør informerast om korleis han/ho kan redusere risikoen for infeksjonar dersom misbruket held fram;

- bruk alltid rene sprøyter kvar gong du injiserer
- del aldri sprøyter og anna brukarutstyr (kokekar, vann, filter og bomullsdotter) med andre
- dersom du likevel bruker sprøyter fleire gonger eller deler med andre, reingjer sprøyte og spissar kvar gong ved å:

- skylje sprøyte og spissar med reint vatn for å fjerne blodrestar og deretter koke dei i 10 minuttar
- reinse sprøyter og spissar ved å la dei ligge i vanleg hushaldningsklorin i 30 sekunder og deretter skylje sprøytene og spissane med i vatn for å fjerne klorinet
- skylje sprøyte og spissar med reint vatn for å fjerne blodrestar
- sikre betre injeksjonspraksis ved å:
 - vaske hendene godt før og etter injeksjon
 - om mogleg, koke det narkotiske stoffet
 - vask huda med alkoholbasert desinfeksjonsmiddel
 - unngå å injisere på halsen og i lysken
 - unngå å injisere intramuskulært eller subkutant
- bruk skadereduserande helsetiltak dersom disse er tilgjengeleg som;
 - sprøyteutdeling og bytteordningar for sprøyter (er tilgjengeleg ved)
 - legemiddelassistert rehabilitering (LAR)
 - sprøyterom
 - reinsing av brukarutstyr med klorin m.a. i fengsel
- prøv å ikkje bruke eller bruke minst mogleg narkotiske middel. Alternativt røyk eller sniff narkotiske stoff heller enn å injisere dei
- bruk alltid kondom ved tilfeldige sexpartnarar
- ver nøye med personleg hygiene, også tannhygiene

4.7. Informasjonsmateriell

[Informasjon, råd og nyheter om hepatitt A, B og C](#)

[Tilbake til innholdslista >>>](#)

5. vedlegg – Tiltak mot vatn- og matboren smitte

5.1. Førebyggjande tiltak

- Vask hendene: Du bør alltid vaske hendene før du et, før du lagar mat, mellom handtering av ulike råvarer og sjølvsagt etter toalettbesøk. Viss du kan unngå det, bør du ikkje lage mat til andre dersom du har magesjuke, vondt i halsen eller betente sår på hendene.
- Bruk reine reiskapar: Vask knivar og skjerebrett ofte, og hald kjøkkenbenken rein. Kjøkkenkluten kan vere ei bakteriebombe! Vask han i maskin på minst 60°, eller legg han i klor. Byt klut ofte. Bruk aldri den same kluten på benken og golvet! Kjøkkenpapir er eit godt alternativ til klutar.
- God varme – eller rask nedkjøling: Skal du halde maten varm ei stund før servering, må han vere rykande varm – ca. 60°. Dersom maten blir lunken, kan bakteriar vekse opp og føre til matforgifting. Er det lenge til maten skal etast, er det betre å kjøle ned maten raskt og varme han opp igjen. Set til dømes kasserollen i kaldt vatn og rør rundt. Dersom du deler maten opp i mindre porsjonar, går nedkjølinga fortare.
- Sjekk temperaturen i kjøleskapet: Matvarer som må oppbevarast kjølig, bør setjast i kjøleskapet. Temperaturen i kjøleskapet bør vere 4° eller lågare. Låg temperatur hindrar bakterievekst i matvarene.
- Hald rå og tillaga mat frå kvarandre: Byt reiskap mellom ulike råvarer og mellom råvarer og ferdiglaga mat – eller vask reiskapane godt mellom kvar oppgåve. På den måten unngår du å overføre matforgiftingsbakteriar frå ei råvare til ein ferdig rett.
- Varm mat skal vere rykande varm: Ved 70–80° blir dei aller fleste bakteriar drepne. Fjørfekjøtt og oppmale kjøtt bør gjennomsteikjast. Når du steikjer heile kjøttstykke, som biff, kotelettar m.m., er det nok at overflatene blir godt steikte – det er her bakteriane er. Når du lagar mat i mikrobølgeovn, bør du røre rundt og la retten stå nokre minutt, slik at varmen blir jamt fordelt.
- Lær deg å lage trygg mat! Følg dei enkle råda frå Mattilsynet på miniplakaten "Ikkje nok å vere god kokk", og unngå matforgifting heime. Bakteriar finst naturleg overalt, også i matvarer. Dersom du behandlar maten feil, kan visse bakteriar vekse og gjere deg sjuk. Bakteriane stortrivst og formeirar seg raskt i temperaturar frå 8 til 60°. Dei aller fleste bakteriane døyr når du varmar maten godt nok. Dei vanlegaste årsakene til matforgifting er: utilstrekkeleg oppvarming, sein nedkjøling, lagring ved for høg kjøletemperatur og slurv med reinhald.
- Frukt, bær og grønsakar som skal etast rå, må vaskast godt. Importerte friske minimais, asparges og sukkererter og kryddeurter bør kokast. Importerte fryste bær bør kokast i eit minutt før dei blir nytta.

Matportalen.no

5.2. Vannhygiene

[Smittevernveilederen](#) kapittel 10.

5.2.1. Forskrift om vannforsyning og drikkevann

<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-04-1372>

5.2.2. Smittespreiing gjennom drikkevatt

Smitte kan spreiest gjennom drikkevatt. Dei vanlegaste sjukdommane ved smitte via drikkevatt er ulike former for gastroenteritt. Dei vanlegaste smitteagens er norovirus eller *Campylobacter*. Smittestoffa blir produsert i menneske og dyr sin tarmkanal og vert skilt ut med avføring. Nokre få sjukdommar kan overførast frå dyr til menneske dersom dyret er i direkte kontakt med vatnet. Ein slik sjukdom er tularemi (lemensjuke eller harepest), som kan overførast frå gnagarar, t.d. ved at et sjukt dyr fell ned i ein brønn, eller dersom drikkevatt vert teken frå ein fjellbekk infisert av lemen.

5.2.3. Kontroll med drikkevatt

[Drikkevassforskrifta](#) stiller strenge krav til kvaliteten på drikkevatt. Det er eigar av forsyningsanlegget for drikkevatt som har ansvar for å følge krav i forskrifta. Krava gjeld for alle vassverk som forsyner meir enn ein husstand eller fritidsbustad. Det er forbod mot å forureine drikkevatt, og abonnentar skal ha eigna sikring mot tilbakestrøyming. I Bømlo er det Bømlo vatn og avlaup (BVA) som forsyner størstedelen av befolkninga med drikkevatt, men deler av kommunen har private løysingar.

Sjølv om vatnet som leverast frå vassverket, har kvalitet som drikkevatt, kan smittestoffer ved uheldige omstende tilførast i distribusjonsnett.

Mattilsynet skal godkjenne og føre tilsyn med vassforsyningssystema, godkjenne vassbehandlingsprodukt, utarbeide forskrifter, gi rettleiing og annen informasjon som er viktig og nyttig for drikkevassektoren. Frå 01.07.2018 skal alle drikkevassforsyningssystem vere registrert hos Mattilsynet.

5.2.4. Tiltak ved vassborne utbrot

Ved mistanke om utbrot som skuldast drikkevatt, må vatnet kokast. Koking dreper virus, bakteriar og parasitter. Vatnet må fosskoke. Ein vasskoker vil normalt bringe vannet til fosskoking før den slår seg av. Vatn til kaffetraktar må ein koke på førehand dersom ein skal være sikker. Alternativet kan vere å bruke vatn frå flaske eller anna drikke.

Alt vatn som skal drikkast, må vere kocht.

Bruk dessutan kocht vatn til

- All mat som ikkje skal kokast eller varmebehandlast over 100 °C
- Utblanding av saft og andre produkt som skal drikkast eller etast
- Kaffi. Kaffitraktarar koker ikkje vatnet, og vatnet til kaffitraktaren må difor vere kocht på førehand. Andre typar kaffimaskiner bør sjekkast med forhandlaren
- Isbitar

- Vasking av frukt, salat og grønnsaker som ikkje skal kokast
- Tannpuss

Ukokt vatn kan brukast til

- Koking av mat
- Handvask. Vask hendene med såpe, skyl og tørk etterpå
- Dusjing og karbad. Pass på å ikkje svelgje vatn, ha særleg kontroll med små barn
- Manuell oppvask og oppvaskmaskin. Vaskar du opp for hand, må oppvasken skyljast med kokt, varmt vatn eller tørkast godt, oppvaskmiddel med desinfeksjonseffekt er ikkje tilstrekkeleg
- Klesvask
- Reinhold i huset

Annan bruk heime

- Barn bør ikkje leike med vatnet i hagevatningsanlegg eller bade i barnebasseng i periodar med kokevarsel.

5.3. Smitte frå matvarer

Mattilsynet arbeider for at matvarene våre skal vere trygge å ete, og fører kontroll med verksemder som produserer, sel, serverer og behandlar mat. Du bør melde til Mattilsynet dersom du meiner at du er blitt sjuk av mat. Det gjeld enten du har ete ute på restaurant, i ei kantine eller har laga maten sjølv.

Ved to eller fleire tilfelle der ein mistenker felles smittekjelde frå vatn eller mat, skal smittevernlege, Mattilsynet og Folkehelseinstituttet varslast. Om varslingsplikt og -rutinar, sjå smittevernplanen kapittel 4.

For rettleiing i oppklaring av utbrot som skuldast smitte frå næringsmiddel eller dyr, sjå www.fhi.no, [Smittevernveilederen](#) kapittel 6: Utbrudd av smittesjukdommar

<http://www.fhi.no/dokumenter/1ca929a5a4.pdf>

5.3.1. Kontroll og oppfølging av pasientar med tarminfeksjonar:

Personar med tarminfeksjonar skal ikkje handtere mat som skal serverast andre, då det utgjør ei fare for kontaminering av maten og smittespreiing gjennom fekal-oral smitte.

[Smittevernveilederen](#) kapittel 19

5.3.2. Oppfølging og kontroll av personar som handterer næringsmiddel:

[Smittevernveilederen](#) kapittel 20

6. vedlegg – Tiltak mot seksuelt overført smitte

- Førebygging.
- Smitteoppsporing ved sjukdommar som overførast ved seksuell kontakt
- Menn som har sex med menn og smittevern

6.1. Førebyggjande tiltak

Kjønnsjukdommar, eller seksuelt overførbare infeksjonar (SOI), smitter via kjønnsorgan, munn og endetarm. Enkelte sjukdommar, som hiv og syfilis, blir overført også via blod.

Ubeskytta sex: Med ubeskytta sex meiner at man har utsett seg for en risiko å få kjønnsjukdommar. Kjønnsjukdommar kan overføres om ei slimhinne eller ei smitteberande kroppsvæske (sperm, blod, skjedesekret, forsats) kommer i kontakt med ei slimhinne. Slimhinner finnes for eksempel på penis, i skjeden, i endetarmen og i munnen. Å bruke kondom er ein god måte å beskytte seg mot kjønnsjukdommar på. Kondylom, herpes og syfilis kan også overførast om ein gnir kjønnsorganana mot kvarandre. Dersom ein person har mistanke om at han/ho har fått ein kjønnsjukdom, må han/ho straks oppsøke lege, og ikkje ha ubeskytta sex før tilstanden er avklara. Om ein har mistanke om ein allmennfarleg smittsam kjønnsjukdom (se pkt 6.6.2), har ein rett på gratis undersøking og behandling.

6.2. Smitteoppsporing

[Smittevernveilederen](#) kap. 16

Smitteoppsporing er ein viktig strategi for kontroll av infeksjonar som smitter ved seksuell kontakt.

Målet med smitteoppsporing er:

- gi behandling til personar som er ukjent med at han/hun kan ha ein seksuelt overførbar sjukdom
- bidra til å bryte smittekjeder og dermed redusere vidare smittespreiing
- hindre reinfeksjon hos indekspasienten (personen som først får påvist sjukdommen)
- hindre komplikasjonar av infeksjonen hos kontaktar med asymptomatisk infeksjon

Smittevernlova av 1995 slår fast at ein pasient har plikt til å delta i smitteoppsporing (§ 5-1) og legen har plikt til å foreta smittesoppsporing (§ 3-6). Dette gjeld berre dei seksuelt overførbare sjukdommane som i forskrift er definert som en allmennfarleg smittsam sjukdom. Det gjeld disse sjukdommane:

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

Andre seksuelt overførbare tilstander som herpes genitalis, genital mykoplasmainfeksjon, HPV-infeksjon, uspesifikk uretritt, protozo-infeksjoner og flatlus er ikkje allmennfarlege sjukdommar. Den same plikten

til å foreta smitteoppsporing gjeld ikkje for disse sjukdommane, men i særlege tilfelle kan det likevel vere aktuelt.

