



DRAMMEN
KOMMUNE

Smittevernplan for Drammen kommune 2011 - 2015





1. Formalia

1.1	Innledning	side 4
1.2	Lovgrunnlag	side 4

2. Viktige arbeidsfelt

2.1	Generell hygiene	side 5
2.1.1	Basale smittevernrutiner i helsetjenesten	side 5
2.2	Tuberkulose. Tuberkulosekontrollprogram	side 5
2.2.1	Tuberkulose-status	side 5
2.2.2	Tuberkuloseundersøkelse for ulike grupper	side 5
2.2.3	Praktisk gjennomføring	side 5
2.2.4	Smitteoppsporing	side 5
2.2.5	Tuberkulosebehandling	side 6
2.2.6	BCG vaksinasjon	side 6
2.2.7	Samhandling og utfordringer	side 6
2.3	Smitte via blod og sex	side 6
2.3.1	HIV	side 6
2.3.2	Hepatitt B og C	side 6
2.3.3	Chlamydia	side 6
2.3.4	Smitteoppsporing	side 7
2.3.5	Samhandling og utfordringer	side 7
2.3.6	Smitteoppsporing ved sykdommer som smitter via blod og sex	side 8
2.4	Influensa. Influensapandemiplan	side 8
2.4.1	Sesonginfluensa	side 8
2.4.2	Pandemisk influensa	side 8
2.5	Vaksinasjon	side 8
2.5.1	Nasjonalt barnevaksinasjonsprogram	side 8
2.5.2	Vaksinasjon ved økt smitterisiko	side 8
2.5.3	Hepatitt B vaksinerings	side 9
2.5.4	Influensavaksinerings	side 9
2.5.5	Pneumokokk vaksinerings	side 9
2.5.6	Vaksinasjon i forbindelse med sårskader	side 9
2.5.7	Vaksinasjon i forbindelse med stikkskader	side 9
2.5.8	Vaksinasjon og sykdom	side 9
2.5.9	Vaksinasjon i forbindelse med reiser	side 10
2.6	Antibiotikabruk og resistente bakterier	side 10
2.6.1	Antibiotikabehandling	side 10
2.6.2	Resistente bakterier - MRSA	side 10
2.7	Vannhygiene	side 10
2.7.1	Innledning	side 10
2.7.2	Smittespredning gjennom drikkevann	side 10
2.7.3	Tiltak ved vannbårne utbrudd	side 10
2.7.4	Smittespredning gjennom badevann	side 10
2.7.5	Smittespredning gjennom badevann	side 10
2.8	Utbrudd	side 10
2.8.1	Definisjon	side 10



2.8.2	Varsling	side 10
2.8.3	Ansvar	side 10
2.8.4	Praktisk håndtering	side 10
2.8.5	Oppklaring av utbrudd	side 11
2.8.6	Mage-tarm infeksjoner	side 11
2.8.7	Samarbeidsavtale med Mattilsynet	side 11

3. Utsatte grupper

3.1.	Eldre / Hjemmebaserte tjenester / Institusjon	side 12
3.1.1	Hjemmebaserte tjenester	side 12
3.1.2	Institusjon	side 12
3.1.3	Eldre reisende	side 12
3.2	Barn og ungdom / Barnehager og skoler	side 12
3.2.1	Barn. Generelle hygienetiltak i barnehager	side 12
3.2.2	Ungdom	side 12
3.2.3	Meningokokksykdom	side 12
3.3	Flyktninger, asylsøkere og innvandrere	side 13
3.3.1	Flyktninghelsetjenesten	side 13
3.3.2	Drammen mottak	side 13
3.3.3	Legens «huskeliste»	side 13
3.4	Illegale innvandrere	side 13
3.4.1	 Tuberkuloseundersøkelse av personer uten lovlig opphold	side 13
3.4.2	Kirkens bymisjons helsetilbud	side 13
3.5	Rusmisbrukere	side 13
3.5.1	Feltsykepleien	side 13
3.5.2	Fengselshelsetjenesten	side 13
3.5.3	Fastlegen og rusmisbrukere	side 13
3.6	Menn som har sex med menn	side 14
3.6.1	Fastlegens «huskeliste»	side 14
3.7	Gravide	side 14
3.7.1	Gravide og kontroll av smittsomme sykdommer	side 14
3.7.2	Gravide og antibiotika	side 14
3.7.3	Reisende gravide og smittevern	side 14
3.8	Reisende	side 14
3.8.1	Utenlandsreiser og smittevern	side 14
3.8.2	Forebygging av malaria hos reisende	side 14

4. Smittevernberedskap

4.1.	Planverk	side 15
4.2.	Alvorlig utbrudd	side 15
4.3.	Kommuneoverlegen	side 15
4.4.	Smittevernråd	side 15



1.1 Innledning

Bakgrunn

Smittevernloven pålegger alle kommuner å ha et planverk som beskriver de tiltak og tjenester som sørger for å verne befolkningen mot helseskadelige smittestoffer. Planen skal også beskrive hvorledes kommunen håndterer utbrudd av smittsom sykdom..

Målsetning

Planen skal være en oppdatert og brukervennlig dokumentsamling til praktisk nytte i spesielle situasjoner og i det daglige arbeid med å forebygge smittsomme sykdommer. Den skal være et hjelpemiddel for Drammen kommunes ansatte, fastlegene og andre med oppgaver innen smittevernet

Smittevernet i Drammen kommune

Smittevernpersonellet består i Drammen kommune av helsesøstre og sykepleiere på Smittevernkantoret, smittevernlegen og kommuneoverlegen. De har et pådriver- og veiledningsansvar for forebyggende smittevernarbeid i kommunen. De skal også ha oversikt over forekomsten av smittsomme sykdommer lokalt og må jevnlig oppdatere seg på den epidemiologisk situasjonen både i kommunen og i landet forøvrig. Folkehelseinstituttets gir regelmessig ut nyheter, og meldesystemet for smittsomme sykdommer, **MSIS**, gir mulighet for å kunne følge med på både forekomst lokalt og nasjonalt.

De fleste arbeidsområdene som beskrives i smittevernplanen, er lovpålagte oppgaver. «Kommunelegen» er lovens betegnelse for den smittevernansvarlige lege i kommunen. I Drammen sørger smittevernlegen og kommuneoverlegen for ivaretagelse av de **oppgaver som smittevernloven (§7-2) pålegger kommunelegen**. Ingen av disse har noen beredskapsvakt-ordning. Kommuneoverlegen har lagt til rette for at vakthavende lege ved Legevakta i Drammensregionen kan være «kommunelege» inntil man får fatt i de rette personene.

