

REFERAT |SØG| Tjenesteutvalget (2012-2019) d. 23-01-2013

Møtedato Onsdag d. 23. januar 2013 kl. 09:00

Møtested Søgne

Innholdsfortegnelse

- Forside Tjenesteutvalget 23.01.2013.....	3
- Saksliste Tjenesteutvalget 23.01.2013.....	5
PS 113 Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012.....	7
PS 213 Referatsaker 23.1.2013.....	35
PS 313 Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering.....	37
PS 413 Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i øk	120
PS 513 Eventuelt 23.1.2013.....	123
RS 113 Prosjekt ufrivillig deltid 20111568.....	125
RS 213 Nyhetsbrev desember 2012 2012306.....	128
RS 313 Budsjett 2013 Informasjon om innstrammingstiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habil	138
RS 413 Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samh	142
RS 513 Foreløpig IS 1-2013 - De viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorg	146
RS 613 Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 2811-20	175
RS 713 Rapport fra høsten 2012 - Pårørendeskole 2010734.....	177
RS 813 Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles... 20122621.....	185
Z Forslag til møteprotokoll etter møtet 23.1.2013.....	187

Sak 1: - Forside Tjenesteutvalget 23.01.2013



SØGNE KOMMUNE

Møteinnkalling

Utvalg: Tjenesteutvalget
Møtested: Søgne omsorgsenter, Undervisningsrom øst/vest
Dato: 23.1.2013
Tid: 09:00

Forfall meldes til utvalgssekretær Bror Skrede, 476 04 499 eller bror.skrede@sogne.kommune.no, som sørger for innkalling av varamenn. Varamenn møter kun ved spesiell innkalling.

Innkalling er sendt til:

Navn	Funksjon	Reprenter
Christian Eikeland	Leder	FRP
Helge Rinden	Medlem	FRP
Oscar Lohne	Medlem	H
Anne Caroline Bakken	Medlem	H
Grethe Jakobsen	Medlem	H
Benedicte Andresen	Medlem	H
Janette Kleivset	Medlem	KRF
Jørund Try	Nestleder	SP
Anniken Gray	Medlem	AP
Aslaug Bakke	Medlem	AP
Per Kjær	Medlem	SV

Program:

09.00: Informasjon fra PPT.

09.30: Skolene informerer om hvilke tiltak de jobber med for å gi elevene mestring og tilpassa opplæring.

10.45: Behandling av smittevernplan.

11.00: Behandling av øvrige oppsatte saker.

11.30: Lunsj.

12.00: Fortsatt behandling av oppsatte saker.

Søgne 16.1.2013

Christian Eikeland(sign.)
Leder

Bror Olav Andreas Skrede
Utvalgssekretær

Sak 2: - Sakliste Tjenesteutvalget 23.01.2013

Saksnr	Innhold	U.off.
PS 1/13	Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012	
PS 2/13	Referatsaker 23.1.2013	
RS 1/13	Prosjekt ufrivillig deltid	
RS 2/13	Nyhetsbrev desember 2012	
RS 3/13	Budsjett 2013: Informasjon om innstrammingsiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering	
RS 4/13	Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen	
RS 5/13	Foreløpig IS 1-2013 - De viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorgsområdet i 2013	
RS 6/13	Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 28/11-2012	
RS 7/13	Rapport fra høsten 2012 - Pårørendeskole	
RS 8/13	Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles...	
PS 3/13	Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering	
PS 4/13	Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i økonomiplan 2013-15	
PS 5/13	Eventuelt 23.1.2013	

Sak 3: PS 113 Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012



Saksframlegg

Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget godkjenner protokoll etter møtet 28.11.2012.