For informasjon om dei einiskilde sjukdommane, sjå [Smittevernveilederen](#) sjukdommar a-å , eller informasjonsbrosjyrar frå RFSU. Her ligg også generelle brosjyrar om sex og prevensjon.

<http://www.rfsu.se/no/Norsk/Kontakt/Presse/Pressebilder/PDF-Brosjyrer/>

Folkehelseinstituttet har utarbeidd en [brosjyre om kondom på 7 språk](#), som vil bli oppdatert og tilgjengelig for bestilling.

Helsestasjon for ungdom tilbyr testing og smitteoppsporing for unge < 25 år.

6.3. Menn som har sex med menn og smittevern

Mange menn som har sex med menn har auka risiko for å få seksuelt overførbare infeksjoner. Mange vel å ikkje fortelle sin fastlege om homofil praksis. Folkehelseinstituttet anbefaler at menn som har sex med menn bør få tilbod om undersøking for å avdekke seksuelt overførbare infeksjonar. Seksuelt aktive bør sjekke seg årlig. Menn med fleire partnarar bør la seg undersøke oftare. En slik rutineundersøking bør omfatte somatisk undersøking med laboratorieprøver. I tillegg bør konsultasjonen omfatte tilbod om vaksinasjon og førebyggjande rådgiving.

Dei vanlegaste seksuelt overførbare infeksjonane som diagnostiserast hos menn som har sex med menn er:

- hivinfeksjon
- gonoré
- syfilis
- hepatitt B
- hepatitt A
- tarmparasittar (amøbar og Giardia lamblia)
- tarmbakteriar (spesielt Shigella)
- venerisk lymfgranulom (LGV) - særleg blant hivsmitta

Sjå elles [Smittevernveilederen](#) kap. 14, og sjukdommar a-å

7. vedlegg –Tiltak mot vektoroverført smitte (t.d. insekt)

- Generelt
- Borrelia
- TBE
- Malaria
- Dengue-feber
- Zikafeber
- Skadedyr

7.1. *Generelt om insekt og smitterisiko*

Det finnes ei rekke insekt som kan overføre smitte. Historisk er Svartedauden det mest kjende eksempelet, der smitte vart overført frå rotter til menneske via lopper. Ei rekke faktorar spiller inn i forhold til kva smitte ein kan vere utsett for og kor stor risikoen er, og det vil variere frå landsdel til landsdel og mellom ulike land og verdsdelar. Her skal nemnast nokre av dei vanlegaste sjukdommane.

7.2. *Borrelia*

Borreliainfeksjon er den vanlegaste vektoroverførte sjukdom i Europa. Vertsdyr er gnagarar og fuglar. Vektor i Noreg er skogflått (*Ixodes ricinus*) og fuglefjellflått (*Ixodes uriae*). Skogflått finns langs heile kysten sør for polarsirkelen, men med store lokale variasjonar i mengd. Den trivs best i område med blandingsskog og krattskog. Hjortedyr har særleg stor tyding for flåttens formering ettersom vaksne hoflått fester seg bare på store pattedyr. Risikoen for smitteoverføring ved bitt av flått er liten sjølv i dei mest utsette områda, og ikkje alle som blir smitta får symptomar. Ein stor del av befolkninga i endemiske områder har vore smitta med *Borrelia* og har antistoff (10-20%). Husdyr kan og bli smitta.

7.2.1. Førebyggjande tiltak mot Borreliose

Ved ferdsel i område med mye flått er det tilrådd å dekke til bar hud med klede og egna skotøy. Bruk av insektrepellenter på hud og klede reduserer talet på flått som fester seg. Etter ferdsel i utsette område bør man om kvelden inspisere huda, spesielt hos barn. Ein bør og undersøke tøyet, også vranga, slik at flått ikkje skal få moglegheit for å feste seg på huda ved seinare påkledning. Det er også anbefalt å dusje for å skylje bort flått som ikkje har festa seg.

Flått bør fjernes frå huda så raskt som mogleg. Sjansen for overføring av bakterien er liten før 24 timer og aukar betrakteleg etter 48 timer. Flåtten fjernes best ved å trekke den rett ut ved hjelp av en pinsett eller fingre. Desinfeksjon av bittstaden og påføring av antibakteriell krem/sårsalve kan vurderast. Smøring med fett, lakk, eter m.m. er ikkje anbefalt. Det gjør ingenting om litt av bitereiskapen sitter igjen.

Det er ikkje anbefalt rutinemessig antibiotikabehandling etter flåttbitt, men dersom pasienten får feber, utslett eller sår i bittområdet den første månaden etter flåttbitt, bør lege kontaktast. Lokal irritasjon og sårinfeksjon må ikkje forvekslast med erytema migrans (EM). Det finnes ingen vaksine mot dei borelliaarter som kan opptre i Noreg eller andre europeiske land.

For meir informasjon om utbreiing, sjukdomsforløp og behandling, sjå Smittevernboka, sjukdommar a-å.

7.3. TBE

Skogflåttencefalitt (engelsk: tick-borne encephalitis (TBE)) kan overføres via flått på same vis som Borreliose, og skuldast ein infeksjon med Tickborne encephalitis-virus (TBE-virus). TBE-virus kan forårsake infeksjon i sentralnervesystemet. TBE-viruset førekjem mange stader i Europa, og har i dei seinare år etablert seg i kystdistrikta i Sør-Noreg, men er så langt ikkje funne på Vestlandet. Det finnes vaksine mot viruset. Sjå elles Smittevernboka, sjukdommar a-å.

7.4. Malaria

Malaria er en febersjukdom som er orsaka av Plasmodium-parasitten. Mennesket er einaste reservoar for parasitten som overføres frå person til person gjennom bitt av infisert mygg av Anopheles-arten. Kvart år reiser ca. 125 millionar personar frå malariafrie til malariaendemiske områder; 10 000 - 30 000 av disse blir diagnostisert med malaria. De fleste tilfeller av malaria som diagnostiseras i Noreg i dag er blant personar av utanlandsk opphav etter besøk til slektningar og venner. Personar av utanlandsk opphav vil etter ei tid utanfor malariaområde vere like mottakelege for utvikling av malariasjukdom som personar av norsk opphav. Malaria etter vanlege turistreiser ses forholdsvis sjeldan.

7.4.1. Smittemåte

Vektorboren smitte gjennom stikk av infisert Anopheles-mygg. Parasitten kommer inn i blodbanen kor den gjennomgår deler av sin livssyklus. Ved blodsuging frå infiserte personar vil myggen ta opp parasitter som fortsetter sin kjønnna formering i myggen. Smitter ikkje direkte frå person til person. Parasitten kan også overføres gjennom blodoverføringer eller ved bruk av ureine sprøyter. Overføring frå mor til barn i svangerskapet er svært sjeldan.

7.4.2. Inkubasjonstid

Inkubasjonstiden fra myggstikk til symptom er ulik for dei ulike typane av malaria, for *P. falciparum* 7-14 dager, for *P. vivax* og *P. ovale* 8-14 dager og for *P. malariae* 7-30 dager. I sjeldne tilfeller kan inkubasjonstida vere betydeleg lenger. Symptom på infeksjon med *P. falciparum* opptre svært sjeldan meir enn eit halvt år etter siste opphald i malariaområde. Symptom orsaka av dei andre formene kan i sjeldne tilfelle opptre fleire månader og år etter at ein har reist frå malariaområdet.

7.4.3. Førebyggande tiltak

Myggstikkprofylakse

Beskyttelse mot myggstikk er den beste malariaprofylakse. Medikamentell profylakse kjem i tillegg til dette, og ingen bør få utlevert resept på medikament utan å ha fått grunnleggande informasjon om myggstikkprofylakse. De viktigaste tiltaka for å unngå myggstikk er:

- opphalde seg minst mulig ubeskytta utandørs etter solnedgang i malariaområde
- beskytte kroppen med sokker, langbukser og langerma plagg (impregnert med permetrinspray) etter solnedgang i områder med malaria og hele døgnet i områder med denguefeber.
- bruke myggmiddel - dietyloluamid (DEET) eller anna - på huden ved opphald utandørs.

- sove under myggnett ved overnatting inne- og ute. Permetrinimpregnering av myggnettet er anbefalt, og er viktigast i områder med høg malariarisiko.
- små barn kan effektivt beskyttast ved impregnerte myggnett over seng, vogn og lekegrind, og babykurv kan fôrast med myggnett stoff. Myggmiddel må brukast med omtanke. DEET er ikkje anbefalt brukt til barn under tre år. Til barn over tre år bør middelet bare brukast på mindre område av huda, og det bør brukast lågare konsentrasjon enn det som er anbefalt til vaksne
- myggfritt hus: myggnetting, gjerne impregnert, i dører, vindauge og ventiler. Evt. kan overnattingsromma sprayast med insektspray et par timer før man legg seg. Ikkje slå på lys før dører og vindauge er lukka. Hotellrom med klimaanlegg er vanlegvis myggfrie.
- lytte til lokal informasjon om malariaforekomsten der ein bur eller stopper for overnatting.

7.4.4. Medikamentell profylakse

Hovudformålet med medikamentell profylakse er å hindre dødsfall. Samtidig bør ein i størst mogleg grad unngå biverknader av medikamenta. Ingen av medikamenta gir fullstendig beskyttelse mot malaria. Dersom medikamentell profylakse er indisert, skal den omfatte alle aldersgrupper (også spedbarn som får morsmjølk). Barn som ennå ikkje beveger seg rundt sjølv, kan effektivt beskyttast ved å sørgje for impregnerte nett over seng, vogn osv. Ved korttidsbruk er biverknader ved bruk av malariamiddel så godt som alltid reversible.

Sjå også fhi.no [Smittevernveilederen](#) kapittel 12: Utenlandsreiser og smittevern

7.4.5. Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot

Ved enkelttilfelle ingen spesielle tiltak i nærmiljø.

7.4.6. Meldings- og varslingsplikt

Meldingspliktig til MSIS, gruppe A. Kriteria for melding er eit tilfelle med kliniske symptom (feber eller tidlegare feber) **og** laboratoriepåvisning av *Plasmodium sp.* i blod ved mikroskopi, nukleinsyre- eller antigenundersøkelse.

Varsling til kommuneoverlege, Folkehelseinstituttet og andre instansar ved utbrot, ved mistanke om smitte frå medisinsk utstyr eller blod eller ved påvist smitte hos blodgjevar.

7.4.7. Symptom, diagnostikk, behandling mm

Sjå [Smittevernveilederen](#), sjukdommar a-å

7.5. Dengue-feber

Denguefeber har dei siste åra vært på frammarsj og er i dag den vanlegaste myggoverførte sjukdom i verda. Beskyttelse mot myggbitt er det viktigaste førebyggjande tiltaket. Denguefeber førekjem i meir enn 100 tropiske og subtropiske land i alle verdsdelar.

7.5.1. Smitemåte

Sjukdommen er orsaka av eit virus som overførast ved myggbitt, hovudsakeleg av arten *Aedes aegypti*. Denguefeber smitter ikkje frå person til person. Sjukdommen opptre oftast i regntida (mai til august). Det finnes ingen vaksine mot sjukdommen. Vern mot myggstikk er derfor det viktigaste førebyggjande tiltaket.

I motsetning til malariamyggen, biter myggen som spreier dengueviruset primært om dagen. Myggen trivs godt i urbane strøk slik at smitterisikoen også er til stede i storbyar.

Personar som reiser til område med denguefeber, bør beskytte seg mot myggstikk ved påkledning (langerma skjorte, lange bukser og sokkar) og bruke myggmiddel, eventuelt sove under myggnett og sprøyte bustaden med insektmiddel. Myggmiddel bør nyttast også på dagtid og smøringa gjentas ved sveitning. (Sjå også pkt 6.7.4.3 under malaria)

7.5.2. Symptomar på denguefeber

Klassisk denguefeber viser seg klinisk som en influensaliknande tilstand med høg feber, frysningar, hovudpine, sensitivitet for lys, muskelsmerter, smerter bak auga og utslett. Den akutte sjukdommen varer sjeldan meir enn éi veke, men rekonvalesenstida kan vere lang. Symptoma kan vere vanskeleg å skilje frå malaria, tyfoidefeber og andre akutte febersjukdommar. Denguefeber kan i sjeldne tilfelle utvikle seg til dengue hemoragisk feber med blødningar og et alvorlegare sjukdomsbilde.

5.5.6. Reiseråd

Alle reisande til subtropiske og tropiske strøk, inkludert Sør- og Sørøst-Asia bør følgje desse råda for å unngå smitte, og søke lege ved teikn på sjukdom. Sjå også: <http://www.fhi.no/tema/reiseraad>

7.6. Zikafeber

5.5.7. Smittemåte

Zikafeber er orsaka av zikavirus som i hovudsak blir overført med mygg. Smitteoverføring kan òg skje frå mor til fosteret under svangerskapet. Zikaviruset kan i sjeldne tilfelle smitte seksuelt både frå menn og kvinner og ved blodgivning. Etter gjennomgått infeksjon vil viruset være i blodet i ca. 1 veke, men viruset kan være i skjedesekret i ca. 2 veker og i sæd i opptil 6 månader etter smittetidspunktet. Viruset kan derfor bli overført seksuelt i lang tid etter smitte.

5.5.8. Symptom

Over 80% får ingen plager. For dei som utviklar symptom er tida frå smitte til utbrot av sjukdomen (inkubasjonstida) vanlegvis 3-12 dagar. Symptoma er for dei aller fleste milde og varer 2-7 dagar med feber, augebetennelse, leddsmerter og utslett. Zikavirus kan vere årsak til fosterskader dersom mora blir smitta under svangerskapet. Den mest alvorlege fosterskaden er mikrokefali. Mikrokefali er ein nevrologisk tilstand hos nyfødde som der hovudskallen er liten, som regel fordi hjernen har utvikla seg unormalt i fosterlivet.

5.5.9. Førebygging

I område med zika bør ein beskytte seg mot myggstikk. Det gjelder spesielt gravide, men òg personar med immunsvikt eller alvorlege kroniske infeksjonar. Det er anbefalt å bruke klede som dekkjer kroppen (langerma skjorte, lange bukser og sokkar), å bruke myggmiddel, sove under myggnett og eventuelt sprøyte bustaden med insektmiddel. Myggmiddel bør òg nyttast på dagtid og gjentakast ved sveitting. Opphald i rom med luftkondisjonering reduserer risikoen for å bli stukke av mygg. Bruk av kondom ved seksuell aktivitet i zikaområde vil redusere risiko for smitte.

[Råd til gravide og andre reisende](#)

7.7. Skadedyr

Skadedyr gir ikkje i seg sjølv sjukdom, men kan overføre smittestoff. Auka reiseverksemd gir auka risiko for overføring av skadedyr som er vanlege i andre land, og eit fuktigare klima kan betre livstilhøva for skadedyr. Utrydding av skadedyr krev spesiell godkjenning. På fhi.no ligg oversikt over aktuelle lover og forskrifter som gjeld vern mot skadedyr.

<http://www.fhi.no/tema/skadedyr/veiledere>

For informasjon om førebyggjande tiltak, sjå Smittevernplan vedlegg 9.8

[Tilbake til innhaldslista >>>](#)

8. vedlegg – Tiltak mot kontaktsmitte

8.1. Tiltak for å bryte smittevegar og hindre smitteoverføring

Handhygiene

Hendene kan vere kjelda til overføring av mikroorganismar. Riktig handhygiene er det viktigaste enkelttiltaket med tanke på å hindre overføring av smitte. For å få effekt av handhygiene må neglar vere korte, og det skal ikkje brukast ringar (gjeld også giftering), klokke eller armband. Når hendene ikkje er synleg skitne kan det brukast spritemulsjon. Bruk vanleg såpe og vatn når hendene er synleg skitne. Handhygiene skal utførast umiddelbart før reine prosedyrar i høve pasientar, og alltid etter ureine prosedyrar og hanskebruk, og mellom kvar pasient.

Hanskar

Hanske er eit ekstra tiltak og vern i tillegg til handhygiene, men ikkje eit absolutt vern mot mikroorganismar. Føremålet med bruk av hanskar er å redusere mengda mikroorganismar ein har på hendene og å verne seg sjølv mot forureining. Ha reine hender før hanske vert teken på. Bruk hanskar ved kontakt med alle kroppsvæsker som blod, sekret, ekskret og forureina gjenstandar. Fjern hanskar umiddelbart etter avslutta prosedyre, og desinfiser / vask hendene.

Munnbind / augevern

Bruk munnbind og augevern for å verne slimhinnene i auge, nase og munn ved arbeidsoppgåver der det kan oppstå sprut av kroppsvæsker eller flytande materiale som kan innehalde mikroorganismar.

Stellefrakk / verneforkle

Stellefrakk / verneforkle skal vere pasientbundne. Plastforkle kastas etter kvar bruk. Bruk stellefrakk / verneforkle for å verne arbeidsantrekk mot sprut / søl med materiale som kan vere infisert. Våt eller synleg tilsølt stellefrakk skal skiftast. Skift stellefrakk minst 1 gang /døger.

Pasientutstyr

Handter brukt pasientutstyr f. eks. beken, pussbeken, urinflasker som er forureina med kroppsvæsker eller blod på ein slik måte at det ikkje forureinar hud, arbeidsantrekk eller omgjevnad. Reingjer og desinfiser alt utstyr straks det er brukt for å hindre overføring av mikroorganismar til andre.

For meir grundig omtale, sjå Fylkesmannen i Hordaland- Smittevern- "Smittevern sett i system"
<http://www.fylkesmannen.no/Hordaland/Helse-omsorg-og-sosialtenester/Omsorgstenester/Oppdatert-smittevernperm/>

og [Smittevernveilederen](#) kapittel 9 Basale smittevernrutinar i helsetenesta

8.2. Tiltak ved smitterisiko

Den vanlegaste sjukdommen som smitter ved direkte kontakt er brennkoppar. Andre blir ikkje omtala her. Brennkoppar (impetigo) er overflatiske hudinfeksjonar som vanlegvis er forårsaka av gule stafylokokkar eller gruppe A-streptokokkar.

Det er to kliniske typar av brennkoppar:

- vanleg brennkoppar (impetigo contagiosa) som skuldast gruppe A-streptokokkar eller gule stafylokokkar.
- bulløs brennkoppar (impetigo bullosa) som skuldast spesielle stammer av gule stafylokokkar med eksfoliativt toksin.

Mens impetigo contagiosa var den vanlegste forma tidlegare har dei seinare åra den bulløse forma blitt dominerande.

8.2.1. Smittemåte

Sjukdommen er antatt å smitte i hovudsak ved person til personkontakt og rammer først og fremst barn under 12 år. Den er lite smittsam blant vaksne, moderat smittsam blant barn og svært smittsam blant nyfødde.

8.2.2. Førebyggjande tiltak

God handhygiene er det viktigaste førebyggjande tiltaket. Individ i ein familie eller sosial gruppe bør ha separate handklede og klutar. Sår og stikk bør stellast med desinfiserande vask (klorheksidin vandig oppløsning) og tildekking. God tildekking av lesjonar reduserer smitterisiko og bør gjennomførast.

8.2.3. Tiltak ved enkeltilfelle eller utbrot

Ved utbrot i barnehagar, skuler eller andre forsamlingar må god og systematisk handhygiene innskjerpast. Bruk eingangshandklede og -klutar for dagleg vask av leiker og liknande, og vask (eventuelt desinfeksjon) av felles kontaktpunkt. Vask må i det minste gjerast med såpe og vatn. I tilfeller der det er viktig å få rask kontroll med situasjonen, kan bruk av klorin eller isopropylalkohol til desinfeksjon av felles kontaktpunkt vere naudsynt.

8.2.4. Barnehagar

Barn med brennkoppar kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonane er under kontroll. Grunnlaget for skjønnnet her må vere at det ikkje lenger er fare for at smitteførande sårsekret kan påførast andre barnehagebarn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkt. Ved få og små lesjonar vil dette kunne sikrast gjennom god tildekking, men ved meir utbreidde lesjonar vil det vere naudsynt at lesjonane er tørre og i god tilheling.

8.2.5. Tiltak i helseinstitusjonar

Basale smittevernrutinar.

Kontaktmitteregime inntil 24 timer etter start av effektiv behandling. Ved ikkje-kontrollerbar sekresjon og ved utbreidde eksfoliative hudlidingar nyttast munnbind i tillegg.

8.3. MRSA

Smittevern 16 MRSA-rettleiaren <http://www.fhi.no/dokumenter/9bc2e5e450.pdf>

Gule stafylokokkar (*Staphylococcus aureus*) er bakteriar som er vanleg hos menneske. Mellom 20 % og 40 % av befolkninga kan vere langvarige berarar av bakteriane og de fleste av oss kjem i kontakt med gule stafylokokkar i løpet av livet. Hos friske personar gir bakteriane sjeldan sjukdom, men på helseinstitusjonar er *S. aureus* ein av bakterietypene som oftast er orsak til infeksjon. Dei aller fleste stafylokokkinfeksjonar er overflatiske infeksjonar i hud og slimhinner, men bakteriane kan også gi alvorlige infeksjonar i indre organ.

Meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) er gule stafylokokkar som er resistente mot betalaktamantibiotika og kan være resistente også mot andre typar antibiotika. MRSA skil seg ikkje frå betalaktam-følsamme gule stafylokokkar når det gjelder evne til å gi sjukdom, men resistensen gjer behandlingen vanskeleg.

Nasjonal målsetting er at MRSA ikkje skal etablere seg og bli ein fast del av bakteriefloraen ved norske sjukehus og sjukeheimar.

8.3.1. Prøvetaking for rutineundersøking

Ved undersøking for MRSA av pasientar skal takast prøve frå:

- ytst i kvart nasebor (med same pensel)
- svelg inklusiv tonsillar
- perineum
- sår, eksem, ferske arr eller andre defektar i huda
- rundt innstikkstaden for framandlekamar (kateter, dren, sonde etc.)
- kateterurin dersom pasienten har permanent kateter

Ved førehandsundersøking og smitteoppsporing hos helsepersonell skal det takast prøver frå følgjande stader:

- ytst i kvart nasebor (med same pensel)
- svelg inklusiv tonsillar
- t.d. sår, eksemlesjonar, ferske arr eller andre defektar i huda

Utstyr til vanleg bakteriologisk prøvetaking skal nyttast. Det skal nyttast eitt prøvesett, det vil seie éin prøve, frå kvar prøvetakingsstad.

8.3.2. Førebyggjande tiltak MRSA

Førebyggjande tiltak mot gule stafylokokkar, spesielt MRSA er viktig i helseinstitusjonar og heimetenesta. Sentrale tiltak er handhygiene ved bruk av alkoholbaserte desinfeksjonsmidlar og tildekking av sår for å unngå overføring av gule stafylokokkar.

Ved innlegging og før pasientretta arbeid i sjukehus og sjukeheim skal det takast MRSA-prøve av alle som siste 12 månader har vore i situasjon som er assosiert med økt risiko for å bli smitta med MRSA. Nye arbeidstakarar og arbeidstakarar som har vore utanlands skal melde på følgjande skjema:

Skjema om MRSA- og tuberkulosekontroll før oppstart i arbeid ligg i kvalitetsstyringssystemet; «[BK - Skjema: Eigenerklæring tuberkulose og MRSA ved tilsetjing](#)»

Ved innlegging og før pasientretta arbeid i sjukehus og sjukeheim tas MRSA-prøve av alle som:

- tidlegare har fått påvist MRSA, men ikkje seinare hatt tre negative kontrollprøver

eller som i løpet av siste 12 månader har:

- fått påvist MRSA (sjølv om seinare kontrollprøver har vore negative)
- budd i same husstand som MRSA-positive, eller
- hatt nær kontakt med MRSA-positive utan å bruke tilrådd verneutstyr

eller som i løpet av siste 12 månader har vore i land utanfor Norden og har der:

- vore innlagde eller fått poliklinisk behandling ved ein helseinstitusjon
- arbeidet som helsearbeidar
- opphalde seg i barneheim eller flyktningleir

I tillegg tas MRSA-prøve av alle som har kliniske symptom på hud-/sårinteksjon, kroniske hudlidingar eller innlagt medisinsk utstyr gjennom hud eller slimhinner, og som i løpet av siste 12 månader har

- opphalde seg samanhengande i meir enn 6 veker i land utanfor Norden

8.3.3. Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot av MRSA

MRSA skal ikkje hindre eller forsinke naudsynt undersøking eller behandling. Basale sjukehushygieniske rutinar er viktige å følgje overfor alle pasientar (sjå kapitel "Basale smittevernrutinar i helsetenesta")

MRSA og sjukehus

Pasientar i somatiske avdelingar i sjukehus skal isolerast dersom dei er mistenkt eller påvist MRSA-positive. Anbefalt regime er kontaktsmitteisolering på ein rom med tillegg av bruk av kirurgisk munnbind. MRSA-rettleiaren beskriver i tillegg tiltak ved overføring av pasientar, arbeidsrestriksjonar for tilsette, behandling, sanering, tiltak ved poliklinikk, i ambulansetenesta og i psykiatriske sjukehus/avdelingar. Smitteoppsporing på sjukehus er aktuelt når MRSA vert oppdaga uventa slik at smitteoverføring allereie kan ha skjedd på grunn av manglande smitteverntiltak.

MRSA og kommunale helseinstitusjonar

På sjukeheim og andre kommunale helseinstitusjonar skal bebuarar med mistenkt eller bekrefta MRSA-infeksjon eller -kolonisering ha ein rom med eige toalett eller dostol på rommet. Forsterka smitteverntiltak rundt bebuarar, behandling, sanering og arbeidsrestriksjonar for helsepersonell er omtala i MRSA-rettleiaren. Langvarig isolering av bebuarar på sjukeheim er ikkje anbefalt. Kortvarig isolering på eige rom kan være aktuelt i spesielle situasjonar.

Smitteoppsporing på sjukeheim er aktuelt når MRSA vert oppdaga uventa slik at smitteoverføring allereie kan ha skjedd på grunn av manglande smitteverntiltak.

MRSA utanom helseinstitusjon

Verksemdar som legekontor, tannlegkontor, helsestasjonar og fysioterapeutar bør i sitt internkontrollsystem ha rutinar for handtering av MRSA-positive pasientar.

I heimetenesta er det anbefala forsterka tiltak rundt MRSA-positive brukarar. Tiltak i brukarens heim, tiltak overfor personalet, behandling og sanering er omtala i Folkehelseinstituttet sin MRSA-rettleiar.

Smitteoppsporing i heimetenesta er aktuelt når MRSA vert oppdaga uventa hos ein brukar eller mellom personalet.

Barnehagar og MRSA

Barn med hudlesjon der det er påvist MRSA kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonen er under kontroll. Grunnlaget for skjønnnet her må være at det ikkje lenger er fare for at smitteførande sårsekret kan påførast andre barnehagebarn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkt. Ved få og små lesjonar vil dette kunne takast i vare gjennom god tildekking, men ved meir utbreia lesjonar vil det vere naudsynt at lesjonane er tørre og i god tilheling.

Barn som har fått påvist berarskap med MRSA kan gå i barnehage som vanlig. Det er ikkje anbefalt å informere barnehagen om påvist MRSA hos barnet.

8.3.4. Meldings- og varslingsplikt

MRSA er meldingspliktig til MSIS, gruppe A (smitteførande berartilstand og infeksjon). Kriterie for melding er påvisning av *S.aureus* som i screeningtest er resistent mot cefoxitin og som konfirmerast med påvising av *mecA* eller *mecC* gen.

Varsling til kommuneoverlege, Folkehelseinstituttet og andre instansar ved utbrot eller ved overføring av smitta pasient mellom helseinstitusjonar (se fhi.no [kapittel "Varsling av smittsomme sykdommer og smittevernsituasjoner"](#) og smittevernplanen kapittel 4)

For tiltak ved påvist MRSA sjå [MRSA-rettelearen](#), smittevern 16

9. vedlegg – Miljøretta helsevern

Miljøretta smittevern er ein del av miljøretta helsevern, og har som formål å hindre at smittestoffar i miljøet skal gi opphav til smittesjukdom hos befolkninga.

Lovgrunnlag: LOV-2011-06-24-29 Helse- og omsorgsdepartementet [Folkehelseloven](#)

Kapittel 3: Kommunen har i oppgåve å føre tilsyn med faktorar i miljøet som til einkvar tid direkte eller indirekte kan ha innverknad på helsa.

Disse områda er av betydning for vern mot smittesjukdomar:

- Vatn, kloakk og avlaup
- Renovasjon
- Badevatn, boblebad og symjebasseng
- Kjøletårn, luftskrubbarar, dusjanlegg og vass-aerosoler
- Solarium, treningsstudio mm
- Tatovering, piercing
- Husdyrhald
- Skadedyr

9.1. *Vatn, kloakk og avlaup*

Bømlo vatn og avlaup (BVA) har ansvar for vassforsyning/drikkevatt og avlaup i Bømlo. BVA sine planar ligg på BVA sin heimeside (<http://www.bva.no/>), og på Bømlo kommune si internettside under eksterne planar:

- Hovudplan vatn
- Hovudplan avlaup

I tillegg er det mindre område som har private løysingar både for vassforsyning og for avlaup. Om drikkevatt, sjå ellers vedlegg 5 i smittevernplanen.

Frå 01.01.17 gjeld ny drikkevassforskrift, med strengare krav til kontroll av drikkevassanlegg.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-22-1868?q=drikkevannsforskrift>

9.2. *Renovasjon*

Sunnhordland interkommunale miljøverk SIM har hovudansvaret for renovasjon i Bømlo. Renovasjon er regulert i Forureiningslova med forskrift, sjå lovdata.no

Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv

http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-10-11-1196?q=smittefarlig+avfall*

FOR-2007-12-20-1818 Forskrift for innsamling av hushaldsavfall og tømning av slamavskiljarar og tette tankar, Austevoll, Bømlo, Fitjar, Kvinnherad, Stord, Sveio og Tysnes kommunar, Hordaland

Manglande renovasjon eller for sjeldan tøyning av konteinar kan føre til rotteplage og anna helserisiko.

9.3. Badevatn, boblebad og symjebasseng

Eigar har ansvar. Kommunen har tilsynsansvar.

[Forskrift 13. juni 1996 for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.](#)

9.4. Kjøletårn, luftskrubbarar, dusjanlegg og vass-aerosoler

Kjøletårn, luftskrubbarar, dusjanlegg og vass-aerosoler kan gi gode veksttilhøve for Legionella, og tiltak for å unngå dette er regulert i eiga forskrift og eiga rettleiar frå folkehelseinstituttet.

9.4.1. Lovgrunnlag

FOR-2003-04-25-486 Helse- og omsorgsdepartementet [Forskrift om miljørettet helsevern](#)

kapittel 3a: Krav om å hindre spreiring av Legionella via aerosol

Badeanlegg og offentlig tilgjengelige boblebad har meldeplikt etter forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu mv.

Verksemder med kjøletårn og luftskrubbarar har meldeplikt til kommunen og skal legge fram vurdering av innretninga frå akkreditert inspeksjonsorgan. Vurderingen skal legges frem i forbindelse med oppstart, vesentlige utvidingar eller endringar og deretter kvart femte år.

9.4.2. Om Legionella

Legionellabakteriar er bakteriar som kan infisere lungene og kan føre til legionærsjukdom, ein alvorleg lungebetennelse, og Pontiacfeber, ein som regel mild influensaliknande sjukdom. Smittekjelder er aerosoldannande innreiingar, m.a. kjøletårn, boblebad og dusjar.

Folkehelseinstituttet har utarbeidd råd om legionellaførebyggjande tiltak til:

- hushald og bustadselskap
- eigarar og driftsansvarlege for innreiingar som kan spreie legionellasmitte, for eksempel kjøletårn, luftskrubbarar, fukteanlegg, bilvaskanlegg, dusjanlegg i skular og idrettshallar
- kommunehelsetenesta som skal føre tilsyn

9.4.3. Aktuelt regelverk

Det er eigar av anlegg sitt ansvar å sørge for at deira innreiing ikkje er smittefarlig. Relevant regelverk som anleggseigarar må halde seg til, er omtala nedanfor.

- [Forskrift 25. april 2003 nr. 486 om miljørettet helsevern](#)
- [Forskrift 13. juni 1996 for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.](#)
- [Plan- og bygningsloven, 27. juni 2008 nr 71 i kraft 1. juli 2010](#)
- [Bygningsteknisk forskrift \(TEK 10\)](#)
- [Forskrift 6. desember 1996 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, \(internkontrollforskriften\)](#)

- [Forskrift 20. juni 2003 om innsamling og behandling av helseopplysninger i Meldingssystem for smittsomme sykdommer og i Tuberkuloseregisteret og om varslings om smittsomme sykdommer \(MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften\)](#)

9.4.4. Førebygging

Sjå fhi.no Vannrapport 123 [Forebygging av legionellasmitte](#)- en veiledning (for kommunehelsetjenesten og driftsansvarlige)

Brosjyre: [Legionellasmitte hjemme kan forebygges med enkle tiltak](#) – Råd til husholdninger og boligselskap

[Smittevernveilederen](#)- sjukdommar frå a-å

9.4.5. Om sjukdommen Legionellose

Sjå [Smittevernveilederen](#) - sjukdommar frå a-å

9.5. Solarium, treningsstudio mm

Disse representerer i seg sjølv ingen stor smitterisiko, men kan vere kjelde til kontaktsmitte dersom det er dårlege reingjeringsrutinar. Verksemdene har sjølv ansvar for rutineane. Solarium skal vere registrert hos Statens strålevern, og har meldeplikt til kommunen.

9.6. Tatovering, piercing

Verksemder som driv med tatovering og piercing er underlagt hygienekrav som er heimla i føresegner. Kommunen skal drive tilsyn med verksemdene etter Forskrift om miljøretta helsevern, og verksemder har meldeplikt til kommunen.

Aktuelle føresegner finn ein på <http://lovdata.no>

FOR-2008-11-03-1189 [Forskrift om tatoveringsprodukter](#)

FOR-1998-05-06-581 [Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v](#)

9.7. Husdyrhald

Husdyrhald er regulert i ei rekke lover og forskrifter, mellom anna Svine- og fjørfeproduksjonsloven, Hundeloven, Dyrevelferdsloven og Anomalieforskriften. I høve smitterisiko og renovasjon, sjå 6.11.2 renovasjon. <http://lovdata.no/sok?q=Husdyrhold>

9.8. Skadedyr

9.8.1. Forskrift om skadedyrbekjempelse

- [Forskrift om skadedyrbekjempelse](#)
- [Rundskriv I-2/2012 Om krav til godkjenning av skadedyrbekjempere](#)

9.8.2. Førebyggjande tiltak

1. Reduser fuktigheten

Skadedyr har vansker med å overleve når det blir for tørt. Ha derfor minst mogleg tilgjengeleg vatn, og tørk ut fuktige gjenstandar og rom. Ikkje la det stå vatn i bøtter eller kar. Vass-skadde og fuktige materiale i huset bør fjernast.

2. Fjern kjelder til mat

Ha matvarer i tette behaldarar, hald kjøkenet reint, ikkje la det ligge brødsmular, steikefeitt eller andre matrestar. Ver også oppmerksam på at dyrefor kan vere mat for skadedyr, likeeins mat i avlaup og vasslås. Ha minst mogleg matrestar utandørs, som til dømes nedfallsfrukt og restar frå fuglebrett. Kompost med matrestar bør plasserast i tett behaldar, søppeldunkar som inneheld matrestar bør ha tett lokk og tøm mast ofte.

3. Hald skadedyra ute

Bruk av nett og gitter framfor vindauge, luker, sprekker, røyr- eller leidningsgjennomgangar reduserer risikoen for at skadedyr kjem seg inn. Det same vil bruk av plaststrimler, tettestreier, tettestrum, tettestreier mm. Sørg også for å halde dører lukka når mogleg. Brukte møblar, som senger, madrassar, sofaer og stolar, kan innehalde skadedyr. Plassering av gjenstandar ved låg (-18 °C) eller høg nok temperatur (> 45 °C) over lang nok tid, vil drepe mange potensielle skadedyr.