Gyldighet og revisjon

Smittevernplanen er gyldig fra 01.01.2011. Den skal revideres av smittevernlegen ved behov og senest innen 2015.

Distribusjon

Forslag: LSU, fastlegeportalen under beredskap + smittevernkantorets hjemmeside

1.2 Lovgrunnlag for smittevernet

Lover og forskrifter

Folkehelseinstituttet har utgitt **Lovverk og smittevern**. Her beskrives de aktuelle lover innen smittevernet. Med innføringen av smittevernloven i 1996 fikk Norge en ny moderne lov som forsøker å balansere hensynet til samfunnets interesser mot hensynet til enkelmenneskets personlige integritet og krav på rettsvern.



2.1 Generell hygiene

2.1.1 Basale smittevernrutiner i helsetjenesten

Basale smittevernrutiner i helsetjenesten gjelder ved arbeid med alle pasienter, uavhengig av mistenkt eller bekreftet diagnose eller antatt infeksjonsstatus. Basale rutiner skal både beskytte helsepersonellet mot smitte og forebygge smitte til og mellom pasienter. Basale rutiner er utarbeidet for arbeid i helseinstitusjoner, men har også gyldighet i resten av helsetjenesten. Basale smittevernrutiner er basert på prinsippet om at alle kroppsvæsker inklusive blod og sekreter, ikke-intakt hud og slimhinner kan inneholde smittestoffer. Gjennomføring av basale rutiner overfor alle pasienter vil redusere risikoen for smitte fra både kjente og ukjente smittespor og er en forutsetning for et effektivt smittevern. Basale rutiner ivaretar også forebygging av blodsmitte. Bruken av basale rutiner i pasientbehandlingen vil avhenge av type pasientkontakt og graden av forventet eksponering for smittestoffer.

2.2 Tuberkulose. Drammen kommunes tuberkulosekontrollprogram

2.2.1 Tuberkulose-status

Fra å være et av de landene i Europa som for hundre år siden hadde høyest forekomst av tuberkulose, er Norge nå et av de landene i verden som har lavest forekomst av tuberkulose. Det oppdages rundt 300-350 tilfeller per år. Sykdommen diagnostiseres nå oftest blant yngre utenlandsfødte personer som er smittet før innflytting til Norge. I Drammen har vi høyere forekomst av tuberkulose enn i landet for øvrig. De siste årene har det blitt oppdaget mellom 6 og 9 tilfeller per år. Verdens tuberkulosedag markeres årlig 24. mars.

2.2.2 Tuberkuloseundersøkelse for ulike grupper:

- Grupper med plikt til undersøkelse
- Land med høy forekomst av tuberkulose
- Diagnostikk av tuberkulose
- Røntgenundersøkelse av gravide
- Flytskjema 1 – Screening av barn 0-2 år
- Flytskjema 2 – Screening av barn 2-15 år
- Flytskjema 3 – Screening av voksne >15-40 år
- Flytskjema 4 – Screening av voksne > ca 40 år, studenter og arbeidsinnvandrere
- Flytskjema 5 – Miljøundersøkelse av barn 0-2 år
- Flytskjema 6 – Miljøundersøkelse av barn 2-15 år
- Flytskjema 7 – Miljøundersøkelse > 15 år
- Flytskjema 8 – Screening av visse arbeidstakergrupper
- Flytskjema 9 – Utredning av smitte ved immunsvikt

2.2.3 Praktisk gjennomføring

- Tid og sted

2.2.4 Smitteoppsporing

Med **smitteoppsporing** menes helsetjenestens tiltak for å finne smittekontakter til en pasient med tuberkulose og tilby dem informasjon og tuberkuloseundersøkelse, eventuelt personlig smittevernveiledning og behandling. Plikten til å bidra til smitteoppsporing er lagt på både legen (smittevernloven §3-6), indekspasienten (§5-1) og smittekontaktene (§5-1, jf. Forskrift om tuberkulosekontroll § 3-1, punkt 3).

2.2.5 Tuberkulosebehandling

Behandling mot tuberkulose kan være kurativ eller forebyggende. Det er en generell trend at stadig flere unge mennesker som er smittet av tuberkelbakterier uten å være syke, blir satt på forebyggende behandling. Ved behandling av tuberkuløs sykdom anbefales DOT, som står for direkte observert terapi. Dette behandlingsopplegget går ut på at helsepersonell observerer pasientens inntak av alle doser av tuberkulosemedikamenter. Det er utarbeidet egne skjemaer og opplegg for denne behandlingen. Det vil alltid være et samarbeid mellom sykehusspesialist (lunge-, barne- eller infeksjonslege) og kommunehelsetjenesten før oppstart av slik behandling.

- [Informasjonsark om tuberkulose](#)
- [Tuberkulosebehandling](#)

2.2.6 BCG vaksinasjon

Kommunen viderefører BCG som programvaksine for barn med økt risiko for å bli smittet med tuberkelbasiller og som tilbud til yngre voksne på spesielle indikasjoner. Skolehelsetjenesten i mottaksklassene ved Fjell, Danvik og nye Marienlyst skole sørger for å fange opp de elevene som ikke tidligere har fått tilbud om tuberkulosekontroll ved bosetting eller familiegjenforening. Dersom mantoux er negativ, vil de få tilbud om [BCG-vaksine](#).

2.2.7 Samhandling og utfordringer

God tuberkulosekontroll i alle ledd fordrer gode rutiner og nært samarbeid mellom mange aktører. Alle disse aktørene må sørge for at kjente risikogrupper kommer til diagnostikk og oppfølging. Drammen sykehus har gjennom sin tuberkulosekoordinator gjort det enklere for kommunehelsetjenesten å få oversikt over aktuelle pasienter og deres behandlingsforløp. Det er tydelige føringer på hva kommunen skal bidra med i forhold til direkte observert terapi av pasienten. Når det gjelder den praktiske gjennomføringen av tuberkulosekontrollen, er det viktig med god samhandling med røntgen-avdelingen og klinisk kjemisk avdeling. De største utfordringene i tuberkulose-arbeidet, er å få meldt alle personene som har plikt til undersøkelse og å sørge for rask diagnostikk av syke. Helsestasjonene med skolehelsetjenesten sørger for at barn som ikke er meldt på ordinær måte til Smittevernkontoret, får nødvendig tuberkuloseundersøkelse. Politiet skal ivareta meldeplikten etter utlendningsloven. Det er meget viktig at fastlegene er kjent med symptomer og tegn ved sykdommen slik at pasienten kommer til behandling raskt.