Vedlegg

- 1 Forslag til protokoll etter møtet i Tjenesteutvalget 28.11.2012



Møteprotokoll

Utvalg: Tjenesteutvalget
Møtested: Undervisningsrom øst/vest, Søgne omsorgssenter
Dato: 28.11.2012
Tid: 09:00

Faste medlemmer som møtte:

Navn	Funksjon	Reprenter
Christian Eikeland	Leder	FRP
Helge Rinden	Medlem	FRP
Oscar Lohne	Medlem	H
Anne Caroline Bakken	Medlem	H
Grethe Jakobsen	Medlem	H
Janette Kleivset	Medlem	KRF
Anniken Gray	Medlem	AP
Aslaug Bakke	Medlem	AP
Per Kjær	Medlem	SV

Forfall faste medlemmer:

Navn	Funksjon	Reprenter
Jørund Try	NESTL	SP
Benedicte Andresen	MEDL	H

Varamedlemmer som møtte:

Navn	Møtte for	Reprenter
Bjarne Bentsen Lieng	Jørund Try	SP

Fra eldrerådet møtte:

Navn	Funksjon	Reprenter
Arvid Abrahamsen	Leder	
Borgny Larsen	Nestleder	
Kai Gjertsen	Medlem	H
Björg Bjørsvik	Medlem	Uavhengig
Torhild Hortemo	Varamedlem	

Fra administrasjonen møtte:

Navn	Stilling
Gustav Skretting	Kommunalsjef, helse- og omsorgssektoren
Liv Landaas	Kommunalsjef, oppvekstsektoren
Øyvind Seland	Saksbehandler, Forvaltningstjenesten
Trude Ronæs	Enhetsleder, Enhet for hjemmetjenester
Svein Rasset	Enhetsleder, Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering
Cecilia Mossige Johansen	Rektor/enhetsleder, Langenes skole
Mona Michalsen	Ruskonsulent, Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering
Anne Christin Høyem	Enhetsleder, Enhet for institusjonstjenester

Erlend Bakke	Styrer, Sjøstjerna barnehage
Bror O.A. Skrede	Rådgiver/utvalgssekretær

Program:

09.00 – 10.30: Workshop med tjenesteutvalget, eldrerådet og arbeidsgruppe som fremlegger og ser på hvordan kommunen kan møte fremtidens omsorgsutfordringer ved økt bruk av tekniske virke-/hjelpemidler

Arbeidsgruppens forslag og ideer til følgende:

- Utforming av boliger/omsorgsboliger.
- Trygghetsteknologi som forebyggende tiltak. Det vil si f.eks. fallforebygging, brannforebygging og trygghetsalarmer.
- Alarmsentral, hvem skal besvare utløste alarmer.
- Hvordan sikre at teknologien passer sammen, kunne kombineres.

Etter at workshop med tjenesteutvalget og eldrerådet er avholdt, fremlegges saken til politisk behandling (PS 67/12).

10.40 - 11.30: Behandling av saker

11.30: Lunsj

12.00: Budsjett og økonomiplan (innledning og informasjon totalt 1 time).

- Kommunalsjef oppvekst innleder om oppvekst, ca. 30 min. inkl. evt. et par enhetsledere som er «mest berørt».
- Kommunalsjef omsorg innleder om helse- og omsorg, ca. 30 min. inkl. evt. et par enhetsledere som er «mest berørt».

Behandling av økonomiplan og budsjett, uttalelse til formannskapet og kommunestyret.

Ca 13.30: Videre behandling av saker som ikke ble ferdig behandlet før lunsj.

Av elleve medlemmer møtte ti. For Jørund Try, Sp, møtte Bjarne Bentsen Lieng. Det møtte ingen vararepresentant for Benedicte Andresen, H. Utvalget var beslutningsdyktig. Ingen merknad til innkalling og dagsorden utover at forslag til høringsvar: Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten, behandles som sak PS 77/12. Arbeidsgruppens forslag til høringsnotat ble lagt frem på papir i møtet. Eventuelt får dermed nytt saksnummer, PS 78/12.

Underskrift:

Vi bekrefter med våre underskrifter at protokollen er ført i samsvar med det som ble bestemt i møtet.

Christian Eikeland
(Leder)

Bror O.A. Skrede
(Utvalgssekretær)

Saksnr	Innhold	U.off.
PS 65/12	Godkjenning av protokoll etter møtet 24.10.2012	
PS 66/12	Referatsaker 28.11.2012	
RS 32/12	Tilbakemelding turløype Kjellandsheia	
RS 33/12	Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 3. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen	
RS 34/12	Rapport prosjektperiode 1 - Lokalmedisinske tjenester i Knutepunkt Sørlandet kommuner	
RS 35/12	Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SAU) på Nygård skole og kompetansesenter 10/10-2012	
RS 36/12	Referat fra SAU 31.10.12	
RS 37/12	Referat fra møte i Foreldrenes Arbeidsutvalg (FAU) Nygård skole og kompetansesenter 10.10.2012.	
RS 38/12	Vurderingsrapport - ekstern skolevurdering på Langenes skole, november 2012	
PS 67/12	Rapport fra arbeidsgruppe	
PS 68/12	STYRINGSGRUPPE FOR TILBAKEMELDING NÅR DET GJELDER KAP. 4 I RUSMIDDELPOLITISK HANDLINGSPLAN	
PS 69/12	RULLERING AV IDRETTENS HANDLINGSPROGRAM 2013-2016	
PS 70/12	ROMSITUASJONEN VED KORTTIDS/REHAB-AVDELINGEN - SAMHANDLINGSREFORMENS UTFORDRINGER	
PS 71/12	Økonomiplan 2013-2016, Budsjett 2013	
PS 72/12	Plan for kompetanseutvikling i grunnskolen 2011-13 - underveisrapportering	
PS 73/12	Forslag til møteplan vårhalvåret 2013 - Administrasjonsutvalget, tjenesteutvalget, plan- og miljøutvalget, formannskapet og kommunestyret	
PS 74/12	Rødhetteprosjektet	
PS 75/12	Utsmykking av nye Søgne rådhus	
PS 76/12	Sentrumsnær lysløype, valg av løypetracè.	
PS 77/12	Høringsnotat: Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten	
PS 78/12	Eventuelt 28.11.2012	

PS 65/12 Godkjenning av protokoll etter møtet 24.10.2012

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget godkjenner protokoll etter møtet 24.10.2012.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Ingen merknader.

Vedtak:

Tjenesteutvalget godkjenner protokoll etter møtet 24.10.2012.

PS 66/12 Referatsaker 28.11.2012

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget tar referatsakene til orientering.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Rådmannen trakk sak RS 37/12 fra behandling.

Ingen merknader.

Vedtak:

Tjenesteutvalget tar referatsakene til orientering.

RS 32/12 Tilbakemelding turløype Kjellandsheia 2012/200

RS 33/12 Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 3. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen 2010/3036

RS 34/12 Rapport prosjektperiode 1 - Lokalmedisinske tjenester i Knutepunkt Sørlandet kommuner 2012/3278

RS 35/12 Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SAU) på Nygård skole og kompetansesenter 10/10-2012 2005/221

RS 36/12 Referat fra SAU 31.10.12 2012/296

RS 37/12 Referat fra møte i Foreldrenes Arbeidsutvalg (FAU) Nygård skole og kompetansesenter 10.10.2012. 2005/221

RS 38/12 Vurderingsrapport - ekstern skolevurdering på Langenes skole, november 2012 2009/1535

PS 67/12 Rapport fra arbeidsgruppe

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget slutter seg til arbeidsgruppens forslag til de 4 hovedområdene som det arbeides videre med:

- Alarmsentral
- Kommunal bolig- og trygghetspakke
- Elektronisk dørlås
- Sporings- og lokaliseringsteknologi (GPS)

I all hovedsak bør disse løsningene etter hvert kunne tas i bruk i Søgne kommune når finansiering og lovhemler er nærmere klarlagt. Dette bør kunne skje ved utvidede abonnementsordninger, der bruker i stor grad betaler kostnadene.

Det bør også søkes nærmere interkommunalt samarbeid, evt. i kombinasjon med tilskuddsmidler.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til behandling.

Christian Eikeland, Frp, fremmet forslag: «Saken sendes til behandling i eldrerådet og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne før ny behandling i tjenesteutvalget.»

Votering:

Forslaget enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Saken sendes til behandling i eldrerådet og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne før ny behandling.

PS 68/12 STYRINGSGRUPPE FOR TILBAKEMELDING NÅR DET GJELDER KAP. 4 I RUSMIDDELPOLITISK HANDLINGSPLAN

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget som styringsgruppe for rusmiddelpolitisk handlingsplan, gir følgende tilbakemeldinger:

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Gustav Skretting og Svein Rasset informerte.
Ordfører Åse R. Severinsen deltok i debatten.

Oscar Lohne, H, fremmet forslag på vegne av H, Frp og Krf: «Tjenesteutvalget ber om at handlingsplanen bearbeides ytterligere i forhold til strategiene for å nå målene. Vi ønsker en konkretisering av tiltakene som vi har i dag i forhold til forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. Tjenesteutvalget ønsker en prioritering i forhold til nye tiltak.»

Aslaug Bakke, Ap, fremmet tilleggsforslag til forslaget fra Frp, H og Krf: «Ønsker en vurdering av hvilke tiltak som er effektive for redusering av rusproblem og å implementere disse.»

Helge Rinden, Frp, fremmet følgende forslag til endringer:

- Punkt 4.3.2. endres til 4 – 18 år.
- Punkt 4.4.1.: Første strekpunkt strykes.
- Punkt 4.4.2.: Endres: Også ideelle og andre organisasjoner med i samarbeidet.
- Punkt 4.4.3.: Det skal i større grad stilles forventninger og krav ved tildeling av kommunale boliger.
- Generelt: Det må komme klarere frem hva vi har økonomiske rammer til å gjennomføre i 2013. Det må også fremlegges et overslag over hva det vil koste å implementere tiltak i fremtiden.

Votering:

Oscar Lohnes forslag enstemmig vedtatt.
Aslaug Bakkes tilleggsforslag ble enstemmig vedtatt.

Frps forslag til endringer:

Punkt 4.3.2.: Enstemmig vedtatt.

Punkt 4.4.1.: Enstemmig vedtatt.

Punkt 4.4.2.: Enstemmig vedtatt.

Punkt 4.4.3.: Vedtatt med ni mot en stemme (Per Kjær, SV).

Generelt.: Enstemmig vedtatt..

Vedtak:

Tjenesteutvalget som styringsgruppe for rusmiddelpolitisk handlingsplan, gir følgende tilbakemeldinger:

Tjenesteutvalget ber om at handlingsplanen bearbeides ytterligere i forhold til strategiene for å nå målene. Vi ønsker en konkretisering av tiltakene som vi har i dag i forhold til forebyggende arbeid, behandling og rehabilitering. Tjenesteutvalget ønsker en prioritering i forhold til nye tiltak.

Tjenesteutvalget ønsker en vurdering av hvilke tiltak som er effektive for redusering av rusproblem og å implementere disse.

Følgende endringer gjøres i kapittel 4:

- Punkt 4.3.2. endres til 4 – 18 år.
- Punkt 4.4.1.: Første strekpunkt strykes.
- Punkt 4.4.2.: Endres: Også ideelle og andre organisasjoner med i samarbeidet.
- Punkt 4.4.3.: Det skal i større grad stilles forventninger og krav ved tildeling av kommunale boliger.
- Generelt: Det må komme klarere frem hva vi har økonomiske rammer til å gjennomføre i 2013. Det må også fremlegges et overslag over hva det vil koste å implementere tiltak i fremtiden.

PS 69/12 RULLERING AV IDRETTENS HANDLINGSPROGRAM 2013-2016

Rådmannens forslag til vedtak:

1.

Kommunestyret vedtar kulturenhetens forslag til handlingsprogram for 2013-2016.

2.

Søgne kommune ber om at fylkeskommunen utbetaler kr 1 153 000 i spillemidler for 2013 i denne prioriterte rekkefølgen:

Ordinære anlegg:

Søgne kommune: Kunstgress 7'er bane, Tinntjønn.

Søgne kommune: Tursti, Kapelløya.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Aslaug Bakke, Ap, fremmet følgende forslag: ”Skytebane innplasseres i handlingsplanen. Under 2013 er oppført 700 000. 200 000 er ubrukt i tidligere år. Anvendes til skytebane.”

Christian Eikeland, Frp, fremmet tilleggsforslag som punkt 3: ”Nærmiljøtiltak: Ballbinge Tånevig. Kommunale midler reduseres til 300 000 kr. Private midler økes til 100 000 kr. Det forutsettes at Vestbygda Velforening bidrar med dugnadsinnsats tilsvarende 100 000 kr.”

Helge Rinden, Frp, fremmet tilleggsforslag som punkt 4: ”Tjenesteutvalget er positive til en fremtidig skytebane, men avventer reguleringsplanen og en nærmere drøfting av kommunale bidrag.”

Votering:

Rådmannens forslag ble satt opp mot Aps forslag. Rådmannens forslag vedtatt med åtte (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, Kjær, SV, og Lieng, SP) mot to stemmer (Bakke og Gray, Ap).

Eikelands tilleggsforslag, punkt 3, ble vedtatt med åtte (Bakke og Gray, Ap, Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, Kjær, SV, og Lieng, SP) mot to stemmer (Bakken og Lohne, H).

Rindens tilleggsforslag, punkt 4, ble vedtatt med åtte (Bakke og Gray, Ap, Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, Kjær, SV, og Lieng, SP) mot to stemmer (Bakken og Lohne, H).

Vedtak:

1.

Kommunestyret vedtar kulturenhetens forslag til handlingsprogram for 2013-2016.

2.

Søgne kommune ber om at fylkeskommunen utbetaler kr 1 153 000 i spillemidler for 2013 i denne prioriterte rekkefølgen:

Ordinære anlegg:

Søgne kommune: Kunstgress 7'er bane, Tinntjønn.

Søgne kommune: Tursti, Kapelløya.

3.

Nærmiljøtiltak: Ballbinge Tånevig.

Kommunale midler reduseres til 300 000 kr. Private midler økes til 100 000 kr.

Det forutsettes at Vestbygda Velforening bidrar med dugnadsinnsats tilsvarende 100 000 kr.

4.

Tjenesteutvalget er positive til en fremtidig skytebane, men avventer reguleringsplanen og en nærmere drøfting av kommunale bidrag.

PS 70/12 ROMSITUASJONEN VED KORTTIDS/REHAB-AVDELINGEN - SAMHANDLINGSREFORMENS UTFORDRINGER

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunestyret slutter seg til de hovedprinsipper som fremgår av saksutredningen. Fremdrift og økonomiske konsekvenser vurderes nærmere i forbindelse med behandling av økonomiplaner og budsjetter.

Saksprotokoll i Eldrerådet - 19.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Eldrerådet stiller seg bak rådmannens forslag til vedtak, men ønsker å presisere at ombyggingen av kontorfløyen på Søgne omsorgssenter må påbegynnes så snart som mulig. Eldrerådet ønsker også at nattbasen for hjemmetjenesten umiddelbart flyttes til omsorgsboligene på Lundeveien.

Eldrerådet fremmet to tilleggsforslag: «Søgne kommune bør starte planlegging av nye institusjonsplasser på arealet syd for Søgne omsorgssenter så snart som mulig. I tillegg bør Søgne kommune også se på muligheten til videre utbygging av institusjonsplasser i samarbeid med Songdalen kommune.»

«Eldrerådet vil presisere at en situasjon med to personer på rommet ikke er ønskelig. Dersom dette likevel blir nødvendig, må dette bare skje i unntakstilfeller og kun for kortere perioder.»

Innstillingen og tilleggsforslagene ble enstemmig vedtatt.

Innstilling:

Eldrerådet stiller seg bak rådmannens forslag til vedtak, men ønsker å presisere at ombyggingen av kontorfløyen på Søgne omsorgssenter må påbegynnes så snart som mulig. Eldrerådet ønsker også at nattbasen for hjemmetjenesten umiddelbart flyttes til omsorgsboligene på Lundeveien.

Søgne kommune bør starte planlegging av nye institusjonsplasser på arealet syd for Søgne omsorgssenter så snart som mulig. I tillegg bør Søgne kommune også se på muligheten til videre utbygging av institusjonsplasser i samarbeid med Songdalen kommune.

Eldrerådet vil presisere at en situasjon med to personer på rommet ikke er ønskelig. Dersom dette likevel blir nødvendig, må dette bare skje i unntakstilfeller og kun for kortere perioder.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Aslaug Bakke, AP, fremmet to tilleggsforslag:

1. «Tjenesteutvalget ønsker at nattbasen for hjemmetjenesten umiddelbart flyttes til omsorgsboligene på Lundeveien.»
2. «Tjenesteutvalget vil presisere at en situasjon med to personer på rommet ikke er ønskelig. Dersom dette likevel blir nødvendig, må dette bare skje i unntakstilfeller og kun for kortere perioder.»

Helge Rinden, Frp, fremmet følgende tilleggsforslag: «Tjenesteutvalget viser til budsjettbehandling om en bruker per rom.»

Votering:

Rindens forslag ble vedtatt med seks (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, og Lieng, Sp) mot fire stemmer (Bakke og Gray, Ap, Kjær, SV og Kleivset, Krf). Dermed falt også Bakkes forslag nr. 2. Bakkes forslag nr. 1 ble nedstemt med tre (Bakke og Gray, Ap, og Kleivset, Krf) mot sju stemmer (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kjær, SV, og Lieng, Sp).

Rådmannens forslag til vedtak med endringer vedtatt.

Innstilling:

Kommunestyret slutter seg til de hovedprinsipper som fremgår av saksutredningen. Fremdrift og økonomiske konsekvenser vurderes nærmere i forbindelse med behandling av økonomiplaner og budsjetter.

Tjenesteutvalget viser til budsjettbehandling om en bruker per rom.

PS 71/12 Økonomiplan 2013-2016, Budsjett 2013

Rådmannens forslag til vedtak:

1. Kommunestyret vedtar økonomiplan for 2013-2016. Forslag til driftsrammer og investeringsbudsjett i økonomiplanen 2013-2016, er kommunens årsbudsjett for 2013.
2. Kommunestyret vedtar å skrive ut eiendomsskatt i hele Søgne kommune i 2013, med 2 promille av takstgrunnlaget på hver eiendom med reduksjonsfaktor på 15 prosent og 500 000 kroner i bunnfradrag.
3. Stortingets fastsatte maksimalsatser for formues- og inntektsskatt skal legges til grunn for innkreving av skatt i budsjettåret 2013.
4. Rådmannens forslag til budsjett for Søgne kommune for 2013 vedtas med de disponeringer og premisser som går fram av merknadene. Kommunestyret vedtar at fordelingen til enhetene skal skje med netto driftsrammer.
5. Kommunestyret vedtar å oppta lån til investeringer som følger iht. tabell i saksfremstillingen. Totalt låneopptak i budsjett 2013 til kommunale investeringer, inkludert selvkostområdene, utgjør 32 756 000 kroner. I tillegg til ovennevnte lån opptas lån i Husbanken til startlån for videre utlån stort 20 000 000 kroner.

Saksprotokoll i Administrasjonsutvalget - 13.11.2012

Behandling:

Administrasjonsutvalget fremmet følgende forslag:

Saken utsettes og behandles på nytt i ekstraordinært møte i Administrasjonsutvalget 16.11.12 kl 12:00. Dette etter at det har vært avviklet drøftingsmøte etter hovedavtalen 16.11.12 kl 09:00 mellom rådmannen og de hovedtillitsvalgte.

Vedtak:

Saken utsettes og behandles på nytt i ekstraordinært møte i Administrasjonsutvalget 16.11.12 kl 12:00. Dette etter at det har vært avviklet drøftingsmøte etter hovedavtalen 16.11.12 kl 09:00 mellom rådmannen og de hovedtillitsvalgte.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Liv Landaas, Erlend Bakke, Gustav Skretting og Svein Risset informerte.

Grethe Jakobsