

Styrket smittevern i kommunene



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 5/2003
Styrket smittevern i kommunene. Sluttrapport fra prosjektet
Februar 2003

Dette dokumentet ble opprinnelig sendt som brev fra Statens helsetilsyn til
Helsedepartementet, dato 25. februar 2003, vår ref. 2002/108 II MST, underskriver
avdelingsdirektør Anne Wyller Shetelig e.f. , parafist seniorrådgiver Merete Steen.
Kopiadressater var Folkehelseinstituttet, Sosial- og helsedirektoratet,
Sosialdepartementet og Helsetilsynet i fylkene.

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare
på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Sammenheng	5
1.1 Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten.....	5
1.2 Kompetanseheving for smittevernansvarlige leger og annet personell som er involvert i smittevernarbeid	5
1.3 Tilsyn med kommunalt smittevern.	6
2 Om prosjektet "Styrking av smittevernet i kommunene"	7
2.1 Bakgrunnen for prosjektet	7
2.2 Prosjektets hovedområder	7
2.3 Organisering og økonomi. Samarbeid med Folkehelseinstituttet	8
3 Hovedområde I: Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten	9
3.1 Utarbeiding av rundskriv om kommunenes plikter og oppgaver	9
3.2 Smittevernplaner i alle kommuner	9
3.3 Revidering av mal for kommunal smittevernplan.....	10
3.3.1 Premisser for revideringsarbeidet. Utforming som sjekklister	11
3.3.3 Internettadresse.....	11
3.4 Oppsummering vedrørende resultatmål knyttet til myndighetskrav	12
4 Hovedområde II: Kompetanseheving hos smittevernansvarlige leger og annet helsepersonell som er involvert i smittevernarbeid	13
4.1 Smitteverndagene 2001	13
4.2 Kompetanseutvikling på internett	13
4.3 Smittevernhåndbok	14
4.4 Smittevernforum	14
4.5 Fylkesvise smittevernkonferanser	14
4.5.1 Reiserute	14
4.5.2 Faglig program - beg runnelser for temavalg	15
4.5.3 Invitasjoner, påmelding, lokaler og økonomi.....	16
4.5.4 Kursgodkjenning	16
4.5.5 Innledere og pedagogisk tilrettelegging	16
4.5.6 Deltakelse / oppslutning.....	17
4.5.7 Evaluering	17
4.5.8 Formelle rammer, organisering og ressurser i lokalt smittevernarbeid	17
4.5.9 Epidemiologisk situasjon. Utfordringer og faglig støtte i smittevernarbeidet ..	18
4.5.10 Smittevernplan: skrive, bruke, revidere. Internett som ressurs.....	18
4.5.11 Tuberkulosekontroll og ny forskrift.	19
4.5.12 Infeksjonskontroll i kommunale helseinstitusjoner	20
4.5.13 Samarbeid med Næringsmiddeltilsynet	20
4.5.14 Bioterrorisme.....	20
4.5.15 Rapporter fra de enkelte fylkeskonferansene	20
4.5.16 Oppfølgingsmøter i Helsetilsynet	20

4.5.17	Bruk av erfaringene inn i andre smittevernsaker i Helsetilsynet.....	21
4.5.18	Formidling på eksterne møter og kurs	21
4.6	Oppsummering av resultatmål knyttet til kompetanseheving	21
4.6.1	Oppsummering av smittevernkonferansene - arrangementsmessige aspekter .	22
4.6.2	Oppsummering av smittevernkonferansene - smittevernfaglige aspekter.....	22
5	Tilsyn med smittevern i kommunene	23
6	Oppsummering av prosjektet	24
Vedlegg 1		
	Brev fra Helsetilsynet til SHD av 18. mai 2000	29
Vedlegg 2		
	Brev fra Helsetilsynet til SHD av 7. desember 2000	32
Vedlegg 3		
	Brev fra Helsetilsynet til SHD av 27. september 2001	35
Vedlegg 4		
	Helsetilsynets rundskriv Smittevern i kommunene. Kommunenes plikter og oppgaver (IK-4/2001).....	38
Vedlegg 5		
	Brev fra Helsetilsynet til Folkehelseinstituttet av 7. januar 2003	42
Vedlegg 6		
	Sjekkliste (mal) for smittevernplan	44
Vedlegg 7		
	Brev fra Helsetilsynet til Helsedepartementet av 19. april 2002	50

1 Sammendrag

Bakgrunnen for å styrke smittevernet i kommunene i form av et eget prosjekt ble beskrevet i Helsetilsynets brev til Sosial og helsedepartementet av 18. mai 2000, og resultatmål og ressurser ble beskrevet i brev av 7. desember 2000 (vedlegg 1-2). Departementet mottok statusrapport for første periode av prosjektet i Helsetilsynets brev av 27. september 2001 (vedlegg 3). Nedenfor beskriver status for prosjektets hovedområder ved prosjektavslutning. I rapportens kap. 6 gis en samlet oppsummering av prosjektet

1.1 Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten

Rundskriv om Smittevern i kommunene. Kommunenes plikter og oppgaver (IK-4/2001) ble sendt ut 17. april 2001. Dette ble også rapportert i brev av 27. sept 2001 (jf. vedlegg 3 og 4).

Smittevernplaner i alle kommuner innen utgangen av 2002. I 1999 hadde bare 45 % av landets kommuner smittevernplaner (jf. vedlegg 1). Dette lave tallet var en viktig grunn til at smittevernprosjektet ble startet. Omlag $\frac{3}{4}$ av landets kommuner hadde smittevernplaner utfra fylkeslegenes oversikter høsten 2001/våren 2002. I rapporten presenteres en fylkesvis oversikt over andelen kommuner med smittevernplaner. Kun tre av 19 fylkeskommuner hadde smittevernplaner høsten 2001. Ingen av de regionale helseforetakene hadde en slik plan våren 2002.

Revidert mal for kommunale smittevernplaner. En revidert mal/sjekkliste for kommunale smittevernplaner er utarbeidet. Den ble presentert og utdelt på smittevernkonferansene høsten 2001/våren 2002 og var fra juni 2002 tilgjengelig på Helsetilsynets nett-

sider. Ved prosjektets avslutning er den etter avtale med Sosial- og helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet inntil videre lagt ut på Folkehelseinstituttet hjemmesider: <http://www.fhi.no/filer/pdf/smitteverneksempel.pdf>. Sjekklisten følger også som vedlegg til rapporten (vedlegg 6).

Resultatmålene i forhold til å fokusere på myndighetskrav innen smittevernet og å revidere mal for smittevernplan mener vi er nådd. Siden 1999 er det skjedd en økning i andelen kommuner med smittevernplaner, men resultatmålet er ikke nådd når det gjelder smittevernplaner i alle kommuner i løpet av 2002. Helsetilsynet kommer til å følge opp den mangelfulle oppfyllelse av plankrav på smittevernfeltet ved ulike former for tilsynsaktiviteter i 2003.

1.2 Kompetanseheving for smittevernansvarlige leger og annet personell som er involvert i smittevernarbeid

Helsetilsynet og Folkehelseinstituttet har samarbeidet om denne delen av prosjektet. Arbeidsfordeling fremgår av rapportens omtale av de enkelte resultatmålene.

Smitteverndagene 2001 ved Folkehelse ble arrangert som del av prosjektet. Smitteverndagene ble også arrangert våren 2002, da i regi av Folkehelseinstituttet. Helsetilsynet deltok i kurskomiteen. Kursene har fått god evaluering av deltakerne, og Folkehelseinstituttet ønsker å videreføre slike årlige arrangementer for kommuneleger med smittevernansvar.

Kompetanseutvikling på Internett. Folkehelseinstituttet har i prosjektperioden videreutviklet sin nettbaserte informasjon og åpnet

i desember 2002 temaportalen ”Smittsomme sykdommer” <http://www.fhi.no/tema/smittevern/index.html>. Det vurderes som avgjørende viktig at personell med ansvar for smittevern i kommunen har tilgang til nettbasert informasjon, både i forbindelse med akutte smittevernsaker og i det ordinære smittevernarbeidet. Mange smittevernleger og helsesøstre mangler fortsatt internett-tilgang på sin arbeidsplass.

Smittevernforum. I prosjektbeskrivelsen ble det anbefalt at et smittevernforum burde utgå fra og drives av smittevernansvarlige leger. Et slikt forum er foreløpig ikke etablert. I rapporten omtales nærmere de initiativ som er tatt i denne saken.

Smittevernhåndbok. En ny utgave av Smittevernhåndboka ble gitt ut av Folkehelseinstituttet i desember 2001 og distribuert bl.a. til alle landets kommuneleger med ansvar for smittevern og til alle ledende helsesøstre. Fra oktober 2002 har Smittevernhåndboka også vært tilgjengelig på Internett.

Fylkesvise smittevernkonferanser høsten 2001/våren 2002. Målgrupper for disse konferansene var kommuneleger med smittevernansvar, helsesøstre og andre som arbeider med lokalt smittevern. Representanter for spesialisthelsetjenesten og næringsmiddelkontrollen var også invitert. Konferansene ble arrangert av Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet i samarbeid med landets fylkesleger. Programmet fokuserte på formelle og organisatoriske rammer for lokalt smittevern, faglige og epidemiologiske utfordringer og samarbeid mellom ulike aktører knyttet til praktisk smittevernarbeid. Til sammen hadde konferansene ca. 1370 deltagere, og 90 % av landets kommuner var representert. Konferansene vurderes som meget vellykkede, med stor oppslutning og gode tilbakemeldinger fra deltakerne. Arrangørene fikk viktig kunnskap om utfordringer knyttet til lokalt smittevernarbeid. Smittevernkonferansene har ressursmessig utgjort den største delen av smittevernprosjektet og gis en bred omtale i rapporten, både når det gjelder arrangementsmessige aspekter, innspill vi fikk underveis og ulike former for oppfølgingsaktiviteter etter konferansene.

Samlet sett mener vi de oppsatte resultatmålene for dette hovedområdet er nådd, bortsett fra å få etablert et smittevernforum.

1.3 Tilsyn med kommunalt smittevern

I Helsetilsynets brev om smittevernprosjektet av 18. mai 2000 ble det fremholdt at man etter en periode med tiltak rettet mot kommunene burde overveie å gjennomføre felles tilsyn i kommunene i 2002 eller 2003 for å påse at kommunene i større utstrekning enn tidligere gjennomfører de krav som helsemyndighetene stiller i samsvar med smittevernlovgivningen. Helsetilsynet kommer til å følge opp den mangelfulle oppfyllelse av plankrav på smittevernfeltet ved ulike former for tilsynsaktiviteter i 2003. Som følge av den kunnskap vi har fått gjennom smittevernkonferansene vil Helsetilsynet i 2003 fokusere på status for smittevernplaner i kommunene, herunder tuberkulosekontrollprogram, infeksjonskontrollprogram i sykehjem og beredskap i smittevernlagefunksjonen. Også i forhold til regionale helseforetak vil det bli fokusert på status for smittevernplaner, inkludert tuberkulosekontrollprogram, og om det er utnevnt lege til å fatte tvangsvedtak i smittevernsaker.

2 Om prosjektet ”Styrking av smittevernet i kommunene”

2.1 Bakgrunnen for prosjektet

Prosjektet ”Styrking av smittevernet i kommunene” ble iverksatt på bakgrunn av erfaring fra etatens tilsynsvirksomhet, vår forvaltning av smittevernloven og vurdering av de utfordringene kommunene stilles overfor knyttet til den nåværende smittesituasjon og fremtidige endringer av denne. Helsetilsynet redegjorde for bakgrunn og begrunnelse for å styrke smittevernet i kommunene i form av et eget prosjekt i brev av 18. mai 2000 til Sosial- og Helsedepartementet (vedlegg 1). Resultatmål og ressurser for prosjektet ble beskrevet i brev til departementet av 7. desember 2000 (vedlegg 2). I brev til av 27. september 2001 rapporterte Helsetilsynet om status for prosjektet og beskrev videreføring i 2002 (vedlegg 3).

Erfaringer fra tilsyn med smittevern i sykehusene i 1999 viste at det ved mange sykehus ikke var utarbeidet infeksjonskontrollprogram som er pålagt helseinstitusjoner i forskrift, og Helsetilsynet hadde dokumentasjon som indikerte at tilstanden ikke var bedre i kommunale helseinstitusjoner. Fylkeslegenes kartlegging i 1999 av status når det gjaldt kommunale smittevernplaner hadde vist at bare 195 av 435 kommuner hadde ferdig plan.

Da smittevernloven trådte i kraft 1. januar 1995, ble det fra sentralt hold lagt stor vekt på å styrke smittevernet i kommunene, bl.a. gjennom utarbeidelse av retningslinjer og fylkesvise møter med representanter for kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet pekte i prosjektbeskrivelsen av 18. mai 2000 på ulike forhold som kunne ha medvirket til at smittevernet i kommunene i de senere år har blitt svekket, - bl. a. at smittsomme sykdommer ikke oppleves som så viktig i forhold til

mange andre helseproblemer og at smittevernet av den grunn ikke blir prioritert i forhold til andre oppgaver i kommunene. Sviktende rekruttering til kommunelegestillinger og sviktende kunnskaper og erfaring om smittevernarbeid blant helsepersonell ble også nevnt som mulige årsaker.

Nye utfordringer på smittevernområdet ble også trukket fram som viktige grunner til å styrke det lokale smittevernarbeidet: Økende og ikke som tidligere forventet nedgang i forekomst av seksuelt overførte infeksjoner, overføring av hiv/aids-forebyggende arbeid til lokal helsetjeneste, revisjon av tuberkuloseforskriften med nye krav til kommunenes planarbeid, økt antall flyktninger og asylsøkere, økt reisevirksomhet til eksotiske reisemål.

2.2 Prosjektets hovedområder

I Helsetilsynets brev til Sosial- og helsedepartementet av 7. desember 2000 skisseres tre hovedområder for arbeidet med å styrke smittevernet i kommunene:

- I. Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten
- II. Kompetanseheving hos smittevernansvarlige leger og annet helsepersonell som er involvert i smittevernarbeid
- III. Forberede og gjennomføre evt. tilsyn med smittevernarbeidet i kommunene

Til de to første hovedområdene er ført opp resultatmål i prosjektbeskrivelsen, og rapporten presenterer og diskuteres arbeidet som er gjennomført i forhold til hvert av resultatmålene for disse to hovedområdene (kap 3 og

4). Hovedområde III faller inn under Helse-tilsynets ordinære arbeid som tilsynsorgan og er ikke ført opp resultatmål i prosjektbeskrivelsen. Erfaringene vi har fått gjennom prosjektet utgjør en viktig del av grunnlaget for det videre arbeidet med å forberede og gjennomføre tilsyn med smittevernarbeidet i kommunene, og dette blir nærmere omtalt i kap 5. I kap.6 oppsummeres de ulike delene av prosjektet.

2.3 Organisering og økonomi. Samarbeid med Folkehelseinstituttet

Ved planleggingen og under første del av prosjektet var Helsetilsynet fortsatt forvalter av smittevernloven i tillegg å være til overordnet tilsynsorgan. Etatens ansvar er i prosjektbeskrivelsen beskrevet som å "...være pådriver og presisere de krav som stilles til kommunene, samt legge forholdene best mulig til rette for at tiltakene kan gjennomføres..." Det ble det utfra en helhetsvurdering besluttet at smittevernprosjektet etter omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen skulle fullføres i Helsetilsynet, selv om forvaltningen av smittevernloven ble overført til det nyopprettede Sosial- og helsedirektoratet, og Helsetilsynet fikk en mer rendyrket tilsynsfunksjon

Midler til prosjektet er blitt stilt til disposisjon på kap. 719 i 2001 og 2002. Midlene er i hovedsak brukt til å lønne prosjektleder og til å gjennomføre smittevernkonferanser. Prosjektleder ble ansatt i 80 % stilling fra 1. mai 2001 og har vært ansatt ut 2002. Utgifter til smittevernkonferansene inkluderte reiseutgifter for kursansvarlige og forelesere, lokalleie, bevertning og kursmateriell og utgjorde i 2001 kr. 456.800 og i 2002 kr. 385 000. I 2001 ble også "Smitteverndagene" på Folkehelseinstituttet dekket av prosjektmidlene, jf. punkt 4.1.

Helsetilsynet inngikk fra starten av prosjektet et samarbeid med Folkehelseinstituttet (på daværende tidspunkt Folkehelse og Tuberkuloseregisteret ved SHUS) om prosjektets hovedområde II. Som det fremgår ovenfor var tiltakene for å styrke smittevernet i kommunene både knyttet til myndighetskrav og kompetanseheving, og Folkehelseinstituttet har i gjennomføringen av prosjektet hatt ansvar for og ivaretatt den smittevernfaglige kompetansen.

Folkehelseinstituttet har i samme periode også gjennomført et annet prosjekt: "Prosjekt til styrking av smittevern blant flyktninger,

asylsøkere og andre fremmedspråklige gjennom informasjonstiltak og skoleringsarbeid". Som del av dette prosjektet har det i samarbeid med Olafiaklinikken vært arrangert faglige møter for personell på asylmottak og i kommunehelsetjenesten i alle helseregioner. De to prosjektene synes utfra tilbakemeldinger fra deltakere og arrangører å ha fungert som nyttige supplement til hverandre.

Helsetilsynet har stått for utforming av denne rapporten. Folkehelseinstituttet har bistått i utformingen av kap.4, spesielt punkt 4.1-4 og har også gitt nyttige innspill til resten av rapporten.

3 Hovedområde I: Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten

3.1 Utarbeiding av rundskriv om kommunenes plikter og oppgaver

Rundskrivet om Smittevern i kommunene. Kommunenes plikter og oppgaver (IK-4/2001) ble sendt ut i april 2001 og var adressert til landets kommuner, smittevernleger og kommunelege I / helsesjef / kommuneoverlege (vedlegg 4). I rundskrivet gjennomgås viktige epidemiologiske endringer, kommunens og kommunelegens plikter etter smittevernloven og tiltak for å styrke smittevernarbeidet i kommunene. I siste del av rundskrivet omtales de forventninger helsemyndighetene har til kommunene når det gjelder å styrke det kommunale smittevernarbeidet i samsvar med de krav smittevernloven setter, herunder utarbeidelse av smittevernplan. Kommunene oppfordres også til å legge til rette for at aktuelt helsepersonell får delta i smittevernprosjektets kompetanseoppbygging, og det pekes på viktige lokale samarbeidspartnere innen smittevernområdet.