2.3 Smitte via blod og sex

2.3.1 HIV- status Norge og Drammen

Etter å ha vært svært stabil gjennom 1990-tallet, har antall påviste hivtilfeller økt på 2000-tallet. Dette skyldes i all hovedsak flere hivpositive innvandrere som er smittet i sitt tidligere hjemland før ankomst til Norge. Innvandrere utgjør nesten en tredel av dem som har fått påvist hivinfeksjon i Norge. De fleste kommer fra områder i det sentrale og østlige Afrika, samt fra Sørøst-Asia. Det er i tillegg en betydelig økning av smitte blant menn som har sex med menn (MSM). Bildet preges av at mange MSM er nysmittet på arenaer for tilfeldig eller anonym sex. Heteroseksuell smittespredning blant personer som er bosatt i Norge er fortsatt forholdsvis sjeldent. De fleste i denne gruppen er menn som smittes i utlandet, spesielt i Thailand. Det skjer lite nysmitte blant injiserende misbrukere i Norge. Totalt var det per slutten av 2009 diagnostisert 4368 hivpositive i Norge (2931 menn og 1437 kvinner). Det er beregnet at det per 2009 er i overkant av 3500 personer som lever med hivinfeksjon i Norge. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at det i Buskerud er ca 150 personer som diagnostisert HIV positive, mens det i Drammen kommune bor ca 75 personer som er HVI smittet. Verdens aidsdag markeres årlig 1. desember.

2.3.2 HIV testing

I Drammen: Fastlegene tar de fleste hiv-testene i kommune. Hos fastlegen kan man få undersøkelse og veiledning vedrørende alle seksuelt overførbare infeksjoner. Ved mistanke om smitte skal undersøkelsen være gratis for den det gjelder. Smittevernkontoret tilbyr også hiv-testing. [Helsestasjon for ungdom](#) tas ikke hiv-tester, men gir informasjon og tar chlamydiatester. De har kunnskap om hvor brukerne kan henvende seg for å bli HIV-testet. I Oslo tilbyr [Olafia](#) klinikken informasjon og testing for alle seksuelt overførbare infeksjoner.

2.3.3 HIV oppfølging. Behandling, samhandling og utfordringer

Behandling: De aller fleste HIV-pasientene i Buskerud følges av spesialister i infeksjonsmedisin ved Drammen sykehus. Smittevernkontoret er i god samhandling med sykehuset med blant annet regulære møter mellom infeksjonsmedisinerne og smittevernlegen. Det er lagt særlig vekt på utvikling og forbedring av smitteoppsporingen. HIV er en av flere såkalte [allmennfarlige smittsomme sykdommer](#). Dette innebærer at hivpositive har noen særskilte [rettigheter](#) og plikter, blant annet rett til behandling.

Posteksponeringsprofylakse(PEP): For hvert tilfelle hvor det kan være aktuelt å tilby PEP må det gjøres en individuell risikovurdering basert på kunnskapen om hva slags eksponering som foreligger og kunnskapen om (eventuell sannsynligheten for) at kilden er hiv-smittet.

Smitteoppsporing: Det er diagnostiserende lege som har ansvar for å gi personlig smittevernveiledning til en person som er smittet av HIV, og det er diagnostiserende lege som har ansvar for smitteoppsporingen. Dersom denne legen trenger bistand til smittevernveiledningen eller smitteoppsporingen, må smittevernlegen kontaktes. Dette gjelder både for primærleger og sykehusleger.

Utfordringer: Det å komme i dialog med grupper som er særlig utsatt for nysmitte av hiv, kan være krevende. Dette arbeidet bør intensiveres. Det er etablert god kontakt mellom Uteteamet, Ungdomshelsetjenesten, Feltsykepleien, Fengselshelsetjenesten, Flyktinghelsetjenesten og Smittevernkontoret. Man bør videreføre det flerfaglige samarbeidet i kommunen, og på sikt bør samarbeidet utvides til å inkludere homofiles interesseorganisasjoner, Kirkens bymisjon, Røde Kors, ulike innvandrergupper og muligens også reisebyråene. Det å leve med hiv i Norge er fortsatt forbundet med mye skam og krenkelser. Behovet for oppdatert kunnskap blant helsepersonell er stort. Smittevernvernarbeidet må utvikles videre. Man må finne nye metoder og andre arbeidsformer for å hindre spredning av HIV.

2.3.4 Hepatitt B og C status

Hepatitt B er en av verdens store pandemier med ca. 1 million dødsfall per år. Man regner med at ca. 40% av verdens befolkning har vært smittet med HBV. Hepatitt B er mest utbredt i Sørøst-Asia, Sør-Amerika, Midtøsten, Øst-Europa og tropisk Afrika.

Hepatitt C-virus infeksjon kan hos 70-80% av de smittede få et kronisk forløp der en del utvikler en kronisk aktiv hepatitt med risiko for levercirrhose og senere hepatocellulært karsinom. Hepatitt C utgjør størstedelen av antall meldte hepatitttilfeller i Norge og forekommer i dag i all hovedsak blant injiserende misbrukere. Verdens helseorganisasjon har estimert at ca. 3% av verdens befolkning er smittet av HCV, dvs. mer enn 170 millioner kroniske bærere. Hepatocellulært karsinom er en av de ti vanligste kreftformene i verden, og man regner med at 80% av disse karsinomene skyldes hepatitt B og C. Den viktigste gruppen for målrettet forebyggende tiltak i Norge i dag er injiserende stoffmisbrukere.

Verdens hepatittdag markeres hvert år 28. juli.