4. Fjern eller steng av opphaldstader innandørs

Har skadedyr først komme seg inn føretrekker mange å gøyme seg bort i små holrom og sprekker i golv og vegger. Tetting eller sperring av slike gøymestader vil redusere tal på opphaldstader. Fuglereir, muse- og vepsebol er også stader der mange skadedyr trives. Gå derfor igjennom bustaden og fjern disse.

5. Fjern og øydelegg opphaldstader utandørs

Vedstablar, plankehaugar, pallar, diverse type avfall og anna som skaper små holrom kan være gøymestader for skadeinsekt og gnagarar. Det same gjelder villnis (høg vegetasjon, busker og tre) for tett inntil husvegger. Fjern slike gøymestader for å redusere sjansen for å få problem med skadedyr.

6. Ver merksam ved reise

Når man er på reise, vil en kunne komme i kontakt med stader som har skadedyr. Ver spesielt merksam på stader der du overnattar, og hold bagasjen mest mulig lukka på rommet. Bruk av tette koffertar i hardplast gir skadedyr mindre sjanse til å stikke seg bort i enn koffertar og sekker av tøystoff med mange opningar og sprekker. Ein god førehandsregel når man kommer heim igjen, er å sjekke bagasjen for skadedyr før denne blir teken inn. Rist gjerne plagg utandørs før dei blir lagt inn i klesskap. Å fryse bagasjen sin i en djupfryser ved -18 °C i et par døgn etter heimkomst vil drepe mange av skadedyra.

For meir informasjon, sjå <http://www.fhi.no/tema/skadedyr/veiledere>

10. vedlegg – Tiltakskort for einskilde sjukdommar

Tiltak ved einskilde sjukdommar, tiltakskort , sjå elles [Smittevernveilederen](#)

<http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernveilederen>

- Norovirus
- Hepatitt A
- Meningokokksjukdom
- EHEC
- Lus

10.1. Norovirus

Vinteren er høgsesong for omgangssjuka på grunn av norovirusinfeksjonar. Norovirus er svært smittsamt. Grundig handvask med såpe og vatn og god kjøkkenhygiene er dei viktigaste førebyggjande tiltaka mot norovirus.

Norovirus er den vanlegaste årsaken til smittsam magetarmsjukdom, og er ansvarleg for minst 50 prosent av alle utbrot med magetarminfeksjon på verdsbasis.

Utbrot av norovirus inntreff gjerne om vinteren i Noreg. Personar i alle aldersgrupper kan bli smitta og sjuke.

10.1.1. Symptom og smitte ved norovirus

Sjukdommen er vanlegvis mild og går over av seg sjølv etter 1–3 dagar hos elles friske personar.

Det tek 12–48 timar frå ein blir smitta til ein blir sjuk. Symptoma er akutt kvalme, oppkast, magesmerter og diaré. I tillegg opplever mange influensaliknande symptom som feber, muskel- og leddverk og hovudpine.

Ein smitta person er mest smittsamt medan han/ho har symptom med oppkast og diaré, men kan òg vere smitteførande etter at symptomata gir seg. Etter 48 timar skil dei fleste ut mindre smittestoff.

10.1.2. Når kan ein vende tilbake til jobb, skule eller barnehage?

- Vanlegvis kan ein vende tilbake til jobb og skule når ein kjenner seg frisk. Fordi ein kan skilje ut smittestoff også etter at symptomata gir seg, er det ekstra viktig med god handhygiene i dei første dagane etter at ein har blitt frisk.
- Personar som handterer mat, bør ikkje vende tilbake til arbeidet før 48 timar etter at oppkast og diaré gir seg.
- Barn i barnehage bør på same måte haldast heime ved symptom og ikkje sendast til barnehagen igjen før det har gått 48 timar etter at oppkast og diaré har gitt seg. Det er foreldra som må vurdere om barnet har fått tilbake normal avføring.

10.1.3. Råd for å førebygge smitte med norovirus

Dei viktigaste førebyggjande tiltaka mot norovirusinfeksjon er god hand- og kjøkkenhygiene. Med god handhygiene meiner ein grundig handvask med såpe og rennande vatn.

Alkoholbasert handdesinfeksjon er mindre effektivt mot norovirus.

For reingjering av overflater tilsølte med oppkast eller avføring, blir det tilrådd at overflatene blir dekkja og tørka opp med det same, gjerne med hushaldspapir. Deretter gjer ein rein flata på vanleg måte med reingjeringsmiddel og vatn. Av vanlege rengjeringsmiddel i heimen kan klorin brukast. Følg brukskonsentrasjonen som står på flaska (1 dl klorin i 5 liter vatn). Ta omsyn til om overflata toler klor. Alle berøringspunkt (toalett, dørhandtak, vask) kan ein tørke over med tilsvarande blanding.

10.2. Meningitt/meningokokksjukdom

Meningokokksjukdom (også kalla smittsam hjernehinnebetennelse) er ein alvorlig sjukdom som skuldast systemisk infeksjon med meningokokkar (*Neisseria meningitidis*). Meningokokkar kan delast inn i fleire serogruppar på bakgrunn av sin kapsel. Tilnærma alle sjukdomstilfella på verdsbasis skuldast ei av seks serogrupper av *Neisseria meningitidis*: A, B, C, W, X og Y. Ulike serogrupper dominerar i ulike deler av verda.

Nesten alle tilfelle av systemisk meningokokksjukdom er enkeltstående tilfelle. 1-3% av tilfella er ein del av ein lokal klynge eller et lokalt utbrot. Meningokokksjukdom er meldingspliktig gruppe A (sjå kapittel 4 i smittevernplanen)

10.2.1. Smittemåte

I de fleste tilfella skjer smitten frå friske berarar, og det er relativt flest berarar i aldersgruppa 15- 25 år.. Overføring skjer ved nærdråpesmitte. Direkte kontakt gjennom dråpesmitte frå nase og hals må til, og ein trur at relativt store dråper munnspytt må overførast. Deling av flasker, glas og kyssing kan være viktige smittmekanismer.

10.2.2. Inkubasjonstid

2-10 dagar, vanlegvis 3-4 dagar. Sjeldne tilfeller med truleg noko lengre inkubasjonstid er rapportert.

10.2.3. Symptom

Symptom på alvorlig systemisk infeksjon er i starten oftast uspesifikke som influensaliknande symptom eller som feber med frysningar, hovudpine, kvalme og oppkast. Følelse av eller teikn på sterkt nedsett allmenntilstand er særskilt viktig å legge merke til. Prikksmå blødningar kan opptre like under hudoverflata (petekkier med =5 mm tverrmål). Typiske teikn på meningitt som stiv nakke, stiv rygg og nedsett medvit av alle grader kan komme relativt seint i løpet. Man kan sjå nesten psykiatriske reaksjonar ein sjeldan gang. Ved rein blodforgifting kan sjukdommen ha ei svært hurtig utvikling.

10.2.4. Førekomst

Meningokokksjukdom er relativt sjeldan, og i 2013 var det 27 påviste tilfelle i heile landet. Barn under eit år har klart høgast risiko for å bli ramma av meningokokksjukdom. Dernest er barn under fem år og tenåringer mest utsett. De seinare årene har det blitt meldt en aukande del serogruppe Y og C infeksjoner i Noreg og i mange andre europeiske land. Meningokokksjukdom kan opptre oftare enn normalt når mange ungdommar møtast. Ein kombinasjon av tett samvær med andre, festing med høgt alkoholforbruk og lite søvn gjer at ungdom kan vere meir mottakelege for smitte med meningokokkbakterien enn elles og utvikle alvorlig sjukdom. Den vanlegaste serotypen blant russ har tidlegare vore gruppe B. Dei siste åra har eit auka tal av sjukdomstilfella hos russ og andre unge vore orsaka av gruppe C og Y.

10.2.5. Vaksinasjon

Fire ulike meningokokkvaksiner er tilgjengelege i Noreg. Tre er polysakkarid-konjugatvaksiner og vernar mot meningokokkinfeksjon av henholdsvis serogruppe C og serogruppe A, C, W135 og Y. Ein multikomponent proteinvaksine mot serogruppe B blei tilgjengeleg i Noreg i 2014.

Tabell 1: Folkehelseinstituttets anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner i Norge

	ACWY-konjugatvaksiner Menveo / Nimenrix	Proteinvaksine Bexsero / Trumenba
Gruppe A - Personer med immunsuppresjon		
Miltmangel	2 doser (0 + 2 md)	Bexsero; 2 doser (0 + 2 md)
Komplementdefekt*		Trumenba; 3 doser (0 + 2 + 6 md)
Gruppe B – Utsatte personer ved sporadisk invasiv meningokokksykdom eller utbrudd		
Nærkontakter ved sporadisk invasiv meningokokksykdom	1 dose	Vurderes av smittevernlege i samråd med FHI
Utsatte personer ved utbrudd av invasiv meningokokksykdom	Vurderes av smittevernlege i samråd med FHI; 1 dose	Vurderes av smittevernlege i samråd med FHI
Gruppe C – Andre grupper med mulig en økt risiko for invasiv meningokokksykdom		
Ungdom 16–19 år	Individuell vurdering; 1 dose	Individuell vurdering; Bexsero; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba; 2 doser (0 + 6 md)
Menn som har sex med menn	Individuell vurdering; 1 dose	
Gruppe D – Reisende til risikoområder		
Reisende til meningittbeltet i Afrika	1 dose	Anbefales ikke
Pilegrimer til Saudi-Arabia (Hajj, Umrah)	1 dose	Anbefales ikke
Gruppe E - Opphold i land med påbudt/anbefalt vaksineprogram		
Studenter og emigranter	Individuell vurdering basert på vertslandets vaksineråd; 1 dose	Individuell vurdering basert på vertslandets vaksineråd; Bexsero; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba; 2 doser (0 + 6 md)
Gruppe F - Yrkesgrupper med en mulig økt risiko for invasiv meningokokksykdom		
Laboratoriepersonell i kontakt med meningokokkbakterier	Individuell vurdering basert på smitterisiko; 1 dose	Individuell vurdering basert på smitterisiko. Bexsero; 2 doser (0 + 2 md) Trumenba; 2 doser (0 + 6 md)

*Defekter i TCC (C5, C6, C7, C8, C9), properdin, faktor D, faktor H og C3. Individuell vurdering gjelder for personer med andre typer immunsvikt.

Meningokokk ACWY-vaksiner, meningokokk B-vaksine og meningokokk C-vaksine blir utlevert på blå resept § 4 for personer med nedsett eller manglende miltfunksjon, personer med alvorleg medfødt eller erverva komplementdefekt og til nærkontaktar av person med meningokokksykdom av serogruppane A, B, C, W eller Y [18]. Det er for tida inga refusjonsordning for andre grupper. Vaksine på blå resept må rekvirerast frå Folkehelseinstituttet.

[Meningokokkvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)

10.2.6. Førebygging blant ungdom

Folkehelseinstituttet tilrår at ungdom i alderen 16–19 år vurderer å vaksinere seg med meningokokk A+C+W+Y-konjugatvaksine (Menveo® eller Nimenrix®), og at vaksinasjonen utføres i god tid før russefeiringa tar til. Det gjeld både dei som skal vere russ, og anna ungdom som kan ha kontakt med russen. Beskyttelsen varer i fleire år. Vaksinasjon i starten av vidaregåande skule vil gi vern mot smitte i russetida og ved reiser seinare i ungdomstida. Etter vaksinasjon tar det omtrent to veker før vaksinen gir beskyttelse. Den einskilde må betale vaksinen sjølv. Helsestasjonen tilbyr vaksine på dei vidaregåande skulane.

Risiko for å utvikle meningokokksjukdom blir redusert dersom russen og andre unge følg disse rådå:

- Ta deg tid til å sove ut. Kroppen trenger å få kvile.
- Hugs at såre slimhinner er meir mottakelege for infeksjonar. Ta vare på stemmen og halsen din.
- Førebygg dråpesmitte, mellom anna ved å ikkje drikke av same flaske/boks/glas som andre og ikkje dele sigarettar.
- Unngå for mykje alkohol. Når du er rusa vil dømekrafta di bli redusert, og du kan forveksle symptom på meningokokksjukdom med teikn på for mykje alkohol.
- Skaff lege dersom du trur venene dine kan vere sjuke. Ta ansvar for kvarandre dersom nokon er sløve (har nedsett bevissthet) eller har feber.

Ungdom som reiser på såkalla partyturar til utlandet for å delta i utagerande festing bør også bli informert om den auka risikoen for meningokokksjukdom.

[Informasjonskriv til ungdom om meningokokkvaksinasjon](#)

10.2.7. Tiltak ved enkelttilfelle

Ved mistenkt tilfelle av systemisk meningokokksjukdom skal tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderast, sjølv om assosierte tilfelle er sjeldne. Dette gjeld også ved meningokokkpneumoni. Disse tiltaka er:

1) Leite etter ko-primære tilfeller.

Så snart diagnosen er slått fast, må sjukehuset kontakte kommuneoverlegen for å starte leiting etter andre i nærmiljøet som kan vere i ferd med å bli sjuke. Mest aktuelle grupper å undersøke er (mindreårige) søsken, andre i familien som har vore i nærleiken i familietreff i dagane før, leikekameratar, nære vener og til og med eldre slektningar. Alle med teikn til infeksjonssjukdom i pasienten sitt nærmiljø må vurderast nøye med tanke på meningokokksjukdom. Det bør vere låg terskel for å tilvise til sjukehus.

2) Informere.

Når eit sikkert eller sannsynleg tilfelle av alvorleg meningokokksjukdom er påvist, bør man raskt spreie informasjonen om dette til pasienten sitt nærmiljø (same husstand, skuleklasse eller barnehage, nære kontaktar elles og nær familie). Pasienten eller pårørande må på førehand bli orienterte om at slik

informasjon vil bli gitt. I tillegg skal smittevernlege varsle det lokale helsevesenet (leger, legevakt-personell).

3) Utrydde berarskap.

Formål med berarskapsutrydning er å hindre at asymptomatiske berarar kan smitte nye personar og at eventuelle nysmitta ikkje utviklar sjukdom. Berarskapsutrydning med antibiotika reduserer risikoen for assosierte tilfelle med omlag 90 %. Lege ved sjukehuset der indekspasient er innlagt bør samarbeide med kommunelegen i pasienten sin bustadkommune om kartlegging av nærkontaktar og gjennomføring av behandlinga. Berarskapsutrydning er aktuelt for personar som har vore i nærkontakt med den sjuke frå 7 dagar før vedkommande blei sjuk og til han har vore behandla med antibiotika i 24 timer.

4) Vaksinere rundt eit tilfelle.

Vaksinasjon med meningokokk C konjugatvaksine blir tilrådd til utvalde personar eldre enn 2 månader rundt indeksskasus dersom det ligg føre eit sikkert eller sannsynleg tilfelle av meningokokksjukdom orsaka av serogruppe C. Ved sjukdom orsaka av serogruppe A, Y eller W blir det tilrådd vaksinasjon til personar over 2 år med meningokokk A+C+W135+Y-konjugatvaksine. Vaksinasjon er tilrådd til pasienten sin husstand og andre med nær omgang med pasienten.

5) Vurdere andre tiltak.

Avgrensing av vanleg fysisk aktivitet som skulegymnastikk er ikkje naudsynt, men ekstrem fysisk aktivitet bør ein unngå. Det er heller ikkje ved enkelttilfelle grunnlag for å råde frå samlingar, vanleg sosial omgang o.l. eller stenging av skuler, barnehagar eller liknande. Barn kan vende tilbake barnehagen når sjukdommen er over. Søsken av et barn med meningokokksjukdom som er nærkontakt og får berarbehandling og evt. meningokokkvaksine bør reknast som mogleg smitta med meningokokkbakterie og bør for sin eigen skuld vere heime til observasjon noen dagar frå barnehagen etter berarutrydningen.

For nærare informasjon om vaksinasjon og berarskapsutrydning og val av medikament med meir, sjå [Smittevernveilederen](#) – sjukdommar frå a til å- [meningokokksjukdom](#) – tiltak ved enkelttilfelle eller utbrot

10.2.8. Utbrot

Dersom meir omfattande tiltak enn dei anbefalte tiltak (f.eks. omfattande prøvetaking av friske, vaksinasjon av større grupper eller tiltak for å unngå store, tette samlingar av personar) blir vurdert, bør kommuneoverlegen avklare dette i samråd med Folkehelseinstituttet

Tiltak i helseinstitusjonar: Basale smittevernrutinar. Dråpesmitteregime i eit døgn etter start av effektiv behandling.

Skjema for registrering av smittekontaktar og overvaking av mindre utbrot ligg i kvalitetsstyringssystemet:

[BK - Skjema: Kartlegging av smittekontaktar](#)

[BK - Skjema: Registrerings skjema for smitteutbrot](#)

10.2.9. Lokal organisering

- Smittevernlege, ved mottatt melding, tek kontakt med leiande helsesøster
- Smittevernlege informerar fastlegar og legevakt
- Smittevernlege kontaktar familie og kartlegg nærkontaktar/moglege smittekontaktar
- Smittevernlege vurderar trong for profylaktisk antibiotika
- Helsesøster og smittevernlege kartlegg kven som er aktuelle for vaksine

- Helsestasjon gjennomfører vaksinasjon
- Helsesøster og smittevernlege kontaktar leiar ved skule/barnehage
- Smittevernlege og helsesøster gir informasjon til foreldre, elevar og lærarar
- Skule/barnehage distribuerar informasjonsskriv til alle heimane

10.2.10. Informasjonsskriv

Informasjonsbrosjyre fhi.no [meningokokksykdom](#)

[Meningokokkvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)

[Informasjonsskriv til ungdom om meningokokkvaksinasjon](#)

[Meningokokksykdom i Norge og anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner](#)

[Tilbake til innholdslista >>>](#)

Informasjon til skule frå Smittevernet i Bømlo kommune

Dato:

Til føresette ved _____ skule

Eit barn ved skulen vår, i klasse _____ er lagt inn på sjukehus med meningokokksjukdom, eller såkalla smittsam hjernehinnebetennelse. Det er særst lite sannsynleg at det vil oppstå fleire tilfelle ved skulen vår, men vi rår til at ein er ekstra merksam i dei næraste par vekene.

Helsemyndigheitene har gitt følgjande retningsliner i slike høve:

- 1) Familiemedlemer og særleg nære kontaktar av den sjuke skal vurderast med tanke på vaksine, eventuelt antibiotikabehandling. Vanlegvis er det ikkje aktuelt for klassekameratar. Smittevernet i Bømlo vil gi råd om kven som er i denne gruppa.
- 2) Det er ikkje grunn til å stoppe gymnastikk eller anna vanleg fysisk aktivitet, men særleg tung fysisk aktivitet som harde turar eller særst anstrengande aktivitetar bør avlysast.
- 3) Det er ikkje grunn til å avlyse møter, samlingar eller liknande.
- 4) Foreldre bør halde eit ekstra godt auge med barn som blir sjuke i dei næraste vekene. Symptom som ein skal sjå etter er:
 - Høg feber, der barnet er dårlegare enn det er til vanleg når det har feber
 - Stiv nakke (klarar ikkje å legge haken på brystet når det prøvar)
 - Nyoppstått utslett på huda kvar som helst på kroppen, som ikkje går bort når ein pressar eit glas mot det.

Barn med feber bør også sjekkast ein gong i løpet av natta. Kontakt lege eller legevakt dersom eit eller fleire av disse punkta er oppfylt. Kontakt lege også dersom du er i tvil om barnet ditt fyller disse punkta.

Smittevernlege eller helsestasjon kan gi nærare opplysingar dersom det er trong for det.

Kontaktinfo:

Smittevernlege:

Helsesøster:

For smittevernet i Bømlo

Rektor

Informasjon til barnehage frå Smittevernet i Bømlo kommune

Dato:

Til føresette ved _____ barnehage

Eit barn ved barnehagen vår er lagt inn på sjukehus med meningokokksjukdom, eller såkalla smittsam hjernehinnebetennelse. Det er særst lite sannsynleg at det vil oppstå fleire tilfelle ved barnehagen vår, men vi anbefaler at ein er ekstra merksam i dei næraste par vekene.

Helsemyndigheitene har gitt følgjande retningsliner i slike høve:

- 1) Familiemedlemer og særleg nære kontaktar av den sjuke skal vurderast med tanke på vaksine, eventuelt antibiotikabehandling. Vanlegvis er det ikkje aktuelt for andre barn i barnehagen. Smittevernet i Bømlo vil gi råd om kven som er i denne gruppa.
- 2) Det er ikkje grunn til å stoppe vanleg fysisk aktivitet i barnehagen, men særleg tung fysisk aktivitet som harde turar eller særst anstrengande aktivitetar bør avlysast.
- 3) Det er ikkje grunn til å avlyse møter, samlingar eller liknande.
- 4) Foreldre bør halde eit ekstra godt auge med barn som blir sjuke i dei næraste vekene. Symptom som ein skal sjå etter er:
 - Høg feber, der barnet er dårlegare enn det er til vanleg når det har feber
 - Stiv nakke (klarar ikkje å legge haken på brystet når det prøver)
 - Nyoppstått utslett på huda kvar som helst på kroppen, som ikkje går bort når ein presser eit glas mot det.

Barn med feber bør også sjekkast ein gong i løpet av natta. Kontakt lege eller legevakt dersom eit eller fleire av disse punkta er oppfylt. Kontakt lege også dersom du er i tvil om barnet ditt fyller disse punkta.

Smittevernlege eller helsestasjon kan gi nærare opplysingar dersom det er trong for det.

Kontaktinfo:

Smittevernlege: _____

Helsesøster: _____

For smittevernet i Bømlo

Styrrar

10.3. EHEC

E.coli-tarminfeksjon er i dei fleste tilfelle ufarleg, men en sjeldan gang kan infeksjonen gi alvorlig sjukdom.

E. coli-bakteriar (*Escherichia coli*) er en fellesnemning for bakteriar som ein finn naturleg i tjukkarmen hos alle menneske og varmblodige dyr. Disse bakteriane er vanlegvis ufarlege så lenge de oppheld seg i tarmen. Der har dei ein viktig funksjon for fordøyinga.

Men det finnes nokre grupper av *E.coli* som ikkje finns i vår naturlege tarmflora og som er årsak til ulike typer tarminfeksjoner hos menneske. De fire vanlegaste typane av E.coli-bakteriar heter EHEC, EIEC, EPEC og ETEC.

EHEC er den typen *E. coli*-bakterie som vi har høyrte mest om i media. EHEC-infeksjonar kan i sjeldne tilfelle gi alvorlige komplikasjonar i form av den alvorlige nyresjukdommen HUS (hemolytisk-uremisk syndrom) spesielt hos barn og eldre.

EHEC-bakterien blei tidlegare kalla «hamburgerbakterien» etter fleire utbrot i USA med utgangspunkt i hamburger-restauranter.

De tre andre typane førekjem hovudsakeleg i utviklingsland, men nokre av dei kan være årsak til turist-diaré hos personar frå industrialiserte land som besøker utviklingsland.

10.3.1. Slik smitter E.coli

EHEC-bakterien smitter gjennom forureina kjøtt og kjøttprodukt av storfe, sau, geit, grønsaker, upasteurisert mjølk, produkt av upasteurisert mjølk og drikkevatt.

Det kan også smitte ved direkte kontakt med dyr eller indirekte via dyra si avføring, frå badevatt, samt direkte frå person til person gjennom forureina hender.

10.3.2. Symptomar

EHEC-bakterien kan gi diaré, ofte blodig, som varer i 4-10 dagar. Noko lengre hos barn. Ofte har ikkje barna feber, men ei generelt dårleg allmenntilstand som slappheit, kvalme og dårleg matlyst.

Noen av de andre E.coli-bakterietypene kan i tillegg til diaré også gi feber.

10.3.3. Behandling av E.coli

Det finnes ikkje noko behandling mot sjølve bakterien, og man skal i utgangspunktet ikkje bruke antibiotika. Enkelte studiar kan tyde på ein forverring av sjukdommen ved antibiotikabruk. Antibiotika vurderast berre som behandling dersom det er mistanke om at man har ein annan bakteriell infeksjon samtidig.

Når man har diaré får man eit betydelig væsketap frå tarmen. Derfor er det viktig å drikke vatt når man har diaré. I dei mest alvorlege tilfella kan det vere at personar som er smitta av E.coli må leggest inn på sjukehus for å få væske intravenøst.

Ved dei sjeldne tilfella med EHEC-infeksjon og man har fått den alvorlige nyresjukdommen HUS, er det naudsynt at man blir lagt inn på sjukehus.

EHEC-infeksjon er ein allmennfarlig smittsam sjukdom. Dette vil si at Folketrygda dekker utgifter til legehjelp ved undersøking, behandling og kontroll. Pasienten skal ikkje betale eigenandel.

Barn som har fått påvist EHEC-infeksjon skal ha fem negative kontrollprøver før barnet kan vende tilbake til barnehagen. Barn som har eit husstandsmedlem som har fått påvist EHEC-infeksjon skal haldast borte frå barnehagen til det ligg føre tre negative avføringsprøver frå barnet.

10.3.4. Sjukmelding

I enkelte yrker skal personar som har fått påvist EHEC-infeksjon, ikkje møte på arbeid igjen før det ligg føre 5 negative avføringsprøver tatt med minst 24 timers mellomrom. Dette gjeld personar som arbeider i matvareproduksjon, serveringsstader og liknande næringsmiddelverksemd, og personar som arbeider i helseinstitusjonar og som her har direkte kontakt med pasientar som er særleg utsett for infeksjons-sjukdommar.

10.3.5. Førebyggjande tiltak

Enkle grep for å førebygge *E.coli*-smitte:

- all farsemat (kjøttdeig, hamburgerar, kjøttkaker o. l.) bør vere godt gjennomsteikt eller gjennomkoka.
- andre kjøttprodukt bør vere godt stekt på overflaten
- unngå upasteurisert mjølk og produkt laga av upasteurisert mjølk
- grønsaker som skal etast rå bør skyljast godt
- oppbevar maten ved kjøletemperatur (+ 4 °C) – husk kjøleboks i sommarvarmen
- vask hender etter toalettbesøk, etter kontakt med dyr og før matlaging og måltid
- vask knivar, skjerefjøljer og kjøkkenutstyr som er blitt forureina av råvarer, før utstyret blir nytta til annan mat.

Ved reiser til land med dårlege hygieniske tilhøve er det i tillegg viktig å unngå ukokte grønsaker, iskrem som ikkje er ferdigpakka frå produsenten, og frukt som ikkje kan skrellast. Generelt bør ein ved utanlandsreiser sjå til at grønsaker og frukt er godt vaska med reint vatn, og unngå drikkevatt som ikkje blir seld på flasker.

10.4. Lus

Det finnes ei rekke ulike lus-arter. Menneske kan bli infestert med hovudlus (*Pediculus capitis*), flatlus (*Pthirus pubis*), og kroppslus (*Pediculus humanus*). Kroppslus blir og kalla kleslus. Lus og luseegg kan ein sjå utan forstørringsglas.

Hovudlus ser ein ofte som utbrot i skuler og barnehagar, særleg om hausten. Hovudlus er ikkje assosiert med dårleg hygiene. Flatlus er vanlegvis seksuelt overført, men kan i sjeldne tilfelle overførast ved felles bruk av handklede eller sengetøy. Kroppslus er i dag svært sjeldan i Noreg.

10.4.1. Smittemåte

Hovudlus: Direkte frå hovud til hovud, sjeldnare gjennom felles bruk av kam, skjerf eller lue.

Kroppslus: Direkte kroppslig kontakt eller bruk av same klede.

Flatlus: Ved seksuell omgang eller ved felles bruk av handklede eller sengetøy.

Kløe kan opptre så seint som 3-4 månader etter infestasjon.

10.4.2. Påvising og behandling- hovudlus

Egg og lus er synleg ved inspeksjon. Å greie vått hår med finkam (lusekam) har vist seg å være den mest effektive måten til å påvise hovudlus. Legg gjerne eit kvitt handkle over skuldrene, for lettare å sjå lusa.

Det er viktig at personer med hovudlus blir kvitt lusa så fort som mogleg for å unngå at dei smitter andre. Dette oppnår ein best ved at alle husstandar sjekkar regelmessig for lus, minst ein gong i månaden, og alltid etter ferier og reiser. Dersom ein oppdagar lus, er det tilrådd å behandle med lusemiddel og fin kam. Nærkontaktar, skule og barnehage må varslast, slik at smittekontaktar kan oppdage lus tidleg og få behandling. Det kan hindre «luseepidemiar», der smitten kjem tilbake.

Ein får kjøpt lusemiddel på apotek utan resept. Dei seinare åra har det vore eit aukande problem at lusa blir resistente mot visse middel. Følg tilråding frå apotek eller frå folkehelseinstituttet ([smittevern-veilederen](#)- sykdommer frå a-å, luseangrep)

[Behandling av hodelus](#)

10.4.3. Informasjonsmateriell

Div informasjonsmateriell fhi.no, sjå <https://www.fhi.no/ml/skadedyr/lus/>

10.5. Skabb

Skabbmidden er 0,3-0,5 mm lang. Ho-midden graver overflatiske gangar i huda der den legg egg som blir klekka som larver etter 3-4 døgn. Ein person har sjeldan meir enn 5-15 homidd.

10.5.1. Smittemåte

Overføring skjer ved direkte hudkontakt og seksuell kontakt og i sjeldne tilfelle indirekte kontaktsmitte gjennom sengekle, handkle og tøy dersom ein person med skabbmidd nyleg har nytta desse. Ved vanleg skabb må hudkontakten som regel vare i minst 15 minutt for å smitte.

10.5.2. Symptom

Kløe, ofte med forverring om natta og ved sveitjing, og små nuppar eller blemmer i huda, oftast først på hender, sidan på større deler av kroppen. Typiske lokalisasjonar for skabbgangane er i tillegg til hendene, fingre, handledd, olbogar, midje, lår og ytre genitalia. Utslettet og kløe er orsaka av hypersensitivitetsreaksjon mot midden og egg, og utslettet si utbreiing kan være større enn områda kor midden er.

10.5.3. Behandling

Skabb forsvinner ikkje av seg sjølv og skal alltid behandlast. Alle i same husstand og ev. seksualkontakt bør behandlast samtidig sjølv om dei ikkje har kløe. Barn bør haldast borte frå barnehage eller skule til dagen etter at behandling er starta. Elles ingen spesielle tiltak i barnehagen ved påvist tilfelle hos barn som går i barnehage.

Førstevalet er permetrinhaldig krem. Kontakt lege for underskøking og diagnose. Sjølve behandlinga er utan resept, og apoteket kan gi rettleiing om framgangsmåte.

<https://nhi.no/sykdommer/hud/kloende-lidelser/skabb/>

[Skabb- veileder for helsepersonell \(fhi\)](#)

10.6. Ebola

10.6.1. Utbreiing

Sentral- og Vest-Afrika, nær tropisk regnskog. Reservoar er truleg store flaggermus. Eit større utbrot i Vest-Afrika i 2014 har spreidd seg til fleire land. Helsepersonell som har arbeidd i Ebola-ramma område og som blir sjuke, eller andre som kan vere eksponert for smitte, må vurderast som mogleg smitta og isolerast inntil diagnosen er avklara. Reisande i endemiske område blir råda til å unngå:

- kontakt med sjuke personar
- nær kontakt med levande og døde ville dyr (inkludert aper, antiloper, gnagarar og flaggermus)
- holar og andre typiske tilhaldsstad for flaggermus
- inntak av såkalla bushmeat, det vil si kjøt frå ville dyr som er drepen ved jakt

God handhygiene er som alltid viktig for å unngå smitte.

Det er viktig at ein ved alle henvendingar er oppmerksam på og eventuelt spør etter symptom og reiseanamnese som kan gi mistanke om Ebola.

Reiseanamnese: Personen som har opphalde seg i Guinea, Sierra Leone, Liberia og Nigeria i løpet av dei siste 21 dagane og har:

- vært i kontakt med person som er sjuk av ebola
- eller vært i kontakt med ville dyr i dei aktuelle landa
- eller har spist mat som kan kallast «bush meat» (kjøt frå ville dyr) i disse landa
- eller har opphalde seg i huler og andre typiske tilhaldsstad for flaggermus
- kan tenkes å være smitta med Ebolavirus.

10.6.2. Smittemåte

Ebola smitter først ved symptom på sjukdom. Smitte skjer ved kontakt med sekret som oppkast, spytt, avføring, urin, sæd og ved kontakt med blod. Inngangsport er slimhinner, mellom anna nase, munn, auge, og ved sår på huda.

10.6.3. Symptom

Symptom på ebolavirus-sjukdom er rask utvikling av høg feber, sterk hovudpine, slappheit, muskelsmerter, sår hals som følgjast av oppkast, diaré, utslett og nedsett nyre- og leverfunksjon i løpet av 3 – 5 dagar. Seinare kan det oppstå indre og ytre blødingar i alvorlege tilfeller. Dødelegheita ved ebolavirus-sjukdom er 40-90 prosent. Tida frå smitte til symptom (inkubasjonstida) er mellom 2-21 dagar, vanlegvis 8-10 dagar.

10.6.4. Tiltak

Ved mistanke om Ebola skal ein straks kontakte bakvakt ved medisinsk avdeling Haugesund sjukehus og Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet, telefon 21 07 63 48 for å få råd. Smittevernlege i Bømlo skal ha munnleg varsel om mistanken så snart råd. Pasienten skal innleggjast med ambulanse. Det kan være aktuelt å frakte slike pasientar i ambulanse direkte til Haukeland sjukehus utan at dei er innom det lokale sjukehus, det skal vurderast av vaktahavande lege på sjukehuset. Det skal nyttast adekvat smittevern under handsaming av pasienten.

Beskyttelses utstyr:

- Vatnavstøytande eingongs smittevernfrakk.
- Andedrettsvern (P3) som må sitte tett og være utan lekkasje mot huda.
- Vernebriller/visir.
- Hanskar som sluttar godt om mansjettane.
- Sko-overtrekk.
- Dekk til mest mulig av inventaret og utstyr i ambulansen. Tett til med tape.
- Båra dekkast med ikkje permeabelt plasttrekk.
- Pasienten skal ha på vanleg munnbind.

Personell som har vært eksponert for smitte fjernar alle eigne klede og dusjar i næraste dusj. Klede skal handsamast som smittetøy.

Det skal førast logg på alt personell som har kontakt med pasienten.

Ebolavirus representerar ikkje spesielle utfordringar i høve desinfeksjon. Viruset er ganske stabilt i romtemperatur, men øydeleggjast raskt ved koking (5 min.) eller ved oppvarming til 60° C i 30 min. og ved UV/gammabestråling eller desinfeksjon. I utbrotområde nyttast vanlege desinfeksjonsmiddel som klorløysingar til desinfeksjon.

[Tilbake til innhaldslista >>>](#)

11. vedlegg – Særlege tilhøve og beredskap ved allmennfarleg smittsam sjukdom

Særlege tilhøve og beredskap ved allmennfarleg smittsam sjukdom .

11.1. Allmennfarleg smittsam sjukdom

Allmennfarleg smittsam sjukdom: ein sjukdom som er sær s smittsam, eller som kan opptre hyppig, eller har høg dødelegheit eller kan gi alvorlege eller varige skader, og som

- a) vanlegvis treng langvarig behandling, kanskje innlegging i sjukehus, langvarig sjukefråvær eller rekonvalesens, eller
- b) kan få så stor utbreiing at sjukdommen blir ein vesentlig bør for folkehelsa, eller
- c) Er særleg krevjande fordi det ikkje fins effektive førebyggjande tiltak eller lekande behandling mot den.

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven*

Om melderutinar, sjå kapittel 4 i plan for smittevern.

11.2. Risikovurderingar allmennfarleg smittsam sjukdom

Pasientar som har allmennfarleg smittsam sjukdom har krav på nødvendig behandling utan avgrensingar som følgje av kommunen sin økonomi. Ved visse definerte sjukdommar dekker Folketrygda fullt ut utgifter til undersøking, handsaming, kontroll og naudsynte medisinar og vaksiner/ immunglobuliner/ immunsera, for alle som oppheld seg i Noreg.

(smittevernloven § 5.1 og blåreseptforskriften § 4 p 2-3).

Risikoen for smitteutbrot med allmennfarlege sjukdommar er generelt sett lav, men vil ikkje kunne utelukkast. Bømlo har ikkje flyplass eller hamneområde med direkte kontakt med utlandet, og har derfor lav risiko for å vere inngangsstad for alvorleg smittsam sjukdom.

For utfyllande informasjon vert det vist til:

- ROS-analyse smittsam sjukdom i Bømlo, sjå smittevernplanen kap.1.4
- For sjukdommar lista i [Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer](http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100?q=forskrift+om+allmennfarlig+smittsom+sykdom*)
http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-01-01-100?q=forskrift+om+allmennfarlig+smittsom+sykdom*

vert det vist til vurderingar for den enkelte sjukdom i smittevernboka, sjukdommar a-å.

- <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernveilederen>

I Folkehelseinstituttet si ROS-analyse frå 1998, trekkast fram:

Sjukdommar som smitter frå avføring til munn (fekal-oral smittemåte): Dei alvorlegaste sjukdommane i denne gruppa er kolera, tyfoidfieber, paratyfoidfieber, shigellose og poliomyelitt

Sjukdommar som smitter ved insekt (vektorbåren smittemåte) vil gi utfordringar i høve behandling, men ikkje større utfordringar når det gjeld smittevern (importsjukdommar). Dei alvorlegaste i denne gruppa er gulfeber, flekkyfus, malaria, byllepest og tilbakefallsfeber.

Sjukdommar som smitter med spyttdråper eller aerosoler: Dei alvorligaste sjukdommane i denne gruppa er difteri, lungepest, hemoragisk feber (mellom anna Ebolafeber og Lassafeber), SARS (severe acute respiratory stress syndrom), MERS (middle east respiratory syndrom) og meningokokksykdom. Disse er særst sjeldne importsykdommer.

11.3. Generell prosedyre for pasienthandtering og smitteverntiltak

Smitteverntiltaka må tilpassast den aktuelle situasjonen. Mange tiltak kan planleggjast i forkant, men tiltak som setjast i verk må skje etter nøye smittevernfagleg vurdering, ikkje reint automatisk. Smitteverlegen kan søke råd fra Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet og frå fagpersonell i Helse Vest HF (Haukeland universitetssjukehus).

11.4. Innleiande vurdering

Dersom det er ukjent kva sjukdom pasienten lider av, skal den tilkalla legen vurdere dette. Legen skal freiste å anslå kva smittemåte (fekal-oral smitte, vektorbåren smitte eller dråpesmitte) pasienten sin sjukdom spreia med. Til hjelp i vurderinga kan ein nytte følgjande:

- Reiserute dersom smitta ikkje har opphalde seg i kommunen over lengre tid
Pasienten sin reiserute før sjukdom kan truleg bidra til å utelukke visse diagnoser. Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet kan gi nærare rettleiing.
- Symptom
Det kan vere særst vanskeleg å diagnostisere tilstanden tidleg.
Diaré, oppkast og magesmerter peiker mot fekal-oral smittemåte.
Utslett peiker på vektorbåren smittemåte.
Blødingar i huda, andre blødingar, særst alvorleg tilstand peiker mot dråpesmitte.

11.5. Handtering av medpassasjerar og publikum

Dersom den smitta har reist saman med andre, og det er mistanke om *alvorleg* smittsam sjukdom, kan dei andre passasjerane eller personar som har vore i nærleiken haldast tilbake til legen er komen nærare ein diagnose, slik at dei kan få informasjon og eventuell undersøking og førebyggjande behandling. Slik tilbakehalding kan gjerast i ein avgrensa del av eit lokale eller anna sted. Heimel for tiltaket er smittevernlova § 4-1 punkt d. Mynde ligg normalt til kommunestyret, men er delegert tilkommuneoverlegen.

Det kan vere uheldig å halde personar tilbake. Det kan lett oppfattast av omverda som om de haldast tilbake fordi dei er så smittefarlege. Det skaper unødig frykt. Det er ubehagleg å vente, og kan kjennast utrygt. Det kan ta mange timer og eventuelt dagar før ein får stilt endeleg diagnose. Det er ikkje ønskjeleg eller praktisk mogleg å halde personar tilbake så lenge. Dei må da informerast så godt råd er. Deretter kan man samle inn kontaktadressene deira i Noreg, slik at dei kan underrettast dersom det vert aktuelt å setje dei under tilsyn som smittekontaktar

11.6. Vern av personell

Ambulansepersonell/lege tar på verneutstyr i høve pasienten sine symptom:

- Hoste Kirurgisk munnbind, eventuelt andedrettsvern
- Blodig hoste Andedrettsvern, og eventuelt vernebrille
- Blødingar Smittefrakk, og eventuelt vernebrille
- Oppkast Smittefrakk, og eventuelt vernebrille
- Uansett Hanskar

11.7. Reingjering

- Lokala kan reingjerast på vanleg måte. Område som er tilgrisa med avføring, oppkast, blod eller andre kroppsvæsker frå den sjuke reingjerast særst godt og desinfiserast. Sterkt tilsølte tekstilar bør skiftast ut.
- Desinfeksjon av heile lokale er i praksis ikkje aktuelt, med mindre man har ein desinfeksjonsrobot. Dersom dette skal vurderast, kan man rådføre seg med Smittevernvakta.
- Ved fare for insekt frå område med alvorlige vektorbårne sjukdommar, må aktuelt lokale/område desinsekterast. Avtalast med skadedyrfirma.

11.8. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter frå avføring til munn

- Ein enkelt sjuk:
Tiltak for dei andre personane rundt er ikkje naudsynt.
- Fleire sjuke, mogleg utbrot:
Personar rundt dei sjuke informerast om å søkje lege ved symptom.
Smittevernlegen i samarbeid med Mattilsynet kan prøve å finne orsaka til utbrotet. Folkehelseinstituttet kan gi bistand.

11.9. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter med insekt

- Inga tiltak overfor dei andre personane rundt.
- Dersom sjukdom overført ved lus (flekktufus, tilbakefallsfeber) er påvist hos ein person, kan det vere aktuelt å tilby avlusing av denne sitt følgje og dei som har vore tett på pasienten. Avlusing skjer ved dusjing og bytte av tøy (eventuelt utrydding av lus i kleda ved vask ved minst 60 grader eller djupfrysing i minst ein time).

11.10. Smitteverntiltak ved sjukdommar som smitter med spyttdråper /aerosoler og ved alvorlege sjukdommar med ukjent smittemåte

Målgruppe for tiltak:

Tiltak er mest aktuelt overfor personar som har vore i nærkontakt med pasienten, dvs. dei som til dømes har sete nærast personen, tilsette som har servert pasienten m.m. Dersom eksponering har gått føre seg over lengre tid, t.d. i et fly over seks-åtte timer, kan denne gruppa utvidast.

Tiltak ved difteri

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Ein dose difterivaksine (som regel i form av DT-vaksine)
- Erytromycinbehandling i standard dose i ei veke
- Dyrkingsprøve frå hals
- Arbeidsforbod med næringsmiddel og uvaksinerte barn i ei veke
- Tilsyn i ei veke, dvs. dagleg kontakt med helsepersonell for kontroll av feber og hals. Dette kan utførast av kommunehelsetenesta på heimstaden.

Tiltak ved meningokokksykdom

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Dersom gruppe A, C eller W135, vaksinasjon med tetravalent vaksine.
- Informasjon om å søke lege ved feber eller andre sjukdomsteikn.

Tiltak ved lungepest

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Tetracyklinbehandling i standard dose i fire uker.
- Loppeutrydding av klede.
- Tilsyn i ei veke, dvs. dagleg kontakt med helsepersonell for kontroll. Dette kan utførast av kommunehelsetenesta på heimstaden.

Tiltak ved hemoragisk feber

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Tilsyn i tre veker, dvs. dagleg kontakt med helsepersonell for kontroll. Dette kan utførast av kommunehelsetenesta på heimstaden. For Ebola, sjå punkt 6.12.6

Tiltak ved tuberkulose

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Tuberkulinprøving.

Tiltak ved alvorleg sjukdom med ukjent smittemåte

Tiltaka bør drøftast med Smittevernvakta, og vil normalt vere:

- Tilsyn i ei veke, dvs. dagleg kontakt med helsepersonell for kontroll. Dette kan utførast av kommunehelsetenesta på heimstaden.

11.10. Informasjon

- Kommunen har ansvar også for informasjon til publikum og massemedia.
- Smittevernlege kan kalle inn personell til å hjelpe legevaktslegen eller smittevernlegen med informasjonsarbeidet.
- Kommunen sin kriseinformasjonsplan skal nyttast, sjå denne.

11.11. Ressursar

Følgjande utstyr, infrastruktur og personell må vere tilgjengeleg:

- **Kontor til helseundersøking**
Eit kontor gjerast tilgjengeleg til isolert legeundersøking av den/dei smitta.

Transport bør skje med ambulanse. Personellet kan gjere enkle helsefaglege vurderingar, og rådføre seg ved med smittevernlege i Bømlo, eller den interkommunale legevakta.
- **Samlingsrom**
Minst eit samlingsrom må være tilgjengeleg.
- **Utstyr for vern av personell**
Verneutstyr er tilgjengeleg og kan nyttast av ambulansepersonell, lege og andre som må beskyttast ved nærkontakt med pasient med mistenkt alvorleg smittsam sjukdom som smitter ved kontakt eller dråper. Ved kontaktsmitte skal det nyttast smittefrakk og hanskar, ved dråpesmitte kirurgisk munnbind i tillegg. Ein bør vurdere bruk av andedrettsvern ("P3-masker") i tillegg til smittefrakkar, eingongshanskar og plastbriller ved alvorlege infeksjoner og luftsmitte, som Ebola eller smitteførande lungetuberkulose, evt vannkopper/meslinger og multiresistente bakterier med stor smittefare. Slikt utstyr skal vere tilgjengeleg ved Sunnhordland interkommunale legevakt, Bremnes legesenter, Moster legekontor, Bømlo legekontor på Langevåg, og ved Bømlo sjukeheim. Ved mistanke om smitteførande lungetuberkulose eller alvorleg influensasjukdom, skal pasienten ha vanleg kirurgisk munnbind i tillegg.
- **Sunnhordland interkommunale legevakt**
 - vakt heile døgnet ved henvending per telefon, open 08-22.
 - bemanna av sjukepleier og lege.
- **Personell**
 - Legevaktslege, og anna legevaktspersonell
 - Smittevernlege har ikkje døgnavakt, men skal kontaktast om mogleg.
 - Anna personell (prest, psykolog, politi med meir). Vurderast ved behov .

11.12. Kontaktar

Sjå vedlegg 13. Kommunelegen har ansvar for å ajourføre kontaktlista

12. vedlegg – Utbrot av smittesjukdom i helseinstitusjon

Eit utbrot definerast som minst to tilfelle av ein smittsam sjukdom som skuldast same smittekjelde, eller som har smitta mellom bebuarar, eller eit uvanleg stort tal sjuke av smittesjukdom innanfor eit avgrensa tidsrom. Eit utbrot i helseinstitusjon skal varslast, sjå kapittel 4 i smittevernplanen.

Handtering av utbrot i helseinstitusjon ligg som eige dokument i Kvalitetsstyringssystemet:

<http://s4.klos.no/system.php?ok=2bz453fqtjdm7g9&modul=adoc&item=20001072>

For basale smittevernrutiner, sjå dokument under, og Vedlegg 2 punkt 6.2.3: Smittevern i kommunal helseteneste og punkt 6.2.6: Førehandsundersøking av pasientar ved innlegging i kommunale helseinstitusjonar.

Plan for infeksjonskontroll i helsetenesta i Bømlo kommune

Folkehelsa har utarbeidd ein elektronisk rettleiar til forskrift om smittevern i helsetenesta, [«Smittevern i helsetjenesten»](#)

Infeksjonskontrollprogram for kommunale institusjonar ligg i kvalitetsstyringssystemet Compilo: <http://s4.klos.no/system.php?ok=2bz453fqtjdm7g9&modul=cdoc&item=19384418>

Infeksjonskontrollprogram for heimetenestene ligg i kvalitetsstyringssystemet Compilo: <http://s4.klos.no/system.php?ok=2bz453fqtjdm7g9&modul=cdoc&item=20001346>

For isolering i helseinstitusjon, sjå Smittevern 9 [isoleringsveilederen](#)

[Tilbake til innhaldslista >>>](#)