3.2 Smittevernplaner i alle kommuner

Mange kommuners manglende oppfyllelse av myndighetskravet om å ha smittevernplan (jf. smittevernloven § 7-2, tredje ledd) var en viktig del av bakgrunnen for at Helsetilsynet tok initiativ til et prosjekt for å styrke smittevernet i kommunene. Fylkeslegenes kartlegging i 1999 viste at bare 45 % av kommunene (195 av 435) hadde godkjent smittevernplan. Smittevernprosjektet skulle gjennom ulike typer tiltak synliggjøre myndighetskravet og stimulere til at dette ble oppfylt. I rundskrivet (jf. punkt 3.1) ble det fokusert på at alle kommuner omgående, dvs. i løpet av 2001, burde ha utarbeidet smittevernplaner. Utarbeiding av smittevernplan var fast tema ved alle smittevernkonferansene

(jf. punkt 4.5), og som del av prosjektet ble det også utarbeidet en ny mal / sjekklister for smittevernplan (jf. punkt 3.3).

I forbindelse med smittevernkonferansene høsten 2001/våren 2002 har fylkeslegene fremskaffet en oppdatert status for andelen kommuner med smittevernplaner i sitt fylke. I en del kommuner er det opplyst at planer er under utarbeidelse. Kun godkjente planer er regnet med her.

Andelen kommuner med godkjente smittevernplaner viser stor variasjon fylkene imellom. I to fylker har alle kommunene smittevernplaner (Østfold og Buskerud). Halvparten av fylkene mangler planer i inntil fem kommuner, og de resterende syv fylkene mangler planer i mellom syv og 17 kommuner. I fire av fylkene hadde bare mellom en tredel og halvparten av kommunene smittevernplaner. Status er ikke gjort opp på samme tid i alle fylker, og vi må derfor ta forbehold om at det kan ha tilkommet noen godkjente planer, særlig i fylker der status ble gjort opp høsten 2001.

Fylkeslegene har ikke gjennomført en systematisk vurdering av planene når det gjelder innhold eller revideringsbehov, men i følge mange fylkesleger er det stor variasjon både når det gjelder kvalitet og revideringsrutiner, og det må antas at det foreligger revideringsbehov for mange planer.

I løpet av smittevernkonferansene fikk vi også en oversikt over status når det gjaldt smittevernplaner for fylkeskommunene (høsten 2001) eller regionale helseforetak (våren 2002). Som det fremgår av tabell 1 var andelen enheter med planer enda lavere her enn for kommunene. Ved nyttår 2001/02 var det kun tre av 19 fylkeskommuner som hadde smittevernplan.

Tabell 1

Fylkesvis oversikt for over antall kommuner i hvert fylke (bydeler i Oslo) med godkjente smittevernplaner (antall og prosent), fylkesvis oversikt over smittevernplaner på fylkeskommune/regionalt helseforetaks nivå, fylkesvis oversikt over inngåtte avtaler om sykehushygienisk bistand til kommunene.

Fylker	Antall kommuner per fylke (bydeler for Oslo) med smittevernplaner. Status høsten 01 (H01) eller våren 02 (V02)			Smittevernplaner i Fylkeskommunene/RHF Status H01/V02	Avtaler om sykehushygienisk bistand til kommunale helseinstitusjoner
Østfold	18 av 18	(H01)	100%	Nei	I alle kommuner
Akershus	18 av 22	(H01)	82%	Nei	Ingen avtaler
Oslo (bydeler)	14 av 25	(V02)	56%	Plan for Oslo kommune	Eget opplegg i kommunen
Hedmark	20 av 22	(H01)	91%	Nei	Ingen avtaler
Oppland	23 av 26	(H01)	88%	Nei	Ingen avtaler
Buskerud	21 av 21	(V02)	100%	Ja (H01)	Ingen avtaler
Vestfold	12 av 14	(V02)	86%	Nei	Inngås H02
Telemark	16 av 18	(H01)	89%	Ja (H01)	Ingen avtaler
Aust-Agder	14 av 15	(H01)	93%	Nei	Avtaler i 13 av 15 kommuner
Vest-Agder	14 av 15	(H01)	93%	Nei	Ingen avtaler
Rogaland	25 av 27	(H01)	93%	Nei	Ingen avtaler
Hordaland	17 av 33	(H01)	52%	Nei	Avtaler m/noen institusjoner
Sogn og Fjordane	9 av 26	(V02)	35%	Ja (H01)	Ingen avtaler
Møre og Romsdal	30 av 38	(V02)	79%	Nei	Ingen avtaler
Sør-Trøndelag	20 av 25	(H01)	80%	Nei	Ingen avtaler
Nord-Trøndelag	10 av 24	(H02)	42%	Nei	Ingen avtaler
Nordland	31 av 45	(V02)	69%	Nei	Ingen avtaler
Troms	13 av 25	(V02)	52%	Nei	Ingen avtaler
Finnmark	11 av 19	(V02)	58%	Nei	Ingen avtaler
Landsoversikt	336 av 458		73%	3 av 19 fylkeskomm. (H01) Ingen RHF (V02)	14 fylkeskomm. uten noen avtaler (H01)

Tredje kolonne i tabell 1 om avtaler om sykehushygienisk bistand kommunale helseinstitusjoner omtales nærmere under punkt 4.5.12.

3.3 Revidering av mal for kommunal smittevernplan

I forbindelse med at smittevernloven trådte i kraft, utarbeidet Helsetilsynet en "Mal for kommunal smittevernplan" som i mai 1999 ble sendt til alle landets kommuneleger. Malen skulle være et hjelpemiddel i arbeidet med å systematisere og organisere smitte-

vernarbeidet. Den var bygget opp som en strukturert momentsamling for lokal tilpassing og besto av tre deler: en kommentardel med hovedvekt på beredskap (bl.a. om risiko- og sårbarhetsanalyse), en momentliste for normal- og beredskapssituasjon og en oppstilling av relevante bestemmelser i lovverket. Malen har ikke vært oppdatert siden den ble utarbeidet. Fra kommunehelsetjenesten har det kommet tilbakemeldinger om at malen ikke i den grad som forventet har fungert som et praktisk hjelpemiddel i utarbeiding av smittevernplaner. Revidering av malen ble derfor tatt inn som et av resultatmålene under tiltak for å synliggjøre og øke etterlevelsen

av helsemyndighetens krav til kommunehelsetjenesten på smittevernområdet.

De fylkesvise smittevernkonferansene hadde "Smittevernplan: Skrive, bruke, revidere. Internett som ressurs" som tema i alle fylker. Her presenterte vi et utkast til sjekklisten og inviterte til innspill fra deltakerne. Sjekklisten og en oversikt over aktuelle nettsteder og annet skriftlig veiledningsmateriale for arbeid med smittevernplaner forelå som del av det skriftlige kursmaterialet.

Sjekklisten følger vedlagt rapporten (vedlegg 6). Det er lagt inn få lenker til aktuelle nettsteder i selve sjekklisten, men en slik utbygging er mulig for den instans som skal forestå videreutvikling og drifting av et slikt nettbasert hjelpemiddel. I sin nåværende utgave har sjekklisten en siste del med henvisninger til aktuelle nettsteder for smittevern- og planarbeid.

3.3.1 Premisser for revideringsarbeidet. Utforming som sjekkliste

Følgende momenter har vært viktige i arbeidet med en revidert mal for kommunal smittevernplan:

- Kommunens tiltak og tjenester innen smittevernet skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste (jf. smittevernloven § 7-2 tredje ledd), og kommunen står fritt i forhold til den konkrete utformingen av sine smittevernplaner. En sentralt utarbeidet mal for smittevernplan er kun et hjelpemiddel i det lokale arbeidet med utforming av konkrete smittevernplaner og skal ikke fremstå som standard for hvordan lokale planer skal utformes. Den reviderte "malen" er derfor blitt utformet som en generell sjekkliste for momenter som er viktige å vurdere i utformingen av lokale smittevernplaner.
- Malen skal kunne brukes som hjelpemiddel uavhengig av kommunenes størrelse, organisering og lokale epidemiologiske / smittevernmessige utfordringer. Den vil kunne fremstå som bl.a. alt for omfattende i forhold til små kommuner. Lokal tilpasning er en forutsetning ved bruk av et slikt sentralt utviklet hjelpemiddel.
- Malens utforming skal gjøre at den kan fungere som et praktisk hjelpemiddel for kommunelegen under utarbeiding av forslag til plan for helsetjenestens smittevernarbeid, jf. smittevernloven § 7-3, andre ledd. Utformingen som sjekkliste for de

ulike deler en smittevernplan er ment gjøre at den også kan brukes som disposisjon under utarbeidelsen av planen.

- Malen skal være lett tilgjengelig på Internett. Nettadressen bekjentgjøres på MSIS, og kan også finnes ved søk på MSIS' nettside.
- Oppdatering og utvikling av malen i forhold til lovendringer, handlingsplaner, nye epidemiologiske utfordringer og utvikling innen IT er en forutsetning for at den skal fungere som et effektivt hjelpemiddel.

3.3.2 Tilpasning til nye lovkrav og handlingsplaner

Ifølgeprosjektbeskrivelsens skullerevideringsarbeidet også innebære at malen ble tilpasset den epidemiologiske situasjon. Dette er blitt ivarettatt ved at det er tatt inn konkrete smittevernfelter der nye lovkrav og handlingsplaner formulerer forventninger til kommunens smittevernplan (gjelder per 1. juli 2002):

- Tuberkulose - jf. krav om tuberkulosekontrollprogram i kommunens smittevernplaner i følge ny forskrift (gjelder fra 1. januar 2003)
- Hiv /aids og andre seksuelt overførte infeksjoner - jf. delmål 1.5 i Strategiplan for forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer (Sosial- og helsedepartementet november 2001) om at kommunene skal ivareta arbeidet med forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer
- Influensapandemi - jf. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (Sosial og helsedepartementet, januar 2001) om at kommunehelsetjenesten skal lage en beredskapsplan for pandemisk influensa som del av kommunens smittevernplan
- Antibiotika resistens - jf. Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (Sosial og helsedepartementet, mars 2000) som nevner flere tiltak med aktualitet for kommunens smittevernarbeid.

3.3.3 Internettadresse

Sjekklisten ble lagt ut som Word-dokument ut på Helsetilsynets nettsider i juni 2002 på adressen <http://www.helsetilsynet.no/prosjekt.htm>. Dette ble bekjentgjort på MSIS i uke 25/2002 og på Folkehelseinstituttets smitteverndager samme måned. Etter om-

organiseringen av den statlige helseforvaltningen på smittevernområdet fra 2002 var det lite hensiktsmessig for Helsetilsynet å beholde dette sjekklister på sine nettsider. Helsetilsynet forespurte i mai 2002 Sosial- og helsedirektoratet om å overta den videre drifting og utvikling av dette hjelpemiddelet på sine nettsider. Ved smittevernprosjektets avslutning er det fortsatt usikkerhet knyttet til direktoratets nettsider. Sjekklister ble i forståelse med direktoratet i januar 2003 oversendt Folkehelseinstituttet for utlegging på deres nettsider inntil videre (vedlegg 5). Hensikten med denne delen av smittevernprosjektet var å lage et lett tilgjengelig hjelpemiddel for smittevernlegen i arbeidet med kommunenes smittevernplan, og derved bidra til at smittevernplaner kommer på plass i alle kommuner så snart som mulig.

3.4 Oppsummering vedrørende resultatmål knyttet til myndighetskrav

Prosjektets opprinnelige mål om at alle kommuner innen utgangen av 2001 skulle ha utarbeidet smittevernplaner, ble senere justert med ett år til utgangen av 2002 (se vedlegg 3). Fylkesvise oversikter samlet inn høsten 2001/våren 2002 (tabell 1) viste at 26% av landets kommuner fortsatt manglet godkjent smittevernplan.

Myndighetskrav knyttet til kommunalt smittevern er formidlet gjennom rundskriv IK 4/2001 og på de fylkesvise smittevernkonferansene (se nedenfor). Særlig oppmerksomhet har vært viet smittevernlovens krav om kommunal smittevernplan. En egen sjekklister/mal for kommunal smittevernplan er utarbeidet som del av prosjektet. Denne har blitt presentert på smittevernkonferansene og er tilgjengelig via Internett. Utarbeiding av smittevernplaner har vært fast tema på alle smittevernkonferansene.

Hensikten med denne delen av smittevernprosjektet var å fokusere på myndighetskrav innen smittevernet, spesielt krav om smittevernplan, både overfor kommunene og kommunelegene, og gjennom ulike tiltak stimulere til at kravene blir oppfylt. Tilbakemeldinger fra deltakerne på smittevernkonferansene og fra fylkeslegene tydet på en positiv effekt av disse tiltakene, og at det var grunn til å forvente en økning av antall godkjente planer etter at de ulike tiltakene var iverksatt. Helsetilsynet fant det derfor mest det hensiktsmessig å avvente til etter utgangen av 2002 med på nytt å fokusere på status for smittevernplaner. Helsetilsynet har som

et av sine satsningsområder i 2003 å sette fokus på status for smittevernplaner, herunder også infeksjonskontrollprogram i sykehjem. Denne tilsynsaktiviteten er nå under planlegging som del av Helsetilsynets virksomhetsplan for 2003.

I forbindelse med økt fokus på bioterrorisme høsten 2001 sendte Helsetilsynet

12. oktober 2001 brev til landets fylkesleger om smittevernberedskap i kommuner og fylkeskommuner. Brevet tok bl.a. opp smittevernlovens krav om smittevernplaner som også skal være tilpasset en utbruddssituasjon. Utfra Helsetilsynets erfaringer ble dette brevet formidlet videre til kommuner og fylkeskommuner og kan i tillegg til selve den aktuelle situasjonen høsten 2001 også ha bidratt til å styrke arbeidet med smittevernplaner.

4 Hovedområde II: Kompetanseheving hos smittevernansvarlige leger og annet helsepersonell som er involvert i smittevernarbeid

I denne delen av rapporten omtales de tiltak som i Helsetilsynets brev til Sosial- og helsedepartementet av 7. desember 2000 (vedlegg 2) er beskrevet som resultatmål knyttet til kompetanseheving innen det lokale smittevernet. Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet har samarbeidet om å utarbeide og gjennomføre denne delen av prosjektet. Arbeids- og ansvarsfordeling framgår utfra omtalen av de enkelte resultatmålene.

Fylkesvise smittevernkonferanser har utgjort den største delen av dette hovedområdet og blir gitt en bred og omfattende omtale under punkt 4.5. Hensikten med dette er at rapporten skal kunne fungere som erfaringsoverføring og hjelp for planlegging og gjennomføring av lignende arrangementer. Her omtales også innspill fra deltakere og lokale innledere på konferansene knyttet til de enkelte programposter som vi anser som viktig å formidle videre. Oppfølging etter konferansene beskrives, og til slutt gis en sammenfattende vurdering av smittevernkonferansene.

4.1 Smitteverndagene 2001

Smitteverndagene på Folkehelse ble arrangert første gang som del av smittevernprosjektet våren 2001 og samlet ca 90 smittevernleger. Arrangementet fikk god evaluering for faglig innhold og som mulighet til å treffe kolleger som arbeider med smittevern på kommunalt og sentralt hold. Folkehelseinstituttet videreførte dette arrangementet i egen regi våren 2002 og ønsker å fortsette å arrangere årlige smitteverndager for faglig oppdatering og inspirasjon, med kommuneleger med smittevernansvar som primær målgruppe. Helsetilsynet deltok i kurskomiteen i 2002.

4.2 Kompetanseutvikling på internett

Omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen hvor Sosial- og helsedirektoratet overtok alle Helsetilsynets tidligere smittevernoppgaver bortsett fra tilsyn, gjorde at Helsetilsynet fant det lite hensiktsmessig å videreutvikle sine hjemmesider på smittevernområdet slik prosjektbeskrivelsen la opp til. Ved Folkehelseinstituttet har det i prosjektperioden skjedd en videreutvikling av nettbasert informasjon.

Folkehelseinstituttet har i desember 2002 åpnet temaportalen "Smittsomme sykdommer" <http://www.fhi.no/tema/smittevern/> med mye relevant informasjon for kommunehelsetjenesten. Denne tjenesten vil bli kraftig bygget ut i 2003, og et nytt publiseringsverktøy vil etter hvert bli tatt i bruk slik at informasjonen blir lettere tilgjengelig.

På smittevernkonferansene fikk Folkehelseinstituttet mange positive tilbakemeldinger om at informasjon på deres nettsider var nyttig for kommunehelsetjenestens mestring av lokale smittevernutfordringer. "Pulversaken" høsten 2001 ble særlig nevnt som eksempel på saker sak der rask og oppdatert informasjon og veiledning på Folkehelseinstituttets nettsider hadde vært til god hjelp for smittevernlegene.

Mange kommuneleger og helsesøstre har ikke tilgang til Internett på sine arbeidsplasser. På smittevernkonferansene kom det tydelige fram at mangel på internetttilgang vanskelig gjør disse gruppenes muligheter til å skaffe seg informasjon, både i forbindelse med akutte smittevernsaker som den ovennevnte "pulversaken" og også når det gjelder det ordinære smittevernarbeidet, herunder også planarbeid. Internett som informasjonskilde

er i dag meget viktig og vil få stadig større betydning. Det er avgjørende viktig at de som har ansvar for smittevern i kommunen har tilgang til denne informasjonskilde.

4.3 Smittevernhåndbok

En ny utgave av Smittevernhåndboka (Smittevernhåndboka for kommunehelsetjenesten 2002-2003) ble gitt ut i desember 2001 og sendt alle kommuneleger med ansvar for smittevern, alle ledende helsesøstre, alle kommunale næringsmiddeltilsyn og en rekke andre helsepersonell- grupper. I tillegg er boka tilgjengelig for kjøp. Til sammen er over 5000 eksemplarer i bruk i helsetjenesten. Utgaven gjengir ikke rundskriv m.v., men det henvises til aktuelle rundskriv under hver sykdom. Fra oktober 2002 har Smittevernhåndboka vært tilgjengelig på Internett.

4.4 Smittevernforum

Både i forbindelse med Smitteverndagene 2001 og 2002 og de fylkesvise smittevernkongressene har arrangørstaben fra Helse-tilsynet og Folkehelseinstituttet drøftet muligheten for å få etablert et smittevernforum for landets smittevernleger. Vi har ment at et slikt faglig forum vil kunne bli en pådriver for det kommunale smittevernarbeidet og gi en faglig forankring og status til leger som driver smittevernarbeid. Vi har sett det som riktig at et slikt forum blir startet opp og organisert av smittevernlegene selv, ikke av statlige instanser. Ideen om et slikt forum har blitt fremmet på smitteverndagene og konferansene med håp om at den skulle blitt grepet av noen ildsjeler. Folkehelseinstituttet har også tilbudt seg å bistå et slikt forum i en oppstartingsfase med sekretariatsfunksjoner. Ideen har hittil ikke slått an, i hvert fall ikke slik at et smittevernforum har blitt en realitet. Det kan tenkes flere grunner til dette; de fleste smittevernlegene har smittevernarbeidet som en mindre del av en ofte mangfoldig og krevende medisinsk hverdag slik at interessen og overskuddet for å gå i bresjen for å få til et smittevernforum ikke har vært til stede, og legene har også flere andre faglige arenaer som konkurrerer om oppmerksomhet og deltakelse. Ideen om et smittevernforum bør holdes varm og fremmes ved aktuelle anledninger i fremtiden.

Gjennom smittevernkongressene har arrangørene fått informasjon om at det finnes lokale grupperinger som jevnlig møtes for å ta opp bl.a. smittevernrelaterte problem-

stillinger, forberede saker for lokale politiske myndigheter m.v. Disse finnes både innen enkeltkommuner og på tvers av kommunegrensene, og vårt inntrykk er at slike fora er nyttige i det lokale arbeidet for smittevernlegene som deltar.

4.5 Fylkesvise smittevernkongresser

Fylkesvise smittevernkongresser har utgjort en sentral del av smittevernprosjektet. Kongressene ble arrangert i alle landets fylker i løpet av høsten 2001- våren 2002. Målgrupper for kongressene var kommuneleger, helsesøstre og andre som arbeidet med lokalt smittevern, i tillegg ble lokale samarbeidspartnere som næringsmiddeltilsynene og spesialisthelsetjenesten invitert. Hensiktene med kongressene var flere: Faglig og formell oppdatering, inspirasjon for videre lokal innsats, legge til rette for samarbeid og kontakt mellom de ulike lokale og sentrale aktører i smittevernet, få innspill fra kommunehelsetjenesten.

Statlige helsemyndigheter hadde gode erfaringer fra en lignende rundreise med fylkesvise møter i forbindelse med innføring av smittevernloven.

Planlegging av kongressene startet våren 2001 og av en komite bestående av representanter for Folkehelse, Statens helsetilsyn og Det sentrale tuberkuloseregisteret ved SHUS. Helsetilsynets medarbeider (prosjektleder for smittevernprosjektet) fungerte som sekretær og koordinator. Planleggingen av enkelte fylkekongressene ble gjort i nært samarbeid mellom prosjektleder i Helse-tilsynet og kontaktpersoner ved fylkeslegekontorene.

Nedenfor omtales valg av faglig program og arrangementmessige aspekter ved smittevernkongressene (4.5.1-7). Dette gjøres bl.a. for å kunne være en hjelp ved arbeidet med fremtidige arrangementer av lignende karakter. Vi fikk underveis mange innspill fra deltakerne og lokale innledere i forhold til de enkelte programposter. Disse omtales under 4.5.8-14. Ulike former for oppfølging etter smittevernkongressene er omtalt under 4.5.16-18.

4.5.1 Reiserute

Fylkeslegene ble bedt om å foreslå egnede tidspunkter for sitt fylke. I samarbeid med fylkeslegene laget vi en reiserute der vi kunne samordne kongresser i nabofylker og samti-

dig imøtekomme lokale ønsker/behov. I to fylker ble det av reisemessige forhold for deltakerne avholdt flere konferanser: To i Møre og Romsdal (Molde og Ålesund) og tre i Nordland (Bodø, Stokmarknes og Mosjøen). I Finnmark ble av konferansen av samme grunn arrangert over to halve dager.

Tabell 2
Oversikt over fylkesvise smittevernkonferanser høsten 2001 og våren 2002

<i>Konferanser høsten 2001</i>		<i>Konferanser våren 2002</i>	
20. september	Hordaland	15. januar	Vestfold
16. oktober	Akershus	31. januar	Buskerud
18. oktober	Rogaland	26.- 28. februar	Troms og Finnmark
25.- 26. oktober	Aust- og Vest-Agder	12.- 14. mars	Nordland
30.-31.oktober	Møre og Romsdal	19. mars	Sogn og Fjordane
8.- 9. november	Nord- og Sør-Trøndelag	10. april	Oslo
13. november	Telemark		
15. november	Østfold		
19. og 20. november	Oppland og Hedmark		

4.5.2 Faglig program - begrunnelser for temavalg
 Det ble utarbeidet felles prinsipper for innholdet på konferansene. Programmet skulle inkludere formelle, organisatoriske og faglige aspekter av lokalt smittevernarbeid og ha samarbeid mellom 1.- og 2. linjetjenesten og andre aktuelle instanser som et viktig fokus.

Tabell 3
Temaer som ble tatt opp ved fylkesvise smittevernkonferanser 2001/2002

<i>Temaer</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Innleder(e)</i>
<i>Formelle rammer rundt lokalt smittevernarbeid</i>	Presentere bakgrunn for konferanene, oversikt over aktuelt lovverk og organisering av sentral helseforvaltning innen smittevernet	Helsetilsynet
<i>Organisering og ressurser i fylkets smittevernarbeid</i>	Presentere en oversikt over smittevernressurser i primær- og spesialisthelsetjenesten, og drøfte samarbeidet mellom disse	Fylkeslegen og 1-2 personer som med ansvar for smittevernarbeid innen spesialisthelsetjenesten
<i>Den epidemiologiske situasjon.</i>	Gi en oversikt over status og utviklingstrender for de viktigste smittsomme sykdommene, på lands- og fylkesnivå, peke på smittevernmessige utfordringer knyttet til disse	Folkehelseinstituttet
<i>Utfordringer i det lokale smittevernarbeidet / faglig støtte til smittevernarbeid i kommunene.</i>	Gi en samlet presentasjon av de faglige og praktiske utfordringene smittevernlege/helsesøster møter i det lokale smittevernet og presentere faglige støttefunksjoner for råd og veiledning	Folkehelseinstituttet

<i>Smittevernplan, skrive, bruke, revidere. Internett som ressurs.</i>	Gi drahjelp og inspirasjon til det arbeidet med smittevernplaner, presentere krav til innholdet i smittevernplaner, hjelpemidler i planarbeidet, inklusiv "Sjekkliste/mal for smittevernplan". Vise praktisk arbeid med smittevernplan i en kommunene.	Fellesinnlegg ved en kommunelege og Helse-tilsynet. Fylkeslegen foreslo kommunelege
<i>Tuberkulosekontroll og ny forskrift.</i>	Presentere dagens tuberkulosesituasjon, formelle rammer (ny forskrift) og faglig fornuftig tuberkulosekontroll, utfordringer i lokalt tb.arbeid	Folkehelseinstituttet (før 1.1.2002 Det sentrale tuberkuloseregisteret SHUS). I mange fylker også lokal helsesøster eller lungelege om lokal tuberkulosekontroll
<i>Infeksjonskontroll i kommunale institusjoner</i>	Belyse formelle og faglige krav, diskutere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten (bistand) og mangelfull oppfyllelse av kravene	Hygienesykepleier fra lokalt sykehus, evt. kommunelege eller leder ved sykehjem. Fylkeslegen foreslo innledere
<i>Næringsmiddelbårne infeksjoner</i>	Presentere Næringsmiddeltilsynet (NMT) som viktig samarbeids-partner i det lokale smittevernet, fokusere på mulighetene som ligger i godt samarbeid med lokale NMT	Representant for Næringsmiddeltilsynet i samarbeid med en kommunelege, evt. bare av en person fra NMT. Fylkeslegen foreslo innledere.
<i>Bioterrorisme</i>	Gi en kort oversikt over viktigste typer bioterrorisme og utfordringer for sentral og lokal smittevern-beredskap + oppsummere erfaringer fra "pulversakene" høsten 2001.	Innleder fra Folkehelseinstituttet
<i>Avslutning (paneldebatt)</i>	Oppsummere (evt debattere) hovedpunkter fra dagen.	Panel m/ innleiderne på de første konferansene, oppsummering v/fylkeslegen på de senere

4.5.3 Invitasjoner, påmelding, lokaler og økonomi

Fylkeslegene sendte ut invitasjoner og tok imot påmeldinger og gjorde en iherdig innsats for å få til deltakelse fra flest mulig kommuner. Fylkeslegene bestilte også lokaler og bevertning. I flere av fylkene ble arrangementet avholdt i Statens hus. Leie av lokaler, bevertning av deltakerne samt reiseutgifter for innleiderne ble dekket av smittevernprosjektet (Helsetilsynet). Eksterne innledere som ikke hadde smittevern som del av sitt daglige arbeid ble honorert etter vanlige takster. Totale utgifter til konferansene var i 2001 kr. 456.820 og i 2002 kr. 385.000. I utgiftene for 2001 inngikk også "smitteverndagene 2001" på Folkehelseinstituttet.

4.5.4 Kursgodkjenning

Konferansene ble godkjent som 7 timers / poeng som valgfritt kurs i videre- og etterutdanningen i allmennmedisin, som 7 timers kurs for utdanningskandidater i samfunnsmedisin og som 7 timer meritterende for utdanning til klinisk spesialist i sykepleie / spesialsykepleie. Kursbevis ble utdelt på konferansene (ettersendt deltakerne på de første konferansene).

4.5.5 Innledere og pedagogisk tilrettelegging

Ved alle konferansene deltok en stab på fem personer fra de to sentrale arrangørene som innledere. En person fra henholdsvis Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet deltok på samtlige konferanser. I alt var seks personer

fra Folkehelseinstituttet og fem fra Helse-tilsynet involvert som innledere. Ved flere av programpostene ble det også brukt lokale innledere, jf. tabell 3, som kontaktpersonen hos fylkeslegen fant fram til. Møteledelsen var de fleste steder ved fylkeslegen eller annet personell fra fylkeslegekontoret.

Innleggene ble hovedsakelig holdt i tradisjonell forelesningsform og med bruk av lysark eller videokanon (power point). Sammendrag av innleggene fra sentrale forelesere (og noen lokale) forelå som kopier i kursmapper til deltakerne. Tidsrammen med dagkonferanse tillot ikke gruppearbeid (unntatt i Finnmark, der konferansen gikk over to dager). Innleggene var relativt korte (15-30 min) med muligheter for påfølgende spørsmål / innspill fra deltakerne.

Mye informasjonsmateriale ble lagt ut til gjennomsyn: Smittevernloven med tilhørende veiledere, kommunale og fylkeskommunale smittevernplaner, maler for infeksjonskontrollprogram i sykehjem, Smittevernhåndbøkene fra Folkehelseinstituttet, informasjonsbrosjyrer om tuberkulose, hiv/aids og andre infeksjonssykdommer, Strategi-, tiltaksplaner og NOU'er om smittevern-temaer.

4.5.6 Deltakelse / oppslutning

Smittevernkonferansene hadde i alt ca. 1370 deltakere (sentrale innledere ikke medregnet), og for landet som helhet var 416 (90%) av landets 458 kommuner og bydeler (bydeler for Oslo) representert. I syv fylker var alle kommuner representert, i syv fylker manglet fra en til fire kommuner (bydeler for Oslo) og i fem fylker manglet fem eller flere kommuner. Over 80% av kommunene var representert i 17 av 19 fylker.

Totalt deltok 325 leger med smittevernansvar i kommunene (bydelene i Oslo) og 506 helse-søstre. Samlet sett var ca. 70% av kommunene representert med smittevernlege, men her var det en del variasjon mellom fylkene (50-90%). I noen fylker deltok en del personell fra sykehjemmene. Representanter for de interkommunale næringsmiddeltilsynene deltok ved alle konferansene.

Fra spesialisthelsetjenesten deltok i alt 131 personer, i hovedsak med hygienesykepleiere og leger med smittevernkoordinerende ansvar. I noen fylker deltok også lungeleger. Spesialisthelsetjenesten var representert ved alle konferansene, men antall deltakere varierte fra to til 18 personer.

4.5.7 Evaluering

Evalueringsskjemaer forelå i kursmappene og ble samlet inn ved kursslutt. Skjemaene ble gjennomgått av alle arrangørene, og evalueringresultatene ble sammenstilt av prosjektleder og oversendt de øvrige arrangørene.

Svarprosent varierte mellom 14 og 80% (gj. snitt 41%). At svarprosenten varierte såpass mye og totalt sett ikke var høyere, tilskrives arrangementstekniske forhold. Resultatene var i hovedsak de samme uavhengig av svarprosent. Gjennomgående var det tilfredshet med konferansene, både med hensyn til faglig utbytte og som mulighet til å treffe andre lokale og sentrale samarbeidspartnere. Mange ønsket at lignende arrangementer ble gjentatt jevnlig. Slike positive tilbakemeldinger kom også fra kommuneleger med lang erfaring. Utdeling av skriftlig materiale knyttet til innleggene ble vurdert som meget positivt.

En del deltakere ønsket mer tid på enkelte av temaene, mer tid til spørsmål og diskusjon og bruk av andre læringsformer som gruppearbeid. Av temaer som det ble ønsket mer tid på var tuberkulose (asylsøkere, ny forskrift), vaksiner, reisemedisin, enda mer konkret om smittevernplaner, beredskapsplaner og utbrudd.

4.5.8 Formelle rammer, organisering og ressurser i lokalt smittevernarbeid

Manglende stedfortreder for smittevernlege framkom som problem i flere kommuner. I Møre og Romsdal tok også media opp dette utfra konkrete problemer presentert på konferansen.

Mange smittevernleger uttrykte frustrasjon over knappheten på tidsressurs som er avsatt til smittevernarbeidet i kommunen. Helse-søstre merker også de negative følgene av at smittevernlegen har for lite tid til sine oppgaver.

I noen få av landets kommuner er det etablert interkommunalt samarbeid om smittevernlege og andre samfunnsmedisinske oppgaver. Kommuneleger som var med i slike opplegg beskrev sine erfaringer som i hovedsak positive. Noen kommuneleger etterlyste initiativ fra sentralt hold om å utforme slike opplegg som (prøve-)prosjekt.

Flere fylkesleger oppfordret smittevernlegene til å ta initiativ til mer samarbeid over kommunegrensene, - f.eks. i skriving av

smittevernplaner. I noen fylker (bl.a. Finnmark) tok kommuneleger i løpet av konferansen initiativ til å etablere slike samarbeidsfora, - bl.a. med sikte på å få ferdigstilt smittevernplaner.

Om smittevernressurser i sykehusene fremkom i de fleste av fylkene at hygienesykepleiere og smittevernkoordinerende lege opplever at personell- og tidsressursene er for knappe til å kunne drive utdrettet samarbeid i særlig grad. Ressursene ble mange steder også beskrevet som for knappe i forhold til oppgavene innad i sykehuset. Særlig ble det mange steder påpekt at timetallet avsett til å være smittevernkoordinerende lege i sykehus var alt for liten. Å gjøre avtaler om bistand til sykehjem ble ansatt som umulig uten tilførsel av ekstra ressurser. Betalingsordningen knyttet til avtaler om bistand ble sett på som en måte å få midler til flere hygienesykepleierstillinger som så kunne ”øremerkes” utdrettede oppgaver. Fra noen sykehusansatte ble det sagt at sykehusadministrasjonen vise lite forståelse for smittevern.

Både fra kommunelegethold og fra sykehuslegethold var det enighet om at sykehusleger har et stort forbedringspotensiale når det gjelder konkret å ivareta et samfunnsmedisinsk perspektiv på sine gjøremål. Mange sykehusleger forsømmer seg bl.a. når det gjelder meldinger til MSIS, når det gjelder de plikter de som behandlende lege har i forhold til smitteoppsporing og når det gjelder funksjonell samhandling med kommunehelsetjenesten rundt et smitteverntilfelle. Fra flere av de innledende sykehuslegene ble det ytret ønske om mer regelmessig kontakt med kommunens smittevernleger. I noen fylker var slik møtekontakt etablert.

Andre aspekter knyttet til dette temaet: Status for smittevernplaner er omtalt under punkt 3.2. Kommunelegenes arbeid med smittevernplanene omtales under punkt 4.5.10.

4.5.9 Epidemiologisk situasjon. Utfordringer og faglig støtte i smittevernarbeidet
Hovedmeldingen om status for fylkenes forekomst av smittsomme sykdommer er at det er rolige og i store trekk ensartede forhold fylkene imellom. De faglige utfordringene er særlig knyttet til sårbare grupper om stoffmisbrukere, innvandrere /asylsøkere og ungdom med seksuelt overførte infeksjoner. Innsatsen bør styres etter der det er mest å oppnå smittevernmessig sett. Folkehelseinstituttet ressurser som overvåkings- og

faglig rådgivningsorgan fikk mye positiv respons som et tilgjengelig og godt tilbud. Innlederne fra Folkehelseinstituttet pekte på mulighetene som finnes for å få stadig bedre og raskere oppdatert informasjon på smittevernfeltet via Internett. Mange smittevernleger og helsesøstre er frustrert over at de mangler fortsatt tilgang til Internett på sin arbeidsplass.

Folkehelseinstituttet har fått henvendelser fra mange smittevernleger om behovet for oversikt over hiv-forekomst i egen kommune, og dette ble også tatt opp av mange deltakere på konferansene.

Mediahåndtering ved akutte smittevernsaker og utbrudd ble tatt opp som vanskelig utfordring av mange kommuneleger. Dette temaet ble fulgt opp på smitteverndagene ved Folkehelseinstituttet i juni 2002. Temaet ble også tatt opp med statlige smittevernaktører på oppfølgingsmøtet etter smittevernkonferansene i november 2002, og Folkehelseinstituttet planlegger å følge opp temaet nærmere.

Konferansene foregikk samtidig som det var mye stoff i media knyttet til mulige bivirkninger ved MMR vaksinene. Særlig helsesøstre uttrykte behov for mer faglig støtte gjennom media fra statlig hold knyttet til informasjons og motiveringsarbeid overfor foreldre. En del benyttet materiale på Folkehelseinstituttets nettsider. Fra Fokelseinstituttet ble betydningen av det lokale formidlingsarbeidet understreket.

På feltet reisemedisin er det mye uavklart når det gjelder offentlige tilbud, og i mange større byer er feltet gjenstand for private klinikker med høye honorarer. Behovet for en formell avklaring knyttet til kommunenes plikt til å tilby helsetjenester knyttet til reisemedisinsk rådgivning ble tatt opp med departementet på oppfølgingsmøtet etter smittevernkonferansene i november 2002.

4.5.10 Smittevernplan: skrive, bruke, revidere. Internett som ressurs

Kommunelegenes innlegg gav mange gode og varierte eksempler på hvordan de arbeider med og bruker smittevernplaner, og vi har valgt å ta med en kort presentasjon av noen av eksemplene vi fikk presentert på konferansene (se ramme). Det er stor variasjon i hvor mye tid som brukes på dette arbeidet og i hvilken grad annet personell involveres i planarbeidet. Både helsesøstre og personell fra næringsmiddeltilsynene uttrykte ønske

om å bli mer involvert i planarbeidet. Det synes å være stor variasjon i omfang og kvalitet og oppbygning av smittevernplaner, likeså i hvordan kommunene tilrettelegger for tilgjengelighet via intranettløsninger. I rapportens appendix presenteres kort noen eksempler på kommunelegers arbeid med smittevernplaner og noen eksempler på nettbaserte og/eller andre funksjonelle løsninger for smittevernplaner.

Eksempler på kommunelegers utarbeiding og bruk av kommunens smittevernplan og eksempler på løsninger i utformingen av planer:

- Akershus: Kommunelege Margareta Bondevik, Lørenskog kommune. Omfattende plan med mange prosedyrer i en egen del som praktisk håndbok, revideres årlig + en del prosedyrer oftere. Beskrev aktiv bruk av planen, både for egen del og som kvalitetshåndbok for øvrige ansatte
- Vest-Agder: Smittevernlege Dagfinn Haarr, Kristiansand. Presenterte nytte og bruk av smittevernplan og gode prosedyrer i forbindelse håndtering av utbrudd av næringsmiddelbårne infeksjoner
- Møre og Romsdal: Kommunelege Petter Holen, Fræna kommune. Beskrev utarbeiding av smittevernplan som en god prosess med dugnadsarbeid blant kommunelegene
- Sør-Trøndelag. Smittevernlege Elin Sagvik, Trondheim kommune. Smittevernplan som perm som distribueres til aktuelle samarbeidspartnere, omfattende arbeid og engasjement hos smittevernlegen.
- Troms. Kommunelege Inger Johanne Samuelsen, Balsfjord kommune. Strukturert tilrettelegging av egen arbeidstid for å få ferdigskrevet smittevernplan.
- Nordland. Kommunelege Betty Pettersen, Vestvågøy kommune. Skrivning av smittevernplan organisert som prosjekt med Betty Pettersen hyret inn som konsulent, mange samarbeidspartnere involvert i omfattende prosess.

Eksempler på nettbaserte planer og korte planer/fleksible løsninger for prosedyrer og andre vedlegg

- Oslo: Stovner bydel, presentert og utarbeidet av smittevernlege Finn Skogstad.

Nettbasert, på bydelens intranett.

- Hedmark: Kommunelege Marit Hermansen, Grue kommune. Kortfattet plan, god vedleggsoversikt
- Telemark: Kommunelege Pål Iden, Bø kommune. Presenterte overgang til nettbasert og mer funksjonell smittevernplan
- Vest-Agder. Smittevernlege Dagfinn Haarr, Kristiansand kommune. Meget kortfattet plan og tydelige ansvarslinjer, fleksible revideringsrutiner for tilhørende prosedyrer.
- Hordaland. Kommunelege Jesper Blinkenberg, Askøy kommune. Nettbasert plan, med alle smittevernprosedyrer på kommunenes intranett.
- Sogn og Fjordane: Kommunelege Knut Cotta Schönberg, Luster kommune. Funksjonell plan med egen metodebok med brev, infoskriv, prosedyrer etc. Årlig revisjon.

I diskusjonene kom det fram at det blant kommuneleger er mye frustrasjon over alle typer plankrav og knapphet på tid til slikt arbeid. Mange ønsker mer sentral tilrettelegging i form av planskjemaer/-maler. Smittevernplanene blir stort sett lite brukt, men noen rapporterte at utarbeiding av slike planer gav nyttig oversikt over ressurser og utfordringer og at det i akutte utbruddssituasjoner er viktig å ha skriftlig oversikt over ansvarspersoner og aktuelle tiltak.

Fra evalueringene: Mange følte de hadde fått inspirasjon og nyttige råd for å komme igang med skrivning / revidering av smittevernplaner.

4.5.11 Tuberkulosekontroll og ny forskrift

De problemstillinger som oftest ble tatt opp av deltakerne var manglende orden på dokumentasjon av flyktningers og asylsøkeres tuberkulosestatus, mangelfull oppfølging av tuberkulosekontroll av personer som ankommer landet ved familiegjennforening, asylmottak som blir etablert uten at kommunen og lokalt helsepersonell blir gitt tilstrekkelig tid til forberedelser, uavklarte spørsmål knyttet til faslegeordningen og asylsøkeres rett til fastlege. Antall personer som behandles for tuberkulose i vårt land er lavt, men det kom også fram utfordringer knyttet til veiledning av pleiepersonell som skal følge opp DOTS behandlingen.

Fra evalueringene: Ønske i de fleste fylker om mer lokal kursing om tuberkulose, særlig i forbindelse med ny forskrift og veileder i 2003.

4.5.12 Infeksjonskontroll i kommunale helseinstitusjoner

Avtaler om sykehushygienisk bistand mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helseinstitusjoner (sykehjem) er kun inngått i noe få fylker (se tabell 1). I flere av disse fylkene har fylkeslegen bistått aktivt for å få igang arbeid med bistandsavtaler og etablering av infeksjonskontrollprogram, både i form av lokale kurs og utarbeidelse av maler for infeksjonskontrollprogram. Svært få institusjoner har utarbeidet infeksjonskontrollprogram i de øvrige fylkene.

Hygienesykepleiere beskrev stor og ukoordinert pågang av forespørsler fra personell i sykehjem og uttrykte bekymring om manglende prosedyrer og kompetanse på smittevernfeltet i sykehjemmene. I følge sykehuspersonell mangler sykehusene personellressurser til å ivareta utadrettede veiledningsfunksjoner i det omfang som etterspørres. Flere hygienesykepleierstillinger ble påpekt som nødvendig forutsetning for å kunne iverksette mer systematisk bistand.

Det er i følge hygienepersonell lite etterspørsel fra kommunene etter bistandsavtaler. Betalingskravet (jf. forskriften), lavt engasjement hos tilsyns-/kommuneleger og hos de ansvarlige i kommunene (institusjonens eier) ble beskrevet som de viktige årsaker til at slike etterspørsler ikke kommer. I de fylker bistandsavtaler var iverksatt, beskrev hygienesykepleierne kontakten med sykehjemmene som positiv og givende.

I flere fylker hadde påvisning av MRSA infeksjoner hos sykehjemspasienter vært kilde til mye usikkerhet, smittefrykt og noen steder også overdimensjonerte tiltak. Særlig dette området synliggjør behovet for systematisk veiledning og nedskrevne prosedyrer/rutiner.

Fra evalueringene: Temaet ble meget sjelden nevnt i evalueringene. En mulig tolkning er at det er lavt engasjement hos kommuneleger og helsesøstre for dette temaet.

4.5.13 Samarbeid med Næringsmiddeltilsynet

Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og Næringsmiddeltilsynet ble i hovedsak

beskrevet som godt, men kunne styrkes flere steder. Næringsmiddeltilsynet savnet større aktivitet når det gjaldt primærlegers prøvetaking og meldeaktivitet knyttet til mistanke om næringsmiddelbåren sykdom og ønsket å bli bedre informert om kommunale smittevernplaner. I mange fylker fikk vi presentert samarbeid om oppfølging av konkrete utbrudd. Den kommende omorganiseringen av Næringsmiddeltilsynet skaper usikkerhet om fremtidig lokalt samarbeid. Velfungerende lokale samarbeidsforma med helsetjenesten og Næringsmiddeltilsynet ble beskrevet flere steder, bl.a. i Lenvik kommune i Troms, og Kragerø kommune i Telemark og som beredskapsgruppe ved sykehuset Østfold.

Fra evalueringene: Mange var positive til å treffe samarbeidspartnere (som NMT) på slike konferanser.

4.5.14 Bioterrorisme

Folkehelseinstituttet fikk mye positiv tilbakemelding for rask og praktisk nyttig informasjon på sine nettsider i forbindelse med pulversakene. Folkehelseinstituttet vurderte kommunehelsetjenestens takling av pulversakene som god og i hovedsak adekvat. Fra kommunehelsetjenesten ble det flere steder reist spørsmål om utplassert beskyttelsesutstyr burde plasseres ute i kommunene i stedet for på sykehusene.

Fra evalueringene: Mer om mediahåndtering ved utbrudd ønskes ved senere kurs.

4.5.15 Rapporter fra de enkelte fylkeskonferansene

Fylkeslegene har mottatt en kort oppsummering av fra konferansen i eget fylke. Før endelig utforming av disse ble medarrangørene gitt anledning til å komme med kommentarer. Hensikten med disse delrapportene har vært å gi fylkeslegene et dokument som kan brukes i videre oppfølging av utfordringer på smittevernfeltet i eget fylke. Arbeidet med delrapportene har også vært en nyttig gjennomgang og dokumentasjon av mangfoldet og fellestrekkene ved de innspillene vi som reisende kursarrangører mottok underveis.

4.5.16 Oppfølgingsmøter i Helsetilsynet

Helsetilsynet ønsket å presentere erfaringer og innspill fra konferansene og samtale om hvordan ulike statlige aktører kan møte disse utfordringene. Smittevernprosjektet falt i tid sammen med omorganiseringen av statlig

helseforvaltning. Flere av temaene på konferansene og andre problemstillinger som kom opp underveis hadde relevans til oppgaver som etter omorganiseringen har fått en endret plassering.

Vi inviterte Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Sosial- og heldirektoratet, Folkehelseinstituttet og tre av fylkeslegene til et oppfølgingsmøte etter smittevernkonferansene i juni 2002. Ønsker fra deltakerne om et lignende møte høsten 2002 gjorde at vi inviterte de samme deltakerne til et møte også i november 2002. På de to møtene ble følgende temaer tatt opp:

- Flere runder med smittevernkonferanser?
- Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten - rom for forbedringer?
- Kommunale smittevernplaner - muligheter for mer ”drahjelp”?
- Sykehjemmene og smittevern
- Tuberkulosekontroll - behov for mere kurs og bedret logistikk?
- Samarbeid og mediahåndtering ved utbrudd
- Reisemedisinsk rådgiving i kommunehelsetjenesten

Av temautvalget skulle fremgå at vi på disse møtene fikk presentert og drøftet de fleste innspillene fra deltakere innledere på konferansene som er omtalt under punkt 4.5.8-14.

4.5.17 Bruk av erfaringene inn i andre smittevernsaker i Helsetilsynet

Dent-O-Sept saken startet samtidig med at smittevernturneen ble avsluttet. I arbeidet med Helsetilsynet oppfølging av denne saken, både under utarbeidelsen av rapporten til Helseministeren og i det senere oppfølgingsarbeidet har vi hatt nytte av erfaringer fra smittevernkonferansene. Hygienepersonell fra sykehusene hadde på alle konferansene formidlet erfaringer om ressursituasjonen innen sykehushygiene, aktuelle smittevernutfordringer og samarbeid med sykehjemmene og øvrig kommunehelsetjeneste. Helsetilsynet hadde også en oppdatert oversikt når det gjaldt manglende inngåelse av avtaler om sykehushygienisk bistand til sykehjemmene, hvilke hindringer som gjør at slike avtaler ikke inngås og kunnskap om mangelen på infeksjonskontrollprogram i

landets sykehjem. Disse erfaringene ble tidlig under Dent-O-Sept saken formidlet til Departementet (vedlegg 7).

Mangelen på smittevernplaner i fylkeskommunene hadde på et tidligere tidspunkt blitt meddelt Departementet i Helsetilsynets brev av 31. desember 2001.

Utsendingen av Helsetilsynets rundskriv IK-16/2001 Tuberkulosekontroll av innvandrere herunder flyktninger og asylsøkere, hadde sin bakgrunn bl.a. i erfaringene fra smittevernkonferansene. Ulike problemer knyttet til tuberkulosekontroll av asylsøkere og innvandrere generelt ble tatt opp av deltakerne ved alle konferansene. Ett aspekt her har vært vanskeligheter knyttet til etablering av fastlege for asylsøkere, et annet har vært mangelfull tuberkulosekontroll av personer som kommer til landet ved familiegjenforening.

4.5.18 Formidling på eksterne møter og kurs

Prosjektleder orienterte om smittevernkonferansene på Smittevernrådets møte i 29. november 2001.

På smitteverndagene ved Folkehelseinstituttet i juni 2002 ble smittevernkonferansene og viktige erfaringer fra disse presentert i et felles innlegg fra Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet.

På årskonferansen i Forum for sykehushygiene i november 2002 holdt prosjektleder et innlegg om tilsynsmyndighetens forventninger til smittevern i sykehjem der erfaringer fra smittevernkonferansene utgjorde viktig grunnlagsmateriale.

4.6 Oppsummering av resultatmål knyttet til kompetanseheving

Hensikten med denne delen av prosjektet har vært å bidra til kompetanseheving hos helsepersonell som er involvert i lokalt smittevernarbeid. Både faglige og formelle aspekter ved smittevernarbeid har vært inkludert, og Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet har samarbeidet om denne delen av prosjektet. Folkehelseinstituttet har utgitt en ny utgave av Smittevernhåndboka og foretatt en omfattende videreutvikling av sine internettsider. Etablering av et smittevernforum er foreløpig ikke iverksatt fordi dette bør startes opp og organiseres av smittevernlegene selv før statlige instanser eventuelt går inn i en sekretarietsfunksjon. På ”Smitteverndagene

2001” og de fylkesvise smittevernkonferansene har både faglige og formelle aspekter ved lokalt smittevernarbeid blitt tematisert.

4.6.1 Oppsummering av smittevernkonferansene - arrangementsmessige aspekter

At representanter for den statlige helseforvaltningen arrangerer møter med lokalt helsepersonell gir begge parter muligheter for kontakt og formidling av erfaringer. Av lokalt helsepersonell ble det beskrevet som et positivt signal på at lokale erfaringer er viktige for statlige helsemyndigheter når slike møter blir arrangert lokalt, i dette tilfelle på fylkesnivå. I programmet var det lagt vekt på å involvere også lokale innledere. Fordelingen mellom lokale og sentrale innledere var i hovedsak vellykket.

Oppslutningen om konferansene var i de fleste fylker meget god. Kontaktpersonene hos fylkeslegene gjorde en iherdig innsats både når det gjaldt å sikre god oppslutning og skaffe velegnede innledere. Fylkeslegenes engasjement i planleggingen og gjennomføringen var en vesentlig faktor for at denne konferanseturneen ble såpass vellykket. Også for lokal oppfølging av spørsmål og utfordringer som kom opp underveis var det av stor betydning at fylkeslegen var medarrangør. Arbeidsdelingen mellom fylkeslegene og de øvrige arrangørene under planleggingen og gjennomføringen fungerte greit. Det syntes å være en effektiv arbeidsform at så mange like arrangementer planlegges og koordineres sentralt og at en person hadde hovedansvar for dette arbeidet. Det var også nyttig for å sikre erfaringsinnhenting til arrangørene og for kontinuiteten i arrangementene at en person fra hver av de sentrale arrangørene deltok på samtlige konferanser.

Dagskonferanser med såpass mange deltakere gir knappe tidsrammer for annet en plenumsinnlegg med påfølgende spørsmålsrunder. Ved lignende arrangementer bør det likevel vurderes å supplere med andre læringsformer som ”summegrupper”, forhåndsutsendte problemstillinger etc. Kommunale kursbudsjetter er trange, og størrelsen på slike arrangementer setter også begrensninger på hvor mange som kan delta fra hver kommune. Skriftlig kursmateriell er derfor viktig også for deltakernes viderefremidling i hjemkommunen.

Vi fikk mange tilbakemeldinger på at det var ønskelig med regelmessige arrangementer av denne type. Den gode oppslutningen kan

være betinget i at dette var første gang smittevernkonferanser av denne typen er avholdt. I følge mange deltakere var det kjærkomment å få smittevern satt på dagsorden igjen, - ikke minst nevnte mange helsesøstre at dette var et savnet tema. Hvilken oppslutning det vil bli hvis slike arrangementer arrangeres jevnlig, er vanskelig å vurdere utfra denne ene konferanserunden.

4.6.2 Oppsummering av smittevernkonferansene - smittevernfaglige aspekter

Gjennom de fylkesvise konferansene med deltakelse fra de aller fleste kommunene ble det satt fokus på viktige nasjonale smittevernsaker og framført sentrale helsemyndigheters oppfatninger og anbefalinger på disse saksområdene. Videre ble det lagt vekt på lokalt smittevernarbeid, herunder spesielt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, næringsmiddeltilsynet og spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldinger og evaluering av konferansene tyder på at deltakerne hadde godt utbytte.

Gjennom innspill fra deltakere og lokale innledere på konferansene har helsemyndighetene fått viktig kunnskap om utfordringer knyttet til lokalt smittevernarbeid, både når det gjelder oppfyllelse av formelle krav, ressurser og organisering og faglige spørsmål. Folkehelseinstituttet har fått viktige impulser i forhold til den videre utvikling og tilrettelegging av sitt overvåkings- og rådgivningsarbeid på smittevernfeltet. Helsetilsynet har sett det som viktig av prosjektet å oppsummere og formidle erfaringer fra konferansene til aktuelle instanser innen den statlige helseforvaltningen, og dette er allerede blitt gjort på ulike måter. For Helsetilsynet vil erfaringene fra smittevernkonferansene være et viktig grunnlagsmateriale ved planlegging og gjennomføring av tilsynsvirksomhet på smittevernfeltet.

5 Tilsyn med smittevern i kommunene

Forberedelse av tilsyn med det kommunale smittevernet var i den opprinnelige prosjektsøknaden satt opp som en del av smittevernprosjektet, jf. punkt 2.2 om prosjektets hovedområder og vedlegg 1. I senere korrespondanse med departementet er dette beskrevet som del av Helsetilsynets ordinære tilsynsvirksomhet. Selv om de kommende tilsynsaktiviteter på smittevernområdet ikke er en del av selve smittevernprosjektet velger vi å ta med en kort omtale i denne rapporten siden aktivitetene har sammenheng med erfaringene som er frembragt gjennom prosjektet.

Som følge av den kunnskap vi har fått gjennom smittevernkonferansene vil Helsetilsynet i 2003 fokusere på status for smittevernplaner, herunder tuberkulosekontrollprogram, på infeksjonskontrollprogram i sykehjem, samt beredskap i smittevernlegefunksjonen. Når det gjelder spesialisthelse-tjenesten, vil Helsetilsynet fokusere på status for smittevernplaner for regionale helseforetak, inkludert tuberkulosekontrollprogram og om det er utnevnt lege til å fatte tvangsvedtak i smittevernsaker. Erfaringene fra konferansene viste at mange kommuner fortsatt ikke har oppfylt myndighetskrav når det gjelder kommunale smittevernplaner og infeksjonskontrollprogram i helseinstitusjoner. Vi fikk også indikasjoner på at stedfortreder for smittevernlege ikke var på plass i alle kommuner. Flertallet av regionale foretak mangler smittevernplaner, og i flere fylker kom det fram at det var uklart hvilken sykehuslege som var utnevnt til å fatte tvangsvedtak. Erfaringene fra konferansene vil være nyttige for Helsetilsynet sentralt under planleggingen av de aktuelle tilsynsaktivitetene og for Helsetilsynet i fylkene i den videre oppfølgingen.

Smittevernprosjektet hadde som hovedhensikt å styrke det lokale smittevernet. Myndighetskrav er synliggjort, og tilsynsmyndighetene har fått tilbakemeldinger om uklarheter og uhensiktsmessige ordninger. Det er gjennomført kompetansehevingstiltak i nær dialog med lokalt helsepersonell, og muligheter for faglig veiledning gjennom Internett og håndbøker er videreutviklet. Tilbakemeldinger fra helsepersonell bl.a. på smittevernkonferansene har vært at disse tiltakene på en positiv måte har inspirert til økt innsats, både når det gjelder formelle og faglige forbedringer.

Tilsynsaktiviteter for å se om endringer skjer og eventuelt påpeke behov for forbedringer / justeringer er et viktig neste tiltak for å bidra til kvalitetsutviklingen i det lokale smittevernarbeidet.

6 Oppsummering av prosjektet

Prosjektet ”Styrket smittevern i kommunene” ble igangsatt for å stimulere til en formell og faglig styrking av det lokale smittevernet. Tiltakene var knyttet til tydeliggjøring og oppfyllelse av myndighetskrav og til faglig kompetanseheving, og det ble utarbeidet resultatmål innenfor disse to hovedområdene. Å stimulere til økt samarbeid mellom lokale smittevernaktører har vært en viktig del av prosjektets målsetting. Helsetilsynet har samarbeidet med Folkehelseinstituttet i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet.

Et rundskriv om kommunenes plikter og oppgaver innen smittevernet og utarbeidelse av en nettbasert sjekklister (mal) for kommunale smittevernplaner har vært viktige tiltak fra Helsetilsynets side for å tydeliggjøre myndighetskrav innen det kommunale smittevernet. I løpet av prosjektperioden har vi fått kunnskap om at ca. ¼ av kommunene fortsatt mangler smittevernplaner og at kun et fåtall av kommunale helseinstitusjoner har etablert infeksjonskontrollprogram. Å stimulere til at samtlige av landets kommuner får ferdigstilt sine smittevernplaner har vært en viktig målsetting for prosjektet. Tilbakemeldinger fra deltakerne på smittevernkonferansene tyder på at prosjektets tiltak har hatt en positiv effekt. I løpet av 2003 vil Helse]tilsynet fokusere på status for smittevernplaner og infeksjonskontrollprogram i kommunale helseinstitusjoner som del av sin tilsynsvirksomhet.

Folkehelseinstituttet har utgitt en ny utgave av Smittevernhåndboka og har utvidet sitt informasjonstilbud på Internett. Denne tjenesten vil bli ytterligere utbygget i løpet av 2003. Mange smittevernleger og helsesøstre mangler fortsatt internetttilgang på sine arbeidsplasser og dette vanskeliggjør deres muligheter til å skaffe seg informasjon, både

ved akutte utbrudd og i det ordinære arbeidet. Et ”smittevernforum” er ikke etablert, da vi mener et slikt forum blir startet opp og organisert av smittevernlegene selv, og at statlige instanser mer bør ha en sekretarietsfunksjon.

Prosjektets mest omfattende tiltak har vært å gjennomføre smittevernkonferanser i alle landets fylker i samarbeid med fylkeslegene. Målgrupper har vært kommuneleger og helsesøstre. Samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten og det interkommunale næringsmiddeltilsynet har også vært invitert. Programmet har inkludert formelle, organisatoriske og faglige aspekter ved lokalt smittevernarbeid og har hatt lokalt samarbeid innen kommunehelsetjenesten om med spesialisthelsetjenesten som viktig fokus. Oppslutning om konferansene har vært meget god og tilbakemeldinger fra deltakerne tyder på arrangementet gav godt utbytte. Arrangørene har fått mange nyttige innspill om utfordringer knyttet til konferansenes ulike temaer.

I stedet for å starte med å gjennomføre et tilsyn med det kommunale smittevernet og påpeke avvik fra myndighetskrav, ønsket de sentrale helsemyndighetene gjennom dette prosjektet å gå ”omvendt” til verks: Ulike tiltak er blitt iverksatt for å stimulere og inspirere kommunene og kommunehelsetjenesten til å få på plass et formelt og faglig solid lokalt smittevern og for å få nyttige innspill om utfordringer i det lokale smittevernarbeidet.

Erfaringene vi har fått gjennom smittevernkonferansene og øvrige tiltak i prosjektet har gitt et viktig grunnlag for kommende tilsynsaktiviteter og for samarbeid på smittevernfeltet med den øvrige statlige helseforvaltning.

Smittevernprosjektets ulike tiltak har blitt

godt tatt imot av målgruppene innen det lokale smittevernet. Vi har fått mange signaler om at det var etterlengtet at det lokalt smittevernarbeid på denne måten ble satt på dagsorden av sentrale myndigheter. Samtidig mener vi at erfaringene fra dette prosjektet har tydeliggjort nødvendigheten av kontinuerlig arbeid fra sentrale helsemyndigheter for å styrke og vedlikeholde det kommunale smittevernarbeidet.



STATENS HELSETILSYN

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24 95 90
POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

KOPI

STATENS HELSETILSYN
AFIRIV

Sosial-og helsedepartemenet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

STATENS HELSETILSYN
2000/569 - 1

DERES REF.

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2000/569 5 AHA/-

DATO
18. mai 2000

TILTAK FOR Å STYRKE SMITTEVERN I KOMMUNENE – PROSJEKT

Helsetilsynet finner at det er nødvendig å iverksette særlige tiltak for å styrke smittevernet i kommunene. Denne konklusjonen bygger på informasjon fra etatens tilsynsvirksomhet, erfaringer gjennom forvaltning av smittevernloven og vurdering av konsekvensene av at handlingsplanen mot hiv/aids-epidemien utløper i 2001. I det følgende vil dette bli grunnlagt, og det vil bli skissert et prosjekt for å gjennomføre nødvendige tiltak.

Kommunenes ansvar for smittevern går fram av lovens §§ 7-1 og 7-2. Smittevernarbeidet omfatter arbeid med å skaffe oversikt over omfanget av smittsomme sykdommer, opplysningsvirksomhet, gjennomføring av individuelle forebyggende tiltak og iverksettelse av tiltak etter smittevernloven og kommunehelsetjenesteloven. Smittevernloven pålegger kommunene å utarbeide en plan for smittevernet: "Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste" (§ 7-1). Kommunelegen er tillagt ansvaret for å utføre de oppgavene innen smittevernet som pålegges kommunen i loven og forskrifter.

I 1999 var tilsyn med smittevern i sykehus ett av de to områdene hvor alle fylkeslegene gjennomførte tilsyn (felles tilsyn), rapport oversendt 20.03.2000. Ett avvik som gikk igjen ved mange sykehus, var at det ikke var utarbeidet infeksjonskontrollprogram. Dette er et tiltak som er pålagt i forskrift. Et annet avvik var at pålagte meldinger ikke ble sendt. Fylkeslegene og Helsetilsynet vil følge opp disse avvikene.

Basert på data fra tilsynsvirksomheten har Helsetilsynet dokumentasjon på at tilstanden ikke er bedre i kommunehelsetjenesten. I et stort antall kommuner foreligger klare avvik i forhold til de krav som loven setter.

Status for smittevernarbeidet i kommunene. Kartlegging i 1997 og 1999.

Kommunenes plikt til å utarbeide smittevernplan ble klargjort i brev av 31. mai 1995 fra Helsetilsynet til landets kommuner. Samtidig ble det utgitt en mal for kommunal smittevernplan. Forutsetningen var at planene skulle utarbeides i løpet av 1996. I brev av 21. mars 1997 til fylkeslegene ba Helsetilsynet om tilbakemelding innen 1.

september 1997 om resultat av planarbeidet. I 83 kommuner var det ferdige planer, mens andre opplyste at planarbeidet var i gang. Som en oppfølging ba Helsetilsynet i brev av 11. februar 1999 fylkeslegene om en tilbakemelding over status i kommunene. Rapportene ga følgende status i 1999:

Ferdig plan	195
Plan under arbeid	90
Ikke påbegynt	86
Ikke svart	64
Sum	435

Dette er ikke tilfredsstillende. Fortsatt har bare 2/3 av kommunene ferdig plan eller plan under arbeid. Hele 86 kommuner har ikke startet planarbeidet. Det må også regnes med at det mangler planer i mange av de kommunene som ikke har svart.

I forbindelse med at smittevernloven trådte i kraft 1. januar 1995, ble det lagt stor vekt på å styrke smittevernet i kommunene, bl.a. gjennom utarbeidelse av retningslinjer og fylkesvise møter med representanter for kommunehelsetjenesten. Den etterfølgende aktiviteten i mange kommuner har stagnert de senere årene.

Det kan være flere årsaker til at smittevernarbeidet i kommunene står så svakt.

- Smittsomme sykdommer oppleves ikke lenger som et stort helseproblem.
- Sviktende kunnskap og erfaring om smittevernarbeid blant helsepersonell.
- Smittevern blir ikke prioritert i forhold til andre oppgaver innen kommunehelsetjenesten.
- Smittevernarbeidet er svekket som en følge av dårlig rekruttering og stor utskiftning av kommuneleger gjennom flere år. Dette gjelder også i sentrale kommuner. Kommunehelsetjenesten er inne i en krise som ikke bare rammer smittevernet.

Andre grunner til at Helsetilsynet finner det nødvendig å styrke smittevernarbeidet i kommunene

1. Endring i det hiv/aids forebyggende arbeidet.

Handlingsplanen mot hiv/aids-epidemien utløper i 2001. Når planen utløper, er det forutsetningen at kommunene skal være i stand til å videreføre det forebyggende arbeidet. Dette er en stor oppgave som mange kommuner ennå ikke har forutsetninger til å gjennomføre på en forsvarlig måte. Kommunene må som et ledd i sin smittevernplan innarbeide tiltak for å forebygge hiv/aids. Det bør være en oppgave for sentrale helsemyndigheter å legge forholdene best mulig til rette for kommunene både gjennom hjelp til kompetanseoppbygging og ved å gi retningslinjer om hva planen for det hiv/aids-forebyggende arbeidet bør omfatte. Dette bør være sentrale oppgaver for resten av 2000 og 2001.

2. Forebygging av seksuelt overførbare sykdommer generelt.

De senere årene har det funnet sted en betydelig endring i seksuelt overførbare sykdommers epidemiologi. Antall tilfeller av gonore er redusert drastisk. Samtidig har vi fått en sterk økning i antall tilfeller av klamydia-infeksjoner med om lag 13 000 nye tilfeller årlig. En lokal syfilisepidemi i Oslo med over 30 nye tilfeller i 1999 er også en alvorlig påminning. Det er viktig at fokus i hiv/aids arbeidet utvides til å omfatte forebygging av seksuelt overførbare sykdommer generelt gjennom styrking av

smittevernarbeidet i kommunene. Det forebyggende arbeidet på området må være naturlig integrert i helseopplysning og veiledning i skolen, skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom.

3. Endringer i det tuberkuloseforebyggende arbeid.

Tuberkuloseforskriften er under revisjon. Selv om tuberkulosesituasjonen for tiden må sies å være under kontroll, er det både pga. økt innvandring og faren for utvikling av resistens nødvendig å ha et apparat som sikrer en god tuberkulosekontroll. Det forebyggende tuberkulosearbeidet er først og fremst et kommunalt ansvar. Under arbeidet med ny tuberkuloseforskrift har det vært drøftet å pålegge kommunene å utarbeide en egen tuberkuloseplan som et ledd i smittevernplanen. Sentrale helsemyndigheter bør legge forholdene til rette for utarbeidelse av slike planer.

4. Økt antall flyktninger og asylsøkere. Endret epidemiologisk situasjon.

I 1999 kom det over 10 000 asylsøkere til Norge, en økning på 19% i forhold til 1998. Mange nye flyktingemottak er opprettet. Ved utgangen av 1999 var det 131 statlige mottak spredt over hele landet. På det meste var 144 mottak i drift. I tillegg kommer det et høyt antall personer til landet for familiegjenforening. Smittevern er en viktig del av helsetjenesten for flyktninger. Helsetilsynet har fått mange forespørsler fra helsepersonell og andre som viser at det mangler både ressurser og kompetanse til å møte de nye smittevernproblemer som for mange er fremmede og til dels skremmende. Det foreligger flere eksempler på mangelfulle undersøkelser (bla. tuberkulosekontroll ved familiegjenforening), mangelfull kommunikasjon både internt i kommunene og mellom mottakene, utilstrekkelig faglig kompetanse, overreaksjoner og unødvendig smitteangst. Nye retningslinjer for helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere er under utarbeidelse i Helsetilsynet.

5. Handlingsplanen mot antibiotikaresistens.

Primærlegene er en viktig målgruppe i arbeidet med å hindre antibiotikaresistens. En egen veileder for primærleger blir publisert i juni. I tillegg til at Helsetilsynet distribuerer veilederen, er det nødvendig å utvikle et program for implementering. Dette må gjennomføres lokalt og bygge på samarbeid med andre fagmiljøer, Legeforeningen og andre. Det er naturlig at kommunelegene får en sentral plass i dette arbeidet.

6. Fastlegeordningen.

Denne vil føre til betydelige forandringer i organiseringen av legetjenesten i kommunene. Det kan være nødvendig å iverksette særlige tiltak for å sikre at den forebyggende virksomhet, herunder smittevern, ikke blir ytterligere svekket.

7. Ny beredskapslov.

Når ny lov trer i kraft, vil kommunene stå overfor nye oppgaver hvor smittevernet vil ha en sentral plass.

8. Økt reisevirksomhet og internasjonal handel med mat.

At folk i større utstrekning reiser til fjerne mål, øker behovet for rådgivning om smittevern. Et uttrykk for at folk reiser mer, er en betydelig økning av søknader til Helsetilsynet om godkjenning for å utføre gulfeber vaksinasjon. Rådgivning og vaksinasjoner til reisende forutsetter at helsepersonell har nødvendig kompetanse til disse oppgavene. Det er også økt behov for samarbeid og samordning mellom kommunehelsetjenesten, næringsmiddeltilsynet og veterinærmyndighetene.

Tiltak for å styrke smittevernarbeidet i kommunene.

På bakgrunn av den informasjon fylkeslegene og Helsetilsynet har om smittevernarbeidet i kommunene, og særlig pga. de mange avvikene i smittevernplanleggingen, er det nødvendig at det iverksettes tiltak rettet mot kommunene. Kommunene må gjennom mer omfattende virkemidler enn hittil, gjøres oppmerksom på sine forpliktelser og hvilke krav helsemyndighetene stiller. Slik virksomhet må kombineres med rådgivning og tilsyn. Etter en periode med aktiviteter rettet mot kommunene, bør det overveies å gjennomføre et felles tilsyn i kommunene i 2002 eller 2003 for å påse at kommunene i større utstrekning enn hittil gjennomfører de krav som helsemyndighetene stiller i samsvar med smittevernlovgivningen.

Opprustning av smittevernarbeidet i kommunene er en omfattende oppgave. Skal målene nås, er det nødvendig med en ekstra arbeidsinnsats som i et begrenset tidsrom på ca 1 ½ år går utover det som tilsynsmyndighetene har ressurser for til ordinær drift. Helsetilsynet finner det formålstjenlig å definere dette som en særlig oppgave og at innsatsen organiseres som et prosjekt.

Foreløpig prosjektplan.

Mål.

Prosjektets hovedmål er et styrket kommunalt smittevern som oppfyller de krav myndighetene stiller, oppnådd gjennom økt kompetanse, utarbeidelse og implementering av kommunale smittevernplaner.

Virkemidler.

- Helsetilsynet utarbeider et rundskriv som formulerer og utdypet de krav helsemyndighetene stiller til det kommunale smittevern.
- Som grunnlag for smittevernplanen utarbeider kommunelegen, på bakgrunn av foreliggende informasjon om epidemiologiske forhold og smittevernarbeidet i kommunene, en statusrapport og tilstandsvurdering. Områder for forbedring identifiseres.
- I løpet av 2001 skal alle kommunene som et eget område i planen for kommunens helsetjeneste ha utarbeidet en plan for tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført (smittevernloven § 7-1). I planen skal det være innarbeidet egne kapitler om kommunal gjennomføring av hiv/aids-forebyggende arbeid og tuberkulosekontroll i samsvar med revidert forskrift.
- Helsetilsynet og Folkehelse samarbeider om å utarbeide en plan for skolering av smittevernansvarlige i kommunene. Nødvendig materiell utarbeides.
- Helsetilsynet samarbeider med fylkeslegene om retningslinjer for oppfølging av at arbeidet gjennomføres i samsvar med myndighetenes krav og vurderer om det skal gjennomføres felles tilsyn med smittevern i kommunene i 2002 eller 2003.
- Det etableres en faglig referansegruppe for prosjektet.

Helsetilsynets oppgaver: Som overordnet tilsynsorgan og forvalter av smittevernloven har Helsetilsynet et ansvar for å være pådriver og presisere de krav som stilles til kommunene, samt legge forholdene best mulig til rette for at tiltakene kan gjennomføres. Helsetilsynets ansvar er avgrenset til sin hovedrolle som tilsynsorgan og forvalter av smittevernloven. I praksis vil det si å påse at helsetjenesten gjør de oppgavene den er forpliktet til i samsvar med regelverket. Den faglige spisskompetansen ligger utenfor Helsetilsynet.

Samarbeid med andre: På det infeksjonsfaglige området har Folkehelse et klart ansvarsområde og betydelig kompetanse. Helsetilsynet vil samarbeide med Folkehelse i samsvar med retningslinjene i samarbeidsavtalen. Det vil bli lagt særlig vekt på samarbeid med *Prosjekt til styrking av smittevern blant flyktninger, asylsøkere og andre fremmedspråklige gjennom informasjonstiltak og skoleringsarbeid*. På det faglige området kan dette prosjektet som er forankret i Folkehelse, bidra til å styrke smittevernet også på områder som faller utenfor de opprinnelige målgruppene.

I saker som vedrører tuberkulose, vil det bli samarbeidet med SHUS, og det vil bli holdt god kontakt med Sosial- og helsedepartementet.

Styring av prosjektet.

Ansvar for prosjektet vil ligge i linjen forankret i Avdeling for samfunnsmedisin. Gjennomføringen av prosjektet vil være knyttet opp mot den ordinære virksomheten i Helsetilsynet og involvere områdene tilsyn, rådgivning, kvalitetsutvikling, smittevern, hiv/aids forebyggende arbeid, miljørettet helsevern, helsestasjoner, skolehelsetjenesten og primærlegetjenesten.

Det etableres en referansegruppe med representanter fra Helsetilsynet, fylkeslegene, Folkehelse, SHUS og eventuelt andre. Referansegruppen ledes av en fylkeslege og sekretariatsfunksjonen knyttes til prosjektleder.

Økonomi.

Som en følge av innstramning i budsjettet for 2000 er det ikke midler på Helsetilsynets budsjett til å styrke bemanningen for å utføre arbeid utover det som er strengt tatt nødvendig for å ivareta dagens oppgaver. Helsetilsynet finner det derfor nødvendig å søke departementet om å få tildelt ekstra midler for lønn til prosjektleder og til drift.

Driftsmidler. Det må regnes med økte utgifter knyttet til administrasjon, materiell og trykking, reiseutgifter, kurs, referansegruppens arbeid med mer. Helsetilsynet må i noen utstrekning trekke fylkeslegene inn i arbeidet og må kunne stille midler til disposisjon for dette. Planleggingen er ikke kommet langt nok til å sette opp et detaljert budsjett. Arbeidet forutsettes fordelt over siste halvår av 2000 og hele 2001. Det utadrettede arbeidet vil særlig finne sted i 2001, og de største utgiftene vil falle på dette året. Et anslag vil være kr 100 000 i 2000 og kr 300 000 i 2001, til sammen ca kr 400 000 til driftsmidler.

Lønn til prosjektleder. I tillegg til bidrag fra den ordinære virksomheten i avdelingen vil det være nødvendig å ansette en prosjektleder i full stilling. Det må stilles store krav til prosjektleder som må ha kompetanse og erfaring fra arbeid med smittevern og offentlig forvaltning. Andre krav er erfaring i arbeid med innsamling og bearbeiding av data, planlegging og rådgivning. For å kunne rekruttere en dyktig person bør stillingen


plasseres i lønnstrinn 55-62. Vår erfaring er at å gjennomføre et så stort oppdrag trenger tid. Det regnes med at prosjektleder ikke kan tiltre før 1. oktober 2000. Lønnsbelastningen for 2000 antas å bli ca kr. 125 000. For 2001 må det regnes med lønn for hele året.

Forslag til dekning: Lønn og driftsutgifter for 2000 vil til sammen bli ca 225 000 og for 2001 kr 700 000. For å kunne finansiere igangsetting av arbeidet allerede i 2000, finner Helsetilsynet at det er mest realistisk å be om at Kap 719.70 styrkes med kr 225 000. En opprustning av smittevernet i kommunene vil ha avgjørende betydning både for det forebyggende hiv/aids-arbeidet etter avviklingen av handlingsplanen og for tiltak knyttet til handlingsplanen mot antibiotikaresistens. Vi regner derfor med at det kan være aktuelt å bidra med midler fra begge disse handlingsplanene som kommer inn under Kap 719.70.

Med hilsen



Lars Hanssen
fung. helsedirektør



Asbjørn Haugsbø
seniorrådgiver

Saksbehandler: Asbjørn Haugsbø, tlf.: 22 24 88 47



KOPI

STATENS HELSETILSYN

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24/95 90
POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

STATENS HELSETILSYN

2000/569 - 4

DERES REF.
00/03038 FRA/SIN

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2000/569 5 AHA/-

DATO
7. desember 2000

SMITTEVERN I KOMMUNENE. SATSINGSOMRÅDER, RESULTATMÅL OG RESSURSER

Det vises til møtet i departementet 27. oktober då og til utkast til tildelingsbrev for 2001 hvor Helsetilsynet blir bedt om å utarbeide et forslag til omtale av resultatmål for prosjektet "Styrkning av smittevernet i kommunene". De resultatmålene Helsetilsynet har utarbeidet for prosjektet, vil framgå av følgende framstilling hvor det også er foretatt en beregning av antatte utgifter.

Arbeidet med å styrke smittevernet i kommunene kan deles inn i tre hovedområder:

1. Presisering av helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten.
2. Kompetanseheving hos smittevernansvarlige leger og annet helsepersonell som er involvert i smittevernarbeid.
3. Forberede og gjennomføre eventuelt tilsyn i 2002 med smittvernarbeidet i kommunene.

1. Tiltak knyttet til helsemyndighetenes krav til kommunehelsetjenesten

Målgruppe: Kommunens ledelse og smittevernansvarlig lege.

Resultatmål:

- Helsetilsynet utarbeider et rundskriv som formulerer og utdyper de krav helsemyndighetene stiller til det kommunale smittevernet. Rundskrivet gjøres ferdig innen 1. mars 2001.
- Alle kommuner skal innen utgangen av 2001 ha utarbeidet smittevernplaner som en del av kommunens plan for helsetjenester. Hiv/aids forebyggende arbeid og tuberkulosekontroll skal ha egne kapitler i kommunenes smittevernplaner.
- Malen for kommunale smittevernplaner revideres og tilpasses dagens epidemiologiske situasjon.

Kostnad: Sentralt gjøres det meste av arbeidet i Helsetilsynet. Det vil i det vesentlige dreie seg om arbeidsinnsats fra prosjektsleder, anslått til ett månedsverk

2. Kompetanseheving. Folkehelse og Helsetilsynet samarbeider om å utarbeide og gjennomføre en plan for kompetanseheving av aktuelt helsepersonell.

Målgruppe: Smittevernansvarlige kommuneleger og annet personell som har ansvar for smittevern, særlig leger og helsesøstre.

Resultatmål:

- **"Smitteverndagene"** arrangert i andre kvartal 2001. Dette skal være en motiverende konferanse for smittevernansvarlige kommuneleger. Konferansen holdes sentralt. Målet er at deltakerne gjennom økt kunnskap og motivering skal intensivere smittevernarbeidet i sine kommuner og være i stand til å gi råd til smittevernleger i andre kommuner. Antatt deltakere, ca 100.
Utgifter: For å stimulere deltakelsen bør selve konferansen, inkl. lunsj to dager, være gratis. Det bør overveies å dekke ekstra reiseutgifter, f.eks det som overstiger kr 1000 for å stimulere leger fra utkantene til å komme.
Utgifter: Kr. 80 – 100 000.
- Tatt initiativ til at det etableres et **smittevernforum** for leger som arbeider med smittevern. Et slikt forum bør utgå fra og drives av de smittevernansvarlige legene selv. Dette bør kunne bli et resultat av smitteverndagene. Formålet er å utvikle kompetanse og utveksle praktiske erfaringer.
Utgifter til oppstart: Kr 10 - 20 000.
- **Gjennomført fylkesvise kurs** i 10 fylker i 2001. Etter smitteverndagene vil det være naturlig at det i 2. halvår av 2001 og 1. halvår 2002 holdes fylkesvise kurs. Målgruppene er at alle smittevernansvarlige leger i fylket deltar. Dessuten bør en helsesøster eller annet helsepersonell fra hver kommune delta. Invitasjonene bør utformes slik at de oppfattes som en "innkalling". Dette er en ambisiøs målsetting. Erfaringer fra 1995-96 i forbindelse med innføringen av smittevernloven viser at dette lar seg gjennomføre.
Utgifter. Foredragsholdere fra Folkehelse og Helsetilsynet vil kunne påta seg en vesentlig del av undervisningen. Men det må også leies inn en del gode forelesere, gjerne fra spesialisthelsetjenesten i aktuelle fylker. Reiseutgifter for sentrale forelesere vil utgjøre et betydelig beløp. I tillegg kommer leie av lokaler. Det forutsettes at deltakerne selv betaler reise- og kostutgifter.
 - * Honorar til forelesere:
15 kurs. To eksterne forelesere, kr. 1500 til hver. Totalt kr. 45 000
 - * Reiseutgifter. 3 personer, 15 reiser, gjennomsnitt
kr 2500 per reise. " 112 500
 - * Leie av lokaler, 15 steder a kr 5 000. " 75 000
 - * Kursmateriell med mer. " 30 000**Sum Kr 262 500**
- Ansatte i Helsetilsynet og Folkehelse bidrar som **foredragsholdere** ved forskjellige lokale møter og kurs. Naturlig at sentrale foredragsholdere selv dekker utgifter. Antatt beløp **kr. 20 000**

- **Kompetanseutvikling på internett.** Videreutvikling av Helsetilsynets hjemmesider med hensyn på smittevern, inkludert link til Folkehelsas hjemmesider om smittevern og epidemiologiske data.
- **Smittevernhåndbok.** Folkehelsa arbeider for tiden med en ny, revidert utgave av Smittevernhåndboka for kommunehelsetjenesten. Denne publikasjonen har vist seg svært nyttig i oppbyggingen av kompetanse innen smittevern i kommunene. I den nye utgaven av håndboka er det aktuelt å inkludere viktige rundskriv og veiledningsstoff som utarbeides av Helsetilsynet.

Samlede utgifter til kompetanseoppbygging:

Smitteverndagene:	kr. 80 000
Smittevernforum	" 20 000
Regionale kurs	" 262 500
Foredrag	" 20 000
Diverse	" 20 000
Sum	Kr 402 500

Arbeidskraft. Det forutsettes at en egen prosjektleder har ansvaret for planlegging og den praktiske gjennomføringen. I tillegg vil det ble atskillig belastning på ansatte i ordinære stillinger i Helsetilsynet.

Lønn til prosjektleder Kr 450 000


3. Planlegging og gjennomføring av eventuelt tilsyn i 2002.

Dette er en oppgave som vil falle naturlig inn under Helsetilsynets ordinære virksomhet som tilsynsorgan.

Beregningene er foreløpige og omtrentlige. Mesteparten må påregnes brukt i 2001 dersom alt går etter programmet. Det må regnes med en del uforutsette utgifter. I tillegg kommer lønn til prosjektleder som med sosiale utgifter må beregnes til ca kr 450 000. Det er ikke tatt hensyn til at de oppgavene som bare omfatter Folkehelsa, også kan forårsake tilleggsutgifter.

Med hilsen


Frode Forland e.f.
fung. avdelingsdirektør


Asbjørn Haugsbø
seniorrådgiver

Saksbehandler: Asbjørn Haugsbø, tlf.: 22 24 88 47



STATENS HELSETILSYN

KOPI

KONTOR: CALMEYERS GATE 1 - TELEFONER 22 24 88 88 22 24 90 90 - TELEFAKS 22 24 95 90
POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP, 0032 OSLO

Sosial- og helsedepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF
00/03038

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2000/569 5 AHA/-

DATE
27. september 2001

STYRKET SMITTEVERN I KOMMUNENE. STATUSRAPPORT. VIDEREFØRING AV PROSJEKTET I 2002

Det vises til tidligere korrespondanse. Arbeidet med prosjektet har fulgt den planen som er skissert i vårt brev av 7. desember 2000.

Status ultimo september 2001

Rundskrivet til kommunene ble sendt 17. april 2001

Smitteverndagene ble holdt 9. og 10. mai på Folkehelse og samlet ca 90 kommuneleger med smittevernansvar. Vi har fått gode tilbakemeldinger, og det var et uttrykt ønske om at det også i 2002 blir holdt en liknende konferanse.

Arbeidet med å utvikle en mal for smittevernplaner i kommunene har vært omfattende og tidkrevende. Et utkast ble presentert på fylkekonferansen for Hordaland 20. september. På bakgrunn av mottatte kommentarer vil det bli arbeidet med å videreutvikle hjelpemiddelet. Dette arbeidet vil i praksis bli en kontinuerlig prosess. Målet om at alle kommunene skal ha utarbeidet smittevernplaner ved utgangen av 2001, må endres. I praksis vil nok hele 2002 gå med.

Kompetanseheving. Folkehelse utgir i oktober en ny utgave av Smittevernhandboka for kommunehelsetjenesten. Arbeidet med kompetanseutvikling på internett gjennom videreutvikling av Helsetilsynets og Folkehelsas hjemmesider er en kontinuerlig prosess.

Smittevernforum. Ideen om å etablere et slikt forum ble tatt opp på smitteverndagene. Folkehelse er villig til å være en faglig medspiller og ivareta enkle sekretariatfunksjoner. Det arbeides videre med saken, bla. ved at det gis orientering på fylkeskonferansene.

Fylkesvise konferanser blir holdt i 12 fylker høsten 2001. Den første konferansen ble holdt i Hordaland 20. september med 84 deltakere. Konferansene arrangeres i samarbeid med fylkeslegene. På sentralt hold samarbeider Helsetilsynet med Folkehelse og Statens helseundersøkelser. Målgruppene er først og fremst

kommuneleger med smittevernansvar, helsesøstre og andre kommuneansatte som arbeider med smittevern. Samtidig inviteres representanter for fylkeshelsetjenesten og næringsmiddelkontrollen. Programmet blir i særlig grad rettet inn mot praktisk smittevernarbeid i kommunene. Arbeidet med smittevernplan, fokusering på aktuelle epidemiologiske problemstillinger og samarbeid mellom aktuelle aktører i fylket står i fokus.

Etter en noe forsinket oppstart har arbeidet med prosjektet fulgt planen. En medarbeider i 80 % stilling har vært ansatt siden 1. mai 2001. Det som gjenstår for 2002 er gjennomføringen av fylkeskonferanser i 7 fylker. Fylkeslegene i Nordland og Møre og Romsdal har bedt om at det holdes henholdsvis tre og to konferanser. Til sammen blir dette 10 konferanser i 2002.

Vurdering. Virksomheter i 2002.

Tilbakemeldingene fra smitteverndagene og den første fylkeskonferansen har vært positive. Det er tydelig at det er stor interesse for smittevern, samtidig som det er klart at dette arbeidet på mange måter ikke har fått tilstrekkelig prioritet. Gjennom den første fylkeskonferansen har vi fått god innsikt i hvordan smittevernarbeidet fungerer i fylket. Dette gjelder både kommunene, fylkeskommunen og Næringsmiddeltilsynet. Disse erfaringene blir systematisert og vil danne et godt faktagrunnlag for Helsetilsynets tilsynsvirksomhet ved å gi kunnskap om hvordan kommuner, fylkeskommuner og Næringsmiddelkontrollen ivaretar sine lovpålagte plikter på området smittevern. Dette vil være et godt grunnlag for å gjennomføre et eventuelt felles tilsyn med smittevern i kommunene i 2003 slik det er omtalt i prosjektet.

Det videre arbeidet med prosjektet i 2002 kan deles inn i tre bolker med følgende milepæler:

1. Gjennomføring av de 10 fylkeskonferansene som er planlagt i 2002. Den siste konferanse (Oslo) er planlagt 10. april
2. Bearbeide og systematisere informasjon og erfaringer fra fylkeskonferansene og andre aktiviteter fra prosjektet. Dette vil være et viktig grunnlag for Helsetilsynets fremtidige virksomhet med tilsyn innen smittevern. Avsluttes innen 1. september
3. Planlegging av felles tilsyn med smittevern i kommunene i 2003. Planleggingen foretas etter de retningslinjer som følges for slikt tilsyn. Arbeidet vil vare ut året

Økonomi.

Prosjektet vil for 2001 bli gjennomført innen rammen av de midler som er stilt til disposisjon på Kap 719. 70. For gjennomføringen av de 10 fylkeskonferansene i 2002 er det behov for at følgende midler stilles til disposisjon:

Antatte gjennomsnittsutgifter per konferanse for ca 70 deltakere:

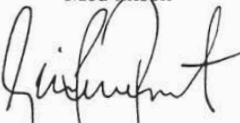
Reiseutgifter for kursansvarlige og forelesere fra Helsetilsynet og Folkehelse. Fire personer, gjennomsnitt kr 2500 per reise.	Kr 10 000
Lokalleie, lunsj	Kr 15 000
Kursmateriell og uforutsatte utgifter	Kr 5 000
Sum	Kr 30 000


For 10 konferanser blir dette kr 300 000.

Det er nødvendig å ha en egen medarbeider som har ansvaret for gjennomføringen av de oppgavene som er skissert under punktene 1-3, kfr. departementets brev av 18.09.2001 om at engasjement av prosjektleder kan forlenges. Nåværende medarbeider er i 80 % stilling og har lønnstrinn 56. Antatt behov for 2002 kr. 400 000.

Helsetilsynet vil fremme forslag om finansiering i forbindelse med arbeidet med budsjettet for 2002 og innholdet i tildelingsbrevet.

Med hilsen


Geir Sverre Braut e.f.
kst. ass. helsedirektør


Asbjørn Haugsbø
seniorrådgiver

Saksbehandler: Asbjørn Haugsbø, tlf.: 22 24 88 47

Smittevern i kommunene. Kommunenes plikter og oppgaver.

Formålet med dette rundskrivet er å bidra til å styrke det kommunale smittevernet. Helsetilsynet har funnet grunn til å ta et slikt initiativ for å sikre at smittevernet er tilpasset dagens smittesituasjonen og de lover og forskrifter som gjelder.

Kampen mot smittsomme sykdommer har stått sentralt i norsk helsetjeneste siden landet fikk den første offentlige legen i 1603. Smittevernet fikk sin lovmessige og administrative forankring i Sunnhetsloven i 1860. Dagens smittevern er forankret i smittevernloven av 5. august 1994. Loven pålegger kommunene ansvaret både for forebyggende og kurative tiltak, samtidig som befolkningen får fastslått sine rettigheter.

Hvorfor styrket smittevern?

Bare ca 2/3 av kommunene har ferdige smittevernplaner slik loven fra 1994 pålegger. Få kommuner har avsatt egne midler til smittevernarbeid. Det foreligger flere eksempler på mangelfullt smittevernarbeid, bla. i forbindelse med behandling og oppsporing av tuberkulose.

Smittesituasjonen er endret. Gode antibiotika, sammen med nye og effektive vaksiner, ga grunnlag for optimisme på 1950 og -60 tallet. Mange trodde at kampen mot de smittsomme sykdommene var vunnet. Slik har det ikke gått. Nye sykdommer som aids og Creutzfeldt-Jakobs sykdom skaper frykt. Andre sykdommer har vist sterk økning. Eksempler er hepatitt A, B og C, samt sykdommer forårsaket av Salmonella og Campylobacter. Velkjente sykdommer har endret karakter, og bakterier har utviklet resistens mot antibiotika. Risikoen for global smittespredning øker ved at verden blir mindre gjennom økt reisevirksomhet, internasjonal omsetning av næringsmidler, innvandring og tilstrømming av asylsøkere

Problemer knyttet til noen tilstander krever særlig oppmerksomhet:

Tuberkulose

Ca 200- 250 nye tilfeller oppdages årlig. De fleste er enten eldre mennesker som ble smittet i sin ungdom, eller innvandrere som har sykdommen når de kommer til Norge fra land hvor sykdommen er utbredt. Det er den siste gruppen som står for økningen de senere årene. Sosial- og helsedepartementet vil i 2001 fastsette ny forskrift om tuberkulosekontroll tilpasset den nye epidemiologiske situasjonen. De kommunale smittevernplanene skal ha et eget kapittel om tuberkulose.

Hiv/aids

Dette er en global katastrofe. Epidemien blir stadig mer omfattende, særlig i Afrika, Sør-øst Asia og Russland.

På 1990-tallet stabiliserte hiv-epidemien seg i Norge. Det forebyggende arbeidet bør baseres på det faktiske forhold at flere heterofile blir smittet i utlandet, og at flere innvandrere og asylsøkere er smittet før de kommer til Norge. Når Handlingsplanen mot hiv/aids utløper i 2001, får kommunene en mer sentral rolle som en integrert del av smittevernet. Smittevernplanen skal ha et eget kapittel om hiv/aids, både for forebyggende arbeid, pleie og omsorg

Ny variant Creutzfeldt- Jakobs sykdom

En ny variant av sykdommen ble identifisert i 1996 i Storbritannia. Forebyggende tiltak har først og fremst vært konsentrert om å utrydde tilstanden hos storfe og å hindre at kjøtt fra infiserte dyr blir brukt som mat. Den store satsingen må ses på bakgrunn av at det fortsatt er mye vi ikke vet om sykdommen.

Antibiotikaresistens

Selv om norske leger har vært restriktive med bruk av antibiotika og situasjonen i Norge er tilfredsstillende, er den internasjonale situasjonen alvorlig.

Bekymringen er særlig knyttet til resistente tuberkelbaciller og meticillinresistente gule stafylokokker.

Kommunenes plikter etter smittevernloven

Smittevernloven har som formål å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen. Kommunehelsetjenesten har en sentral plass i loven hvor hovedoppgavene er skissert i §§ 7-1 og 7-2:

Kommunens oppgaver (§ 7-1):

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder

- *skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen*
- *drive opplysinger om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges*
- *sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk*
- *sørge for at andre tiltak etter denne loven eller kommunehelsetjenesteloven blir satt i verk*

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helsetjeneste. Helsetjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført. Ved iverksetting av tiltak etter §§ 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

Kommunelegens oppgaver (§ 7-2):

Kommunelegen skal utføre de oppgavene innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegens oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegen skal

- utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og tiltak, og organisere og lede dette arbeidet*

- b) *ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen*
- c) *utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen*
- d) *bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i vern mot smittsomme sykdommer*
- e) *gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer*
- f) *utføre andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført*

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Det er også gitt en rekke forskrifter som pålegger kommunehelsetjenesten oppgaver. Eksempler er forskrifter som omhandler helsepersonells melding og varsling, tuberkulosekontroll, skadedyrskjempe, hygieniske krav for frisøre, hudpleie og tatovering, Kommunehelsetjenesten har også sentrale oppgaver knyttet til asylmottak.

Tiltak for å styrke smittevernet

Som et ledd i arbeidet med å styrke smittevernarbeidet i kommunene er det gjennom samarbeid mellom Helsetilsynet og Folkehelsa etablert et prosjekt som omfatter følgende tiltak:

1. Alle kommunene skal innen utgangen av 2001 ha utarbeidet smittevern-planer som en del av kommunens plan for helsetjenester. Hiv/aids forebyggende arbeid og tuberkulosekontroll skal ha egne kapitler i kommunenes smittevernplaner.
2. Malen for kommunale smittevern-planer revideres og tilpasses dagens epidemiologiske situasjon.
3. Kompetanseheving. Folkehelsa og Helsetilsynet har i samarbeid utarbeidet en plan for kompetanse-heving for smittevernansvarlige kommuneleger og annet personell som har ansvar for smittevern, særlig leger og helsesøstre.

Hovedpunktene i planen er:

- ”Smitteverndagene” arrangeres 9. og 10. mai 2001 i Oslo. Dette skal være en motiverende konferanse for smittevern-ansvarlige kommuneleger. Målet er at deltakerne gjennom økt kunnskap og motivering skal intensivere smittevern-arbeidet i sine kommuner og være i stand til å gi råd til smittevernleger i andre kommuner.
- Det er tatt initiativ til at det etableres et smittevernforum for leger som arbeider med smittevern. Et slikt forum bør utgå fra og drives av de smittevernansvarlige legene selv. Dette bør kunne bli et resultat av smitteverndagene. Formålet er å utvikle kompetanse og å utveksle praktiske erfaringer.
- Gjennomføre fylkesvise kurs i 2001 og første halvår 2002. Målet er at alle smittevernansvarlige leger i fylkene deltar. Dessuten bør en helsesøster eller annet helsepersonell fra hver kommune delta.
- Kompetanseutvikling på internett. Videreutvikling av Helsetilsynets og Folkehelsas hjemmesider med hensyn på smittevern og epidemiologiske data, inkludert link til Folkehelsas hjemmesider om smittevern og epidemiologiske data.

- Revisjon av Smittevernhandboka. Folkehelsa arbeider for tiden med en ny, revidert utgave av Smittevernhandboka for kommunehelsetjenesten. Denne publikasjonen har vist seg svært nyttig i oppbyggingen av kompetanse innen smittevern i kommunene.

Forventninger til kommunene.

Helsetilsynet forventer at kommuneledelsen og smittevern-ansvarlige kommuneleger snarest mulig tar opp arbeidet med å styrke det kommunale smittevernet i samsvar med de krav som er satt i loven. At det er utgifter forbundet med kommunens plikter etter smittevernloven, jfr. § 7-1, bør synliggjøres i kommunenes budsjett.

Det legges særlig vekt på at det utarbeides en smittevernplan dersom dette ikke allerede er gjort. Hvor slik plan er utarbeidet, bør denne gjennomgås på nytt og tilpasses dagens epidemiologiske situasjon med innarbeidelse av egne kapitler om tuberkulose og hiv/aids.

Smittevernplanen som omfatter både beredskap og smittevernarbeid i normalsituasjon, er en naturlig del av det kommunale planlegging- og styringssystem. Det legges vekt på at planen innpasses i kommunens internkonroll og kvalitetsprogram .

Planen bør være enkel og oversiktlig med fokus på hovedoppgaver og ansvar-plassering. For å gjøre planarbeidet enklere, vil Helsetilsynet utarbeide en ny, elektronisk tilpasset mal basert på ovennevnte prinsipper.

Forholdene bør legges godt til rette for at smittevernansvarlig kommunelege, helsesøster, forebyggingsrådgivere og andre som arbeider med smittevern, får delta i den kompetanseoppbygging som Helsetilsynet og Folkehelsa gjennomfører. Etter disse konferansene bør det gjennomføres internopplæring. Helsepersonell og andre som er knyttet til mottak for flyktninger og asylsøkere bør prioriteres.

Helsetasjoner for barn, gravide og ungdom, skolehelsetjenesten og samarbeidet med skolen bør styrkes, særlig med tanke på forebygging av hiv/aids og andre seksuelt overførbare sykdommer.

Den kompetanseoppbyggingen som Handlingsplan for miljø og helse legger opp til innen tilsyn med internkontroll i virksomheter som kan påvirke helsen, har også et smitteforebyggende formål.

Samarbeid med andre myndigheter er viktig og omtales i smittevernloven § 3-6 og § 4-10. Aktuelle samarbeidsparter er helsetjenesten i andre kommuner, næringsmiddeltilsynet, veterinærmyndighetene og politiet.

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Asbjørn Haugsbø
seniorrådgiver

Kopi:
Sosial- og helsedepartementet
Fylkeslegene
Folkehelsa

Vedlegg 5
Brev fra Helsetilsynet til
Folkehelseinstituttet av
7. januar 2003



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

KOPI

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen

0403 OSLO

2002 108 48

DERES REF.

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2002/108 II MST/-

DATO
7. januar 2003

Elektronisk sjekklister (mal) for smittevernplan

Som en del av prosjektet "Styrking av smittevernet i kommunene" har Helsetilsynet utarbeidet en elektronisk sjekklister (mal) for kommunal smittevernplan. I brev av 10. mai 2002 forespurte vi

Sosial- og helsedirektoratet om sjekklister kunne plasseres på deres nettsider og driftes videre i deres regi. Gjennom telefonisk og annen muntlig kontakt med ansatte på smittevernfeltet i direktoratet fikk vi før sommeren 2002 forståelsen av at det bl.a. på grunn av status for utviklingen av deres nettsider ikke var mulig å imøtekomme denne forespørselen på daværende tidspunkt.

Sjekklister ble derfor inntil videre lagt ut på Helsetilsynets nettsider. Adressen ble bekjentgjort på MSIS ukemeldingen 25/2002, på Smitteverndagene ved Folkehelseinstituttet 6.-7. juni 2002 og på Interninfo for Statens helsetilsyn (som informasjon til bl.a. fylkeslegene).

Smittevernprosjektet avsluttes ved årsskiftet 2002/2003. Helsetilsynet er også i ferd med å endre sine nettsider, og den delen der sjekklister nå er plassert, vil forsvinne. Vi mener derfor det nå er nødvendig å flytte nettadressen til denne sjekklister. Det har også hele tiden vært enighet mellom de tre etatene om at Sosial- og helsedirektoratet er den naturlige instans for denne oppgaven. Hvis sjekklister skal fungere som et enkelt tilgjengelig hjelpemiddel for smittevernleger i deres arbeid med smittevernplaner, er det viktig at det er kontinuitet i tilgjengeligheten selv om den skifter adresse. Gjennom e-post korrespondanse med Jan E. Fuglesang i Sosial- og helsedirektoratet 22. november og 2. desember 2002 og senere telefonisk kontakt har det fremkommet at det fortsatt er vanskeligheter med å finne en egnet plassering på deres nettsider og at det er usikkerhet med hensyn til når dette kommer endelig i orden. I samråd med Jan E. Fuglesang er det derfor avtalt med Preben Aavitsland ved Folkehelseinstituttet (telefonsamtale 16. desember 2002) at Helsetilsynet oversender sjekklister for smittevernplan på en diskett (som Word-dokument, vedlagt dette brevet), og at Folkehelseinstituttet som en midlertidig ordning legger denne ut på sine nettsider. Vi ber om at Folkehelseinstituttet bekjentgjør denne adresseflyttingen på MSIS. Sjekklister er også etter avtale oversendt som vedlegg i e-post til Jan E. Fuglesang.

Statens helsetilsyn
Norwegian Board of
Health

Pb 818 Dep,
NO-0032 OSLO
Norway

Tel.: (+47) 22 24 88 88
Faks: (+47) 22 24 95 90
E-post/e-mail:
postmottak@helsetilsynet.dep.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Calmeyersgate 1
Org. nr.: 974 761 394

Sjekklisten kan videreutvikles, og den bør jevnlig oppdateres hvis den skal fungere etter sin hensikt som et nettbasert hjelpemiddel i arbeidet med smitteveriplaner. Helsetilsynet regner med at en avklaring om videre drift og plassering av dette hjelpemiddelet gjøres mellom Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet.

Med hilsen


Anne Wyller Shetelig e.f.
avdelingsdirektør


Merete Steen
seniorrådgiver

Vedlegg:
Brev fra Helsetilsynet 10. mai 2002 til Sosial- og helsedirektoratet
Diskett med sjekklister for kommunal smitteveriplan (Word dokument)

Kopier:
Sosial- og helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene

Saksbehandler: Merete Steen, tlf.: 22 24 89 78

Mal for kommunal smittevernplan

Sist endret 02.04.2003.

Innledning

Rekkefølge og kapitteinndeling må tilpasses lokalt. Kommunestørrelse, kommunens og helsetjenestens organisering, annet kommunalt planverk, lokale epidemiologiske forhold og risikovurderinger er viktige faktorer som påvirker innhold og oppbygning av den enkelte kommunes smittevernplaner.

Det kan være aktuelt å inkludere flere forhold enn det som er nevnt i denne malen. Likeledes kan mange av punktene være overflødige, for eksempel dersom de er tilstrekkelig ivarettatt i andre deler av kommunens planer eller at kommunen etter en vurdering av risikosituasjonen i kommunen kommer frem til at de ikke er aktuelle i kommunen.

Smittevernplaner er svært ulike med hensyn til hva som tas inn av rutiner og fremgangsmåter i gjennomføringen av smittevernarbeidet. Prosedyrer / prosessbeskrivelser har neppe berettiget plass inne i selve planen. I noen planer er slike lagt som vedlegg. I andre kommuner er disse lagt inn i internkontrollsystemet. Noen kommuner har slike skriv lagt ut på kommunens intranett for å lette tilgjengeligheten.

Bakerst i dette dokumentet finnes en liste over aktuelle nettsteder for formelle og faglige referanser og for arbeid med planer.

Forankring og gyldighet av planen

- * Hensikt med planen, formelt grunnlag.
- * Kommunens oppgaver (plikter og ansvar) i smittevernet. Lover og regelverk, bl.a. smittevernloven og forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer, finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider.
- * Andre formelle rammer rundt smittevernet.
- * Sammenheng med annet kommunalt planverk.
- * Økonomiske rammer.
- * Definisjoner.
- * Ansvar for utarbeidelse, oppdatering, revisjon etc.
- * Planens tilgjengelighet (nett?) og distribusjonsrutiner.
- * Revideringsrutiner, gyldighet fra – til.

Lokale forhold

Smittevernbehov, risikovurdering og utfordringer i kommunen

Befolkningen

- * Demografiske forhold / vurdering av sårbare og utsatte grupper

Infeksjonsepidemiologi – status og utfordringer

Aktuelle data samt vurdering av nåværende og fremtidige utfordringer og potensiale for import (utland og nabokommuner) av smittsomme sykdommer

Vaksinasjonsstatus

- * Aktuelle data og vurdering vedr. utsatte grupper samt nåværende og fremtidige utfordringer

Næringsmidler, avfall, avløpshåndtering, skadedyrkontroll

- * Status og utfordringer

Kommunale institusjoner og andre virksomheter med behov for infeksjonskontrollprogram el. hygienekontroller

- * Beskrive behov og utfordringer

Andre risikoforhold i kommunen av betydning for smittevernet.

Administrative organer, ansvarsforhold og myndighet

- * Kommunestyrets ansvar og oppgaver
- * Kommunelegens (smittevernlegens, SVL) ansvar og oppgaver
- * Utnevnt stedfortreder for smittevernlegen er (tittel og navn)
- * Delegerte oppgaver innen smittevernet, hvilke oppgaver, hvem de er delegert til og for hvilke tidsrom
- * Utpekt sykehuslege (tittel, navn, arbeidssted (også for stedfortreder) samt oppgaver
- * Vedlegg: Arbeids- og privatadresse, tlf til aktuelle personer, delegasjonsvedtak etc.

Kommunale ressurser, interkommunale og statlige samarbeidsinstanser

Kommunehelsetjenesten

Oversikt over personell og antall stillinger (Kommunelege I, helsesøstre, jordmor, sykehjemsleger, fastleger, fysioterapeuter)

- * Allmennlegetjenesten / fastlegene
- * Helsestasjoner for spedbarn, småbarn, svangerskapskontroll
- * Skolehelsetjenesten
- * Helsestasjon for ungdom
- * Vaksinasjonskontor / smittevernkontor
- * Miljørettet helsevern
- * Pleie- og omsorgsetaten

Andre kommunale tjenester

- * Tekniske tjenester / teknisk etat
- * Helse, miljø og sikkerhet HMS

Interkommunale tjenester

- * Næringsmiddeltilsyn, andre interkommunale ordninger (Vannverk, avfall, renseanlegg, miljørettet helsevern og andre helsetjenesteordninger, f.eks interkommunal legevakt)

Andre helsetjenester

- * Spesialisthelsetjenesten med aktuelle avdelinger

Statlige samarbeidsinstanser

- * Helsetilsynet i fylket
- * Sosial- og helsedirektoratet
- * Folkehelseinstituttet
- * Statens helsetilsyn

- * Helsedepartementet
- * Fylkesmannen
- * Politi, toll og annen offentlig myndighet

Smittevern i normalsituasjonen

Helseopplysning

- * Formelle rammer og faglig basis. Mål.
- * Helseopplysningens betydning og arenaer, vurdering av behov overfor spesielle grupper
- * Aktuelle aktører og deres ansvar, oppgaver og samarbeid (Smittevernlegen, helsestasjonen, fastlegene, evt. andre)
- * Helseopplysning v/ utbrudd av alvorlig sykdom (vise til annet sted i planen?)

Vaksinasjon

- * Barnevaksinasjonsprogrammet samt grunnvaksinering av voksne innvandrere
- * Hepatitt B vaksiner til særlig smitteutsatte grupper
- * Reisevaksiner
- * Influensavaksinasjon
- * Pneumokokkvaksinasjon
- * Vaksinasjon av kommunalt ansatte utsatt for smitterisiko
- * Tetanusvaksinasjon ved sårskader
- * Annen aktuell vaksinasjon

Tuberkulosekontrollprogram

Alle kommuner skal ha et tuberkulosekontrollprogram som skal utgjøre en del av kommunens smittevernplan (jf. § 2-1 i forskrift om tuberkulosekontroll).

Et tuberkulosekontrollprogram etter § 2-1 skal som minimum inneholde følgende elementer (forskriftens § 2-2):

- tiltak overfor kjente risikogrupper for å oppdage tilfeller som er smitteførende eller kan bli det,
- tiltak som sikrer at personer med aktiv tuberkulose kommer under kyndig behandling og oppfølging,
- tiltak for å beskytte usmittede i kjente risikogrupper mot tuberkuløs smitte,
- tilbud om vaksinasjon mot tuberkulose for å motvirke utvikling av sykdom hos usmittede,
- tilbud om forebyggende behandling for å hindre utvikling av sykdom hos enkelte grupper smittede personer.

Tiltakene gjennomføres ved:

- klinisk undersøkelse,
- tuberkulintesting,
- laboratorieundersøkelser,
- røntgenundersøkelse av lungene,
- vaksinasjon mot tuberkulose,
- adekvat behandling og oppfølging i samsvar med internasjonale anbefalinger, herunder direkte observert behandling.

Tiltakene gjennomføres i ulike kombinasjoner etter individuelle behov og indikasjoner.

Hvilke rutiner som skal inngå i kommunens tuberkulosekontrollprogram angis i forskriftens § 2-3.

Hiv/aids- forebyggende arbeid

- * Epidemiologisk situasjon, vurdering
- * Hensikt, målgrupper, ansvar, organisering, samarbeid etc

Andre befolknings eller grupperettede tiltak (for eksempel seksuelt overførbare sykdommer utenom hiv/aids)

- * Hensikt, målgrupper, ansvar, organisering, samarbeid etc

Diagnostikk og behandling av allmennfarlig smittsom sykdom

- * Ansvar (behandlernde lege, smittevernlege, spesialisthelsetjenesten)

Meldesystem for infeksjonsykdommer (samt ved vaksinasjonskomplikasjon)

- * Ansvar , gjennomføring, lokale rutiner , meldeskjemaer etc

Tiltak for å motvirke antibiotikaresistens

- * Ansvar, hensikt, målgrupper, gjennomføring

Miljørettet helsevern

- * Om relasjon mellom smittevern og miljørettet helsevern, kommunens plikter vedr. tilsyn og internkontroll. Jf. bl.a. kap 4a i kommunehelsetjenesteloven.
- * Drikkevannskontroll: Drikkevannskilder, godkjenningsstatus, tilsynsansvar, samarbeid med næringsmiddeltilsynet.
- * Avfalls-og avløpskontroll: Vurdering av risiko, ansvar, tilsyn
- * Slam: Vurdering av risiko, ansvar tilsyn etc
- * Skadedyrkontroll: Vurdering av skadedyr situasjonen og risiko ved dette, ansvar, tilsyn
- * Andre omgivelseshygieniske forhold
- * Smittevern i skoler og barnehager, jf forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler

Mer om tilsyn kan finnes på:

- * Miljørettet helsevern – kommunenes tilsyn med virksomheter (1-00) (IK-2705).
- * Kommunenes tilsyn med miljø og helse: Tilsyn med små virksomheter (1-2001) (IK-2736)
- * Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam (2-95 veil.serie).(IK-2481).

Disse hentes elektronisk eller bestilles på www.helsetilsynet.no

Smittevern i beredskapssituasjoner. Utbrudd av smittsom sykdom

Aktuelle situasjoner og mulig fremtidige situasjoner

- * Smittevernplan og relasjon til annet planverk for kommunal beredskap

Ansvars- og arbeidsfordeling

- * Smittevernlegens ansvar og oppgaver, rutiner ved dennes fravær
- * Hastevedtak og myndighetsdeling i kommunen
- * Kontakt med fylkeslege og/eller smittevernlege i spesialisthelsetjenesten

Kartlegging og vurdering

- * Smittevernlegens oppgaver fra mottatt melding og sykdomsutbrudd i kommunen: Lokalt kartleggingsarbeid lokalt, konsultere faglige ressurser, vurdere aktuelle smitteverntiltak.

Informasjon og varsling

- * Smittevernlegens ansvar, samarbeidspartnere, vurdere informasjonskanaler og målgrupper
- * Bruk av og samhandling med media
- * Formelle varslingsrutiner

Vaksinasjon og forebyggende tiltak

- * Aktuelle situasjoner og tiltak, smittevernlegens ansvar og aktuelle instanser for råd og veiledning
- * Vaksineressurser

Diagnostikk og behandling

- * Ansvarsforhold (fastlege, sykehus, smittevern lege)

Tilgang på legemidler, apotek

Spesielle sykdomsutbrudd

- * Vannbåren infeksjon
- * Matbåren infeksjon
- * Infeksjoner med dråpesmitte
- * Seksuelt overførbare infeksjoner

For hver av disse:

- * Aktuelle utbrudd og risikogrupper
- * Tiltak og ansvarsfordeling og samarbeid

Tuberkulose (konf. tidligere i planen)

- * Varslings- & meldingsrutiner, tiltak, ansvarsfordeling og samarbeid
- * Gjennomføring / fremgangsmåte som vedlegg eller i kvalitetsstyrings- / internkontrollsystem

Kommunalt beredskap for pandemisk influensa (Momentliste fra Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa)

- * Definisjoner
- * Sammenheng med kommunale beredskapsplaner
- * Myndighet og ledelsesansvar
- * Varsling, innkalling, møtested for ekstra personell / arbeidsfordeling, endring av vaktplaner
- * Opprettelse av masseinntak /undersøkelse
- * System for masseregistrering og melding
- * Retningslinjer for vaksinasjon
- * Retningslinjer for behandling og innleggelse i sykehus
- * Informasjon til eget personale og befolkningen i samarbeid med fylkesmannen,

Helsetilsynet i fylket, Statens helsetilsyn, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Sosial- og helsedirektoratet

- * Kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten
- * Psykososial omsorg overfor pasienter / pårørende
- * Anbringelse og identifisering av døde
- * Geistlige tjenester
- * Massemottak / frigjøring av plasser i sykehjem
- * Forsyning av legemidler (antipyretika, antibiotika, profylaktika) og vaksiner

Noen aktuelle nettsteder

Fullstendig oversikt over lover og forskrifter på smittevernområder finnes på Sosial- og helsedirektoratets nettsider.

Statens helsetilsyns nettsider har bl.a. regelverk og aktuelle utredninger. I tillegg til utredninger om tilsyn jf. over, er utredningen ”Miljø og helse i plan – Kvalitetsverktøy og teknikker” aktuell. Utredningen presenterer en rekke teknikker og prosessdesign for å arbeide med miljø og helse i planlegging. Dette er ikke en oppskriftsbok. Teknikker og design må tilpasses den enkelte situasjon, men kan brukes som et diskusjonsgrunnlag og inspirasjonskilde.

Det finnes mer om smittevern under Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider.

Stiftelsen GRUK har på sine sider “Helserådet - Samfunnsmedisinsk kontaktnett” eksempler på ferdige planer. For å komme inn på “Helserådets” sider må du være abonnent, dvs ha et passord. Da får du tilgang til bl.a. Planregister der du kan lese og laste ned en rekke smittevernplaner

Sosi@1- og helseporten, som nå er overtatt av Sosial- og helsedirektoratet, har en side om smittevern med de nyeste rundskrivene.

Statistisk sentralbyrå har bl.a. nøkkeltall om økonomi, skoler, helse, kultur, miljø, sosiale tjenester, boliger og samferdsel.

www.forebygging.no, som er en kunnskapsbase og interaktiv arena for forebyggende og helsefremmende arbeid, inneholder ideer på mulige måter for en kommune å strukturere planarbeidet på.



Statens helsetilsyn Norwegian Board of Health

Helsedepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

DERES REF.

VÅR REF. (BES OPPGITT VED SVAR)
2002/190 II MST/-

DATO
19. april 2002

Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner og bistand fra spesialisthelsetjenesten

Bakgrunnen for denne henvendelsen er å gjøre departementet oppmerksom på problemstillinger knyttet til ovennevnte forskrift som er kommet opp på fylkesvise smittevernkonferanser som i løpet av høsten 2001 / våren 2002 har vært arrangert av Helsetilsynet og Nasjonalt folkehelseinstitutt i samarbeid med fylkeslegene. Konferansene er del av en plan for kompetanseheving og styrking av samarbeidet mellom ulike aktører innen lokalt smittevern, jf. Rundskriv IK-4/2001. Det vises også til telefonsamtaler mellom Ragnhild Spigseth i Helsetilsynet og Hege Johansen i HD i november / desember 2001.

Erfaringer fra de fylkesvise smittevernkonferansene

Smittevern i kommunale helseinstitusjoner har vært ett av temaene på smittevernkonferansene. Fra smittevernfagfolk både i 1. og 2. linjetjenesten har det på konferansene blitt uttrykt bekymring over mangelen på infeksjonskontrollprogram i kommunale helseinstitusjoner. Dette er særlig relatert til smittevernutfordringer ved at sykehus og kommunale sykehjem i stor grad deler pasientpopulasjon. Det har også kommet fram at avtaler om sykehushygienisk bistand mellom regionale helseforetak og kommuner kun er inngått i noen få fylker, jf. forskrift om smittevern i helseinstitusjoner - sykehusinfeksjoner § 3-1. Smittevernkonferansene var avsluttet før det landsomfattende utbruddet knyttet til Dent-O-Sept munnpensel ble kjent.

Deltakerne på smittevernkonferansene har trukket fram følgende forhold som bakgrunn for at kommunale helseinstitusjoner mangler infeksjonskontrollprogram og at avtaler om sykehushygienisk bistand ikke er inngått:

- Sykehusene har knapphet på personalressurser når det gjelder sykehushygiene. De har mange steder ikke nok ressurser til å dekke egne oppgaver innad i sykehusene og kan da ikke prioritere utadrettet virksomhet mot kommunene. Dette gjelder både smittevernansvarlige leger og hygienesykepleiere.

Postadresse:	Web: www.helsetilsynet.no	Telefon: 22 24 88 88	Gateadresse: Calmeyersg. 1
Postboks 8128 Dep 0032 OSLO	E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.no	Telefaks: 22 24 95 90	Organisasjonsnummer: 974 761 394

- Sykehusenes knappe personalressurser på hygienefeltet nødvendiggjør inntekter fra kommunene for å kunne gi tilbud om bistand, ved at sykehusene på denne måten kan finansiere hygienesykepleierstillinger for å dekke dette feltet
- Det regionale helseforetaket krever betaling fra kommunene for å inngå avtaler om bistand (vanligvis et beløp per innbygger i kommunen) og dette gjør at mange kommuner avstår fra å inngå avtaler. I noen fylker har utviklingen av et bistandstilbud stoppet opp fordi for få kommuner har "meldt seg på". Igangsetting av et slikt tilbud har da forutsatt deltakelse fra mange / samtlige kommuner i sykehusets nedslagsfelt, jf. punktene ovenfor.
- I mange kommuner tas det ikke initiativ til å få etablert avtaler om sykehushygienisk bistand, jf. forskriftens § 3-1, 4. ledd.

At sykehusene krever betaling fra kommunene for sine tjenester er av mange kommuneleger (smittevernleger) blitt beskrevet som urimelig sett i lys av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

I følge hygienesykepleiere ved sykehusene driver de en utstrakt rådgivning og veiledning overfor kommunehelsetjenesten og personalet ved sykehjemmene, i form av bl.a. å svare på telefoniske henvendelser. I noen fylker er det opprettet avtaler om sykehushygienisk bistand med de fleste / alle kommunene, og sykehuset har da egen hygienesykepleier til dette formålet.

I Smittevernplan for Sogn og Fjordane fylkeskommune 2001-2004 ble det foreslått at sykehushygienisk bistand til kommunehelsetjenesten organiseres som et treårig prosjekt, finansiert av fylkeskommunen med evt. overgang til selvfinansiering. I begrunnelsen for prosjektorganiseringen og oppstartfinansiering fra fylkeskommunen ble det lagt vekt på at det vil være et omfattende forberedelsesarbeid til denne tjenesten, og at en slik fase i alle tilfelle må betales av fylkeskommunen.

Helsetilsynet har også brakt i erfaring at noen kommuner har etablert infeksjonskontrollprogram for sine sykehjem uten bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det er også eksempler på kommuner som selv har ansatt hygienesykepleier til å dekke ulike oppgaver innen kommunen, både i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Regelverket på området

Etter forskrift om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinstitusjoner § 3-1, 3. ledd skal fylkeskommunen "tilby nødvendig sykehushygienisk bistand til kommunale helseinstitusjoner innen fylket". Sykehusene skal altså yte faglig bistand slik at kommunene kan oppfylle sine plikter til å etablere, tilrettelegge og følge opp infeksjonskontrollprogrammer ved sine sykehjem. Etter forskriftens § 4-1 skal utgiftene forbundet med oppgavene i forskriften dekkes av den økonomisk ansvarlige for virksomheten. Det blir i merknadene presisert at infeksjonsforebygging i helseinstitusjoner anses som kostnadseffektivt og at "institusjoner som har behov for sykehushygienisk bistand fra fylkeskommunalt hold forutsettes å betale for denne".

Helsepersonell har i følge lov om spesialisthelsetjenesten m.m § 6-3 en plikt til å "gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift", herunder smittevernet, se smittevernloven §§ 7-1 og 7-2. I departementets merknader til shtl § 6-3 blir det presisert at plikten er absolutt i den forstand at veiledningen skal gis av eget tiltak eller på anmodning fra kommunehelsetjenesten og i de tilfeller der kommunehelsetjenesten

har behov for veiledning for å kunne løse sine oppgaver etter loven. Det blir videre presisert at spesialisthelsetjenesten ikke kan unnlate å oppfylle denne plikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning. Det er ut fra dette Helsetilsynets forståelse at spesialisthelsetjenesten ikke kan kreve betaling for den veiledning som de er pliktige til å yte etter shtl § 6-3.

Sykehushygienisk bistand til kommunale helseinstitusjoner sett i forhold til annen veiledningsaktivitet overfor kommunehelsetjenesten

I Helsetilsynet er det i løpet av 2001 gjennomført en kartlegging av hvordan sykehusene organiserer veiledning overfor kommunehelsetjenesten innenfor utvalgte fagområder, jf. brev fra Sosial- og helsedepartementet av 23. juni 2000 og forslag til tilsynsoppgaver for 2001. Gjennom denne kartleggingen har det kommet fram at det foregår ulike former for veiledning der virkemidler og tiltak synes å være av lignende karakter sin de som inngår i avtalene om sykehushygienisk bistand til kommunale helseinstitusjoner. Det er imidlertid ikke knyttet krav om betaling til disse typer veiledning.

Helsetilsynets vurdering av regelverket

Dersom veiledningsplikten etter shtl § 6-3 skal ytes vederlagsfritt vil dette være forskjellig fra ordningen i forskrift om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner, jf. §§ 3-1, 3. ledd og 4-1, der spesialisthelsetjenesten kan kreve betaling for bistand til å etablere, tilrettelegge og følge opp infeksjonskontrollprogram.

Veiledningsplikten etter shtl § 6-3 skal omfatte helsemessige forhold. Dette er i forarbeidene presisert å være tiltak som angår pasientens fysiske eller psykiske helse, og knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg og rehabilitering av pasienter. Veiledningsplikten gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunen har eller overtar ansvaret for og i forhold til kommunehelsetjenestens generelle lovpålagte oppgaver, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99) side 100-01. Plikten til å yte bistand etter forskriften for etablering, tilrettelegging og oppfølging av infeksjonskontrollprogrammer er en relativt omfattende plikt for spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med infeksjonskontrollprogram kan være ressurskrevende både for kommuner som plikter å ha slike program og for spesialisthelsetjenesten som skal gi kommunene nødvendig sykehushygienisk bistand.

Sammenfattende vurdering

De siste ukers alvorlige hendelser knyttet til Dent-O-Sept munnpensel har ytterligere aktualisert viktigheten av at kommunene får på plass infeksjonskontrollprogram i sine helseinstitusjoner.

Forskrift om smittevern i helseinstitusjoner – sykehusinfeksjoner angir klare plikter for kommunene og for de regionale helseforetakene når det gjelder å etablere de nødvendige tjenester og få i stand avtaler om sykehushygienisk bistand.

Krav om betaling for sykehushygienisk bistand gjør at mange kommuner avstår fra å inngå slike avtaler med sykehusene.

Gjennom smittevernkonferansene har vi fått tydelige indikasjoner på at det er mangel på personell med sykehushygienisk kompetanse i forhold til å ivareta de plikter som forskriften pålegger spesialisthelsetjenesten.

Lovharmonisering og opphevelse av betalingsplikten for sykehushygienisk bistand til kommunene vil etter Helsetilsynets vurdering ikke løse utfordringene knyttet til kommunenes behov for bistand uten at sykehusenes personellressurser innen sykehushygiene styrkes.

Med hilsen

Lars E. Hanssen
helsedirektør

Merete Steen
seniorrådgiver

Saksbehandler: Merete Steen, tlf.: 22 24 89 78

Kopi: Sosialdepartementet
Fylkeslegene

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

1/2002 Utredning om drift og organisering av morsmelkbaner (januar 2002)

2/2002 Tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (februar 2002)

3/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

4/2002 Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)

5/2002 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)

6/2002 Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)

7/2002 For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)

8/2002 Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)

9/2002 Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)

10/2002 Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)

11/2002 Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

1/2003 På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger – kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)

2/2003 Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)

3/2003 Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)

4/2003 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)

5/2003 Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)

6/2003 Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)

7/2003 Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)

8/2003 Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)

9/2003 Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)

10/2003 Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)

11/2003 Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)

Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.

Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

Styrket smittevern i kommunene

I rapporten presenteres status for prosjektet ”Styrket smittevern i kommunene” som ble gjennomført i 2001-2002 som et samarbeid mellom Helsetilsynet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Målet med prosjektet var å stimulere kommunene til å styrke det lokale smittevernet både faglig og formelt.

Prosjektet ble satt i gang på bakgrunn av erfaringer fra tilsyn og for å øke kompetansen blant smittevernleger og annet personell i kommunen slik at de står bedre rustet til å oppfylle myndighetenes krav på smittevernfeltet. Blant resultatmålene var at alle kommuner skulle ha smittevernplaner innen utgangen av 2002, at det skulle utarbeides mal for kommunale smittevernplaner og at det skulle gjennomføres tiltak for å øke kompetansen blant smittevernleger og annet personell.

Deltakere på de fylkesvise smittevernkonferansene som ble arrangert i prosjektperioden, tyder på at prosjektet har hatt positiv effekt og at Helsetilsynet har fått et viktig grunnlag for fremtidige tilsynsaktiviteter.