2.3.5 Chlamydia status og testing

Chlamydia er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge, og er antagelig en vanlig årsak til sterilitet og barnløshet. Forekomsten av genital chlamydiainfeksjon var i Drammen noe over landsgjennomsnittet i 2009. Aldersfordelingen var som i landet forøvrig, hyppigst i aldersgruppen 15-30 år. Det var i Buskerud over 1000 påvist genitale chlamydiainfeksjoner i 2009. I Drammen var det 308 og over en tredjedel av disse, var i aldersgruppen 20-24 år. Det er behov for å øke oppmerksomheten om både forekomsten av chlamydia og om forebyggende tiltak. På tross av at kondom beskytter ved riktig bruk, er det undersøkelser som tyder på at nordmenn er dårlige kondombrukere. Det er derfor viktig å jobbe videre med holdningsendring blant unge voksne. Det anbefales testing av personer under 25 år etter hvert partnerskifte samt hos abortsøkere og hos gravide uansett alder. Chlamydia er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs. pasienten skal ikke betale egenandel. Dette gjelder også ved undersøkelse som ledd i smitteoppsporing, men ikke ved rutinemessige undersøkelser. I tillegg dekker folketrygden utgifter til antiinfektive legemidler til behandling og til forebygging hos personer som etter en faglig vurdering antas å være i en særlig fare for å bli smittet i Norge («blåreseptforskriften» § 4 punkt 2).

2.3.6 Smitteoppsporing ved sykdommer som smitter via blod og sex

Det finnes mange eksempler på at smitteoppsporingen rundt enkelt tilfeller av både chlamydia, akutt hepatitt B, akutt hepatitt C, genital chlamydia og HIV har vært mangelfull. Smittevernloven setter krav til at behandlende lege eller kommunelegen gjennomfører smitteoppsporing på en måte som så langt råd ikke virker krenkende på indekspasienten eller dennes kontakter. Det er viktig er å få til et godt samarbeid mellom legen og indekspasienten basert på tillitt og konfidensialitet og en forståelse for nødvendigheten av smitteoppsporing både for indekspasienten og dens kontakter. Arbeidet er tidkrevende. Det er ulike metoder, men hovedpoenget er at den som indeksskase har oppgitt som smittekontakt får følgende informasjon:

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

For utfyllende informasjon, se [Smitteoppsporing](#), [Seksuelt overførbare infeksjoner](#) og [aktuelle nettsider for SOI](#).

2.4. Influensa. Influensapandemiplan

2.4.1 Sesonginfluensa

Sesonginfluensa er en årlig tilbakevendende infeksjonssykdom som rammer svært mange mennesker. Det er en betydelig årsak til akutt sykdom, og mange av utbruddene gir en markant overdødelighet i befolkningen. To typer av viruset, Influensa type A og B, gir årlige utbrudd eller epidemier av varierende styrke hos mennesker. Symptomer er feber, hoste, hodepine, muskelsmerter og nedsatt allmenntilstand. Mageplager er sjeldne, men kan opptre, spesielt hos barn. Sykdommen varer vanligvis syv til ti dager. [Influensaovervåking](#) foregår ved at 201 legekontorer spredt over hele landet ukentlig rapporterer om hvor mange av pasientene som har vært til konsultasjon og som har fått diagnosen «influensaliknende sykdom». Denne diagnosen settes på grunnlag av typiske influensasymptomer og ikke laboratoriediagnostikk. Tallene gir en indikasjon på aktiviteten av influensa i landet fra uke til uke, men angir ikke nøyaktig antall influensasyke til enhver tid. De 201 legepraksisene dekker omtrent 15 % av den totale norske befolkningen.

2.4.2 Pandemisk influensa

Pandemisk influensa er betegnelsen på en influensasykdom som skyldes et helt nytt virus som ingen er immune mot. Dette viruset kan spre seg raskt gjennom hele verden og kan gi mer alvorlig sykdom og større samfunnsmessige konsekvenser. Drammen kommune har en egen [influensapandemiplan](#). Folkehelseinstituttet har en egen side med oppdaterte nyheter, faktainformasjon og råd til helsetjenesten vedrørende [pandemisk influensa](#).

2.5 Vaksinasjon

2.5.1. Nasjonalt barnevaksinasjonsprogram

Dette programmet er felles for hele Norge. [Helsestasjonene og skolehelsetjenesten i Drammen](#) gir tilbud til alle barn i aldersgruppen 0-16 år. Her kan foreldre/foresatte henvende seg for informasjon og veiledning om barns helse, utvikling og trivsel. [Barnevaksinasjonsprogrammet](#) inneholder vaksiner mot ti forskjellige sykdommer. Alle barn skal tilbys vaksinasjon etter programmet. I tillegg skal visse grupper barn tilbys minst 3 doser hepatitt B-vaksine og en dose vaksine mot tuberkulose (BCG). All vaksinasjon er frivillig.

2.5.2 Vaksinasjon ved økt smitterisiko

[Vaksinasjon ved økt smitterisiko](#) kan variere med ytre forhold som livsstil, sykdom i familien, yrkesutøvelse eller ved reiser til steder med annen sykdomsforekomst enn i Norge. Vaksiner er vårt beste verktøy i kampen mot smittsomme sykdommer, men vaksinasjon må ikke føre til at andre smitteforebyggende tiltak får lavere prioritet.

2.5.3 Hepatitt B vaksiner

Hepatitt B-smitte i Norge forekommer spesielt blant injiserende stoffmisbrukere og deres seksualkontakter. Helsetjenesten i Drammen har i mange år jobbet for god vaksinasjons-dekning med tanke på hepatitt B. Ved Smittevernkontoret kan husstandsmedlemmer til kroniske bærere få testet seg for hepatitt B. Helsestasjonene og skolehelsetjenesten sørger for utvalgte barn og ungdommer blir vaksinert. Bærertilstand med HBV er hyppigst hos adoptivbarn og innvandrere fra mellom- og høyendemiske områder. Fastlegene og jordmortjenesten skal fange opp kroniske bærere blant gravide slik at det nyfødte barnet kan få best mulig behandling. **Hepatitt B-vaksine, immunglobulin og refusjon.**

2.5.4 Influensavaksiner

Det er Smittevernkontoret som administrere den årlige distribusjon av influensavaksiner til fastlegene og risikogruppene. Folkehelseinstituttet godkjenner kun en bestilling fra hver kommune, og Smittevernkontoret besørger fellesbestillingen. Alle aktuelle bestillere (fastleger, sykehjem, mm) mottar bestillingsskjema hver vår og må da vurdere neste sesongs vaksinebehov i egen virksomhet. Vaksinene leveres til Smittevernkontoret om høsten og hentes av bestiller. Pneumokokkvaksine kan også bestilles i forbindelse med sesonginfluensavaksine-bestillingen. Den kan forøvrig også bestilles av enkelt-leger via Folkehelseinstituttet eller apotek. De rabatterte influensavaksinene er kun ment for personer i **risikogruppene**. De samme gruppene anbefales vaksine mot pneumokokker (hvert tiende år). Smittevernkontoret har hver høst vaksinasjonsdager uten timebestilling for personer som ønsker influensa- og pneumokokkvaksine. Fastlegene setter ca 80 % av alle vaksinedosene som er bestilt til kommunens risikogrupper.

2.5.5 Pneumokokkvaksiner

Pneumokokkvaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2006 for å hindre alvorlig pneumokokksykdom hos små barn. En tilleggs effekt kan være redusert forekomst av luftveisinfeksjoner forårsaket av pneumokokker. Hos eldre kan **pneumokokkvaksinasjon** bidra til færre tilfeller av alvorlige invasive infeksjoner med pneumokokker. Det kan i tillegg medføre redusert antibiotikabruk.

Det var i 2009 13 tilfeller med systemisk pneumokksykdom i Drammen kommune. Det bør arbeides med å bedre vaksinasjonsdekning hos personer i risikogruppene. Dette gjelder blant annet personer som mangler miltfunksjon.

2.5.6 Vaksinasjon i forbindelse med sårskader

Tiltak ved sårskader: Beste profylakse er god sårvaske og sårrevisjon så tidlig som mulig. Det er avgjørende om såret oppfattes som rent eller forurenset. Rent sår er sår som ikke er synlig forurenset eller er rensset og revidert innen 6 timer etter at skaden inntraff. Forurenset og dødt vev er fjernet. Urent sår er et synlig forurenset sår eller et sår med dødt vev, som ikke er revidert i løpet av de første 6 timene etter at skaden inntraff. I tvilstilfelle, f. eks ved dyp stikkskade eller skade i sterkt forurenset miljø, bør såret vurderes som urent. Ved rene sår er det egentlig ikke nødvendig med beskyttelse mot tetanus, men det er hensiktsmessig å benytte denne anledningen til å oppdatere pasientens vaksinasjonsstatus. Det er bakgrunnen for anbefalte vaksinasjon ved «rent sår». For personer som er grunnvaksinert, anbefales det å gi kombinasjonsvaksiner i form av difteri/stivkrampe/ kikhoste eller difteri/stivkrampe/kikhoste/polio når vaksiner er indisert pga sårskaden. Dersom personen ikke er grunnvaksinert, skal hun ha ren tetanus vaksine (Dette gjelder de fleste kvinner født før 1952).

2.5.7 Vaksinasjon i forbindelse med stikkskader

Tiltak ved stikkhell på sprøyter: Førstehjelp består i å vaske såret eller stikkstedet godt med såpe og vann og deretter desinfisere med spritløsning dersom dette er tilgjengelig. Dersom indekspersonen er kjent, må man forsøke å finne ut hepatitt- og HIV- status til personen.

2.5.8 Vaksinasjon og sykdom

Når det er spørsmål om å gi eller ikke gi en vaksine, må følgende spørsmål vurderes:

- Kan vaksinen være skadelig for pasienten nå?
- Kan vaksinen gi dårligere respons enn ellers?
- Kan en eventuell vaksinebivirkning representere for stor belastning i tillegg til sykdommen?
- Har pasienten ekstra stort behov for den beskyttelsen en vaksine kan gi?
- Kan det være risikabelt å utsette vaksinasjon?
- Kan sykdomsforløpet føre til at vaksinen kommer i vanry fordi svingninger i sykdomsforløpet mistolkes som vaksinebivirkning?

Les mer om **Vaksinasjon og langvarig sykdom.**

2.5.9 Vaksinasjon i forbindelse med reiser

Kommunen har et godt utrustet **reisevaksinasjonskontor**. Vaksinatørene følger nasjonale anbefalinger vedrørende reisevaksinasjon.

2.6 Antibiotikabruk og resistente bakterier

2.6.1 Antibiotikabehandling

Bakterienes motstandsdyktighet mot antibiotika er et alvorlig og økende problem. Primærhelsetjenesten kan påvirke denne utviklingen gjennom fornuftig bruk av antibiotika. Formålet med nasjonale faglige **retningslinjer for antibiotikabruk** er å gi råd om god antibiotikabehandling av infeksjoner, samt å holde totalforbruket av antibiotika i Norge nede og andelen av smalspektrede antibiotika høyest mulig. Dette vil bidra til å opprettholde den relativt gunstige situasjonen i Norge med hensyn til antibiotikaresistens.

2.6.2 Resistente bakterier - MRSA

Ved ethvert nytt tilfelle av MRSA skal smittevernlegen undersøke hva som er gjort av tiltak av behandlende lege. Det skal tas kontakt med legen som har meldt tilfellet hvis det er den minste tvil om personen har fått nødvendig smittevernveiledning. Det skal også tas kontakt dersom det er behov for sanering. Dette bør koordineres av smittevernlegen. Drammen kommune har interne prosedyrer (i EQS) for håndtering av MRSA i PLO og i jordmor-tjenesten. Les mer om **MRSA**.

2.7 Vannhygiene

2.7.1 Innledning

Med vannhygiene menes læren om alle forhold ved vann som har betydning for å fremme helse og motvirke sykdom hos mennesker. Vannhygiene dekker både kvaliteten på vann, tilgjengeligheten til vann og sikkerheten for å kunne opprettholde riktig kvalitet og tilgjengelighet.

2.7.2 Drikkevann i Drammen

2.7.3 Smittespredning gjennom drikkevann

2.7.4 Tiltak ved vannbårne utbrudd

2.7.5 Smittespredning gjennom badevann

2.8 Utbrudd av smittsomme sykdommer

2.8.1 Definisjon

- flere tilfeller enn forventet av en bestemt sykdom innenfor et område i et gitt tidsrom
- to eller flere tilfeller av samme sykdom med antatt felles kilde

2.8.2 Varsling

2.8.3 Ansvar ved oppklaring av utbrudd.

Ved lokale utbrudd av smittsom sykdom blant innbyggerne i en kommune, har kommunelegen ifølge smittevernloven (§ 7-2) ansvaret for å lede og organisere den delen av oppklaringsarbeidet som foregår innen befolkningen, samt utarbeide beredskapsplaner for dette arbeidet. Kommunelegen har ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak rettet direkte mot befolkningen. Effektiv etterforskning av utbrudd krever imidlertid tett tverrfaglig samarbeid lokalt og sentralt mellom helsevesenet, Mattilsynet og iblant også andre etater. Ved lokale sykdomsutbrudd skal Folkehelseinstituttet i henhold til smittevernlovens § 7-9 gi bistand, råd, veiledning og informasjon ved oppklaring og håndtering av utbruddet, dersom kommunelegen ønsker det. Ved nasjonale utbrudd der flere kommuner er rammet, har Folkehelseinstituttet ansvaret for å drive og koordinere det faglige oppklaringsarbeidet innen befolkningen.

2.8.4 Praktisk håndtering

Den som har varslet om et utbrudd, blir enig med kommuneoverlegen/smittevernlegen om det er behov for bistand og på hvilket nivå. Ved et utbrudd av f.eks. norovirus i et sykehjem, vil sykehjemslegen etter avtale, selv kunne sørge for igangsettelsen av nødvendige tiltak. Det skal være rutiner for hvorledes man håndterer et slikt utbrudd.

Dersom det handler om utbrudd av eksempel meningokokksykdom, kan det være aktuelt å innkalle til møte i kommunens smittevernråd. Smittevernrådet er beskrevet under kapittel 4.2.

Utbrudd a-å beskriver fakta rundt de største nasjonale utbruddene de siste årene.

2.8.5 Oppklaring av utbrudd

Oppklaring av utbrudd av smittsom sykdom er et viktig bidrag til forebyggende helsearbeid. Hensikten er å stanse det aktuelle utbruddet og samtidig legge grunnlaget for å forebygge sykdom i fremtiden ved å avsløre og korrigere de forhold som forårsaket utbruddet. **Utbruddshåndboka** beskriver de faglige metodene ved oppklaring av sykdomsutbrudd hvor næringsmidler (mat- og drikkevarer, inkludert drikkevann) eller dyr er den mest sannsynlige smitekilden.

2.8.6 Mage-tarm infeksjoner

Enkelte pasienter med tarminfeksjoner kan pga arbeidssituasjon eller oppholdssted utgjøre en økt risiko for videre smittespredning. Det er derfor utarbeidet spesifikke faglige råd om oppfølging og kontroll av enteropatogene agens. Personer som kan representere en risiko for videre spredning kan hensiktsmessig plasseres i fire smittefaregrupper (tab 1).

Tabell 1. Smittefaregrupper ved oppfølging av tarminfeksjoner

Gruppe 1: Personer i næringsmiddelvirksomhet (inkl. serveringssteder, herunder matservering i barnehager) som kommer i direkte eller indirekte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming

Gruppe 2: Helsepersonell som har direkte kontakt (inkl. servering av mat) med pasienter som er særlig utsatt for infeksjonssykdommer eller for hvem infeksjoner vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser f.eks. premature barn, pasienter ved intensivavdeling o.l.

Gruppe 3: Barn i førskolealder som er i institusjoner (inkl. barnehager).

Gruppe 4: Personer som av ulike grunner vil ha problemer med å kunne ivareta en tilfredsstillende personlig hygiene.

Så lenge pasienten har diaré er spredningspotensialet for smittestoffet stort. Slike pasienter bør derfor uavhengig av hvilket smittestoff som foreligger vanligvis holdes borte fra arbeidsplasser, barnehager o.a. hvor det foreligger en reell risiko for spredning. For enkelte kan restriksjonene oppheves allerede to døgn etter symptomfrihet, avhengig av alvorlighetsgrad og smittsomhet. Kravene til hva "symptomfrihet" i realiteten innebærer, må vurderes i det enkelte tilfelle. For detaljer vedrørende ulike agens, se **Kontroll og oppfølging**.

2.8.7 Samarbeidsavtale med Mattilsynet

For å sikre effektiv varslings-, informasjonsflyt og samarbeid mellom Mattilsynets distriktskontorer og kommuneoverlegen har Mattilsynet og Folkehelseinstituttet på overordnet nivå utarbeidet retningslinjer for samarbeidet. Disse retningslinjene er implementert i en formell avtale mellom **kommuneoverlegen i Drammen** og **Mattilsynet lokalt**.

3.1 Eldre

3.1.1 Hjemmebaserte tjenester, smitteverntiltak i hjemmet

Ledelsen har ansvar for å sørge for at det finnes dokumenter tilgjengelig som beskriver vanlige standardtiltak som brukes overfor alle pasienter. De viktigste tiltakene er:

- håndhygiene og hanskebruk
- arbeidsklær og vask av disse
- renhold og desinfeksjon av utstyr
- avfallshåndtering
- I tillegg skal det foreligge prosedyre som beskriver kontaktsmitte- og nærdråpesmitte-regime:
- beskyttelsesutstyr og bruken av dette
- håndtering av smittetøy
- håndtering av smitteavfall
- rengjøring og desinfeksjon av utstyr som tas med ut av hjemmet

Det er også ledelsens ansvar at prosedyrene er gjort kjent for de ansatte og at de anvendes.

3.1.2 Institusjon

I Drammen kommune har man siden 2003 hatt en felles mal for **infeksjonskontrollprogram** i de kommunale institusjonene. Programmet har fått svært ulik lokal implementering. Gjennomføring av praktisk opplæring, holdingsarbeid og tilretteleggelse av rutiner er den enkelte institusjons ansvar. Dersom smittevernet skal bli bedre, er det avgjørende at programmet har forankring hos ledelsen.

3.1.3 Eldre reisende

Hverken høy alder eller redusert funksjonsevne behøver å være til hinder for spennende utenlandsreiser. Det er viktig å være bevisst de kroppslige (og psykiske) forandringene som, i varierende grad, melder seg fra 60-70-årsalderen. For eldre reisende betyr dette først og fremst at kroppens evne til å tilpasse seg nye og ukjente miljøer avtar, og at den fysiske og mentale kapasiteten man tidligere kunne mobilisere ved uforutsette og stressende belastninger er dårligere. **Vaksinasjonsklinikken - Eldre på reise**

3.2 Barn og ungdom / Skoler og barnehager

3.2.1 Barn

Barnehagebarn er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn. Forkjølelse, halsbetennelse og ørebetennelse er nesten dobbelt så vanlige hos yngre barnehagebarn sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Mage-tarm infeksjoner er opp til tre ganger så vanlig hos barnehagebarn. I tillegg forekommer det stadig mindre utbrudd i barnehager av bl.a. **hodelus, brennkopper** og ulike utslettsykdommer. Folkehelseinstituttet har uarbeidet **anbefalinger om når syke barnehagebarn bør holdes hjemme**.

Smittespredning i barnehager skjer hovedsakelig gjennom direkte eller indirekte kontaktsmitte og antagelig i mindre grad gjennom dråpesmitte. En viss smittespredning synes uunngåelig p.g.a. barns generelle atferd. Spredning av smitt-somme sykdommer fore-bygges best ved å ha gode generelle hygienerutiner. Barn og ansatte i barnehagen bør gjennomføre håndhygiene før de spiser og lager mat og etter toalettbesøk. Ansatte gjennomfører i tillegg håndhygiene etter bleieskift og stell, og etter tørking av snørr og andre sekreter. For mer info, se **Barnehager og smittevern**.

3.2.2 Ungdom

Chlamydia er i dag den mest vanlige seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge, og den er hyppigst forekommende i aldersgruppen 15-30 år. **Helsestasjon for ungdom** og fastlegene gir helsetilbud til ungdom. **Uteteamet** er også et lavterskeltilbud til byens ungdommer. De tilbyr samtaler, oppfølging i forhold til andre deler av hjelpeapparatet, rådgivning, praktisk hjelp samt holdningsskapende diskusjoner i et sosialt fellesskap med deltakende voksne.

3.2.3 Meningokokksykdom

Små barn og ungdom er mest utsatt. Alle aldersgrupper kan få meningokokksykdom, men barn opp til fem år og ungdom mellom 13 og 21år blir oftest rammet. Nesten hvert år får noen russ i Norge smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokkinfeksjon). En kombinasjon av tett samvær med andre, festing og lite søvn gjør at meningokokkbakterien lettere kan spre seg og gi sykdom. Ved melding om hjernehinnebetennelse er det viktig å sørge for å bekrefte bekreft diagnosen og undersøke om det er kjent hvilken serogruppe det er snakk om . Man må vurdere om det er nødvendige smitteverntiltak i nærmiljø (informasjon, forebyggende antibiotika, vaksinasjon). I tillegg må man vurdere behovet for informasjon til legevakt, fastleger / andre instanser, vurdere pressemelding. Ifølge smittevernloven § 4-1 kan kommunestyret (og i hastesaker kommunelegen) vedta møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanerung. Ifølge smittevernloven § 3-8 kan departementet i forskrift bestemme at personer som ikke er vaksinert må ta nødvendige forholdsregler etter kommunelegens nærmere bestemmelse.

Informasjonshefter: [Systemisk meningokokksykdom](#) og [Ungdom og russetid](#).

3.3 Asylsøkere, flyktninger, innvandrere

3.3.1 Flyktninghelsetjenesten

[Flyktninghelsetjenesten](#) skal bidra til at flyktninger og asylsøkere i Drammen får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp frem til kontakt med fastlege er etablert.

3.3.2 Drammen mottak

Drammen mottak er et desentraliser asylmottak. Smittevernkontoret samarbeider med mottaket om å sikre at alle som bor der har vært til pliktig tuberkuloseundersøkelse.

3.3.3 Legens "huskeliste"

Hvilke [undersøkelser](#) for smittsomme sykdommer som bør foretas, må baseres på en konkret risikovurdering som omfatter bl.a. det enkelte hjemlands epidemiologiske infeksjonsstatus, hvor – og under hvilke forhold - vedkommende har oppholdt seg underveis til Norge, og hvor lang tid som har gått siden han/hun kom til Norge. Les mer i [Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente](#).

3.4 Illegale innvandrere

3.4.1. Tuberkuloseundersøkelse av personer uten lovlig opphold

3.4.2. Kirkens bymisjons helsetilbud

3.5 Rusmisbrukere

3.5.1 Feltsykepleien

[Feltsykepleien](#) representerer et lavterskel helsetilbud til rusmiddelmissbrukere over 18 år. De tilbyr ulike skade-reducerende tiltak. Det gis informasjon, veiledning, testing av hepatitt B og C samt HIV og tilbud om vaksinasjon mot hepatitt A og B. Feltsykepleien har en sprøytebytteordning. Tilgang på rent brukerstyr og informasjon om smitte måte er viktige forebyggende tiltak.

3.5.2 Fengselhelsetjenesten

[Fengselhelsetjenesten](#) skal sørge for forsvarlig helsetjeneste for de innsatte i Drammen fengsel. Fengselet har en stor andel varetektsinnsatte og har plasser for både menn og kvinner. Ved innsettelsen skal fengselhelsetjenesten vurdere om det foreligger medisinsk mistanke om tuberkulose, og om vedkommende dermed omfattes av pliktig tuberkuloseundersøkelse. Rusmisbrukere som er innsatt i Drammen fengsel, får tilbud om hepatitt B og C testing og evt. tilbud om vaksinasjon.

For mer informasjon, se [Tuberkulosekontroll](#) og [Retningslinjer for hygiene og smittevern i kriminalomsorgen](#).

3.5.3 Fastlegen og rusmisbrukere

Tiltak for å redusere skadelige konsekvenser av injiserende stoffmisbruk har i Norge vært et viktig virkemiddel for å bekjempe smittsomme sykdommer blant misbrukere. De viktigste tiltakene er å sikre rene sprøyter og brukerstyr og tilgang til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Injiserende misbrukere er gjennom sin atferd mer

utsatt for en rekke infeksjonssykdommer Hudinfeksjoner og abscesser er vanlig hos misbrukere. I enkelte tilfeller kan disse utvikle seg til et alvorlig septisk/toksisk bilde. Bakteriell endokarditt er en velkjent følge av injeksjon. I mange europeiske land forekommer også tuberkulose og seksuelt overførbare sykdommer hyppigere hos misbrukere enn hos befolkningen generelt. **Injiserende stoffmisbrukere og smittevern.**

3.6 Menn som har sex med menn

3.6.1 Fastlegens «huskeliste»

Menn som har sex med menn (MSM) bør jevnlig tilbys undersøkelse for å avdekke seksuelt overførbare infeksjoner. Seksuelt aktive MSM bør sjekke seg årlig. Menn med flere partnere bør la seg undersøke oftere. En slik rutineundersøkelse bør omfatte somatisk undersøkelse med laboratorieprøver. I tillegg bør konsultasjonen omfatte evt. vaksinasjon og forebyggende rådgiving. Les mer: **MSM og smittevern.**

3.7 Gravide

3.7.1 Gravide og kontroll av smittsomme sykdommer.

Både fastlegene og jordmortjenesten har sentrale roller i oppfølgingen av de gravide. I forbindelse med svangerskapet blir det tatt flere blodprøver. Det må tas stilling til hvilke smittsomme agens den gravide kan ha vært utsatt for. Jordmødre og leger bør tilby gravide serologisk testing for hepatitt B-virus dersom kvinnen selv, hennes tidligere eller nåværende seksualpartner er: født eller oppvokst i mellom- eller høyendemisk område, er tidligere eller nåværende sprøytemisbruker, har fått blodoverføring i utlandet, har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller biseksuell mann, har vært utsatt for yrkesmessig eksponering eller har hatt hepatitt B. Det er spesielt viktig å huske på å tilby test til gravide kvinner som kom til Norge for mange år siden som adoptivbarn eller innvandrere fra land med høy hepatitt B-forekomst. Det er i tillegg viktig å vurdere om den gravide fyller kriteriene for forhåndsundersøkelse for MRSA før innleggelse på fødeavdelingen. Les mer under **Innvandrere og smittevern.**

3.7.2 Gravide og antibiotika

Når gravide og ammende bruker antibiotika må en ta hensyn til fosterets og diebarnets sikkerhet. Utfordringen ligger i å gi kvinnen et adekvat antibiotikum som samtidig ikke er skadelig for fosteret eller diebarnet. Noen infeksjoner utgjør en større risiko for det ufødte barnet enn antibiotikabehandlingen.

3.7.3 Reisende gravide og smittevern

Gravide utsetter seg for en viss risiko ved å reise utenlands, særlig til tropiske strøk og ved reiser under primitive forhold. En gravid utsetter seg for en særlig risiko ved å reise til malariaområder. Falciparum-malaria hos gravide kan resultere i prematur fødsel eller abort. Gravide bør derfor frarådes å reise til malariastrøk hvis det ikke er helt nødvendig.

3.8 Reisende

3.8.1 Utenlandsreiser og smittevern

Rådgiving før utenlandsreise har tradisjonelt handlet om faren for å pådra seg smittsomme sykdommer. Imidlertid er risikoen for ulykker og skader – særlig under påvirkning av alkohol – vanligvis større enn risikoen for å pådra seg en alvorlig smittsom sykdom. Sett i sammenheng med den høye reiseaktiviteten smittes nordmenn forholdsvis sjeldent med en alvorlig smittsom sykdom på utenlandsreise. Det er også sjeldent at slike importerte sykdommer fører til utbrudd eller sekundært tilfeller etter ankomst til Norge. For reiseråd, se Smittevernkontorets **«Viktig å vite før du reiser».**

3.8.2 Forebygging av malaria hos reisende

Malaria er en febersykdom som forårsakes av Plasmodium-parasitten som smitter mennesker gjennom myggstikk og invaderer røde blodlegemer. Malaria kan være dødelig etter få dagers febersykdom. I Europa kommer ca. 10 000 reisende hvert år hjem med malaria og om lag 1 % av dem dør av sykdommen. Dette er dødsfall som kunne vært unngått med god informasjon og malariaforebygging. Helsepersonell som jobber med reisemedisin må informere den reisende om de potensielle konsekvensene av å la være å bruke myggbeskyttelse og medikamentell malariaproylaks.



4.1. Planverk

Beredskapsplanen er overordnet plan for all beredskap i Drammen kommune. **Plan 2009 Helsemessig og sosial beredskap** har som mål å forberede organisasjonen på å yte nødvendige helse- og sosial-tjenester ved kriser og i ekstraordinære situasjoner hvor normalressurser ikke er tilstrekkelig. beskriver Smittevernplanen er en fagplan under denne. Helse- og sosialdirektøren har det overordnede ansvaret for den helsemessige og sosiale beredskapen. Alle som har et definert lederansvar i Drammen kommune, har ansvaret for sin avdeling i en beredskapssituasjon og for beredskapsarbeidet i sin avdeling. Dette innebærer blant annet at alle enheter må ha en oppdatert oversikt over ansatte og varslingsplan.

4.2 Alvorlig utbrudd

Starten på en beredskapssituasjon vil oftest være at kommuneoverlegen/smittevernlegen får beskjed om mistenkt eller sikkert sykdomsutbrudd i kommunen eller landet forøvrig. Disse må verifisere at det foreligger et utbrudd, varsle berørte instanser og etablere samarbeid med nødvendige instanser. Det må innhentes opplysninger fra diagnostiserende lege eller annet helsepersonell som innehar nødvendig detaljer. Smittevernlegen konsultere eventuelt spesialisthelsetjenesten eller "Smittevernvakten" ved Folkehelseinstituttet. Se også i denne smittevernplanens kap. 2. Ved truende/etablert epidemi, trer smittevernrådet i funksjon.

4.3 Kommuneoverlegen

Kommuneoverlegen skal etter smittevernloven ha løpende oversikt over utbredelsen av epidemisk sykdom i kommunen og har ansvar for:

- Mobilisering av smittevernråd/beredskapsledelse
- Kontaktpunkt overfor helsefaglige instanser: Fylkesmannen, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.
- Formidling av informasjon til operative ledd i helsetjenesten
- Samarbeid med kommunens informasjonstjeneste iht generell beredskapsplan
- Kontakt/samarbeid med nabokommuner, legevaktstjenesten og sykehuset.

4.4 Smittevernrådet

Smittevernrådet ledes av kommunelegen/smittevernlegen, og består i tillegg av helsesjef og beredskapsleder, ev. supplert med virksomhetsledere for pleie- og omsorgstjenestene og leder for legevakten. Smittevernrådet skal gjennomgå beredskapsplanen ut fra aktuelle situasjon og ta ansvaret for løpende samarbeid med smittevernledelsen ved Drammen sykehus med særlig henblikk på:

- Drøfting av aktuelle medisinske / smittevernrelaterte tiltak
- Koordinering av informasjon til publikum, media og helsetjenesten
- Ta ansvaret for løpende samarbeid med Legevakta
- Smittevernrådet skal ved behov drøfte faglige problemstillinger med statlige instanser som Mattilsynet og Folkehelseinstituttet. I tillegg skal Smittevernrådet
- Rådgi linjeledelse og kriseledelse om tiltak, av eget initiativ og på bestilling
- Gi vurderinger av medisinske og hygieniske forhold med innvirkning i kommunen
- Kunne vurdere smittesituasjonen opp mot driftsmessige konsekvenser i kommunen og gi råd om tiltak.



www.drammen.kommune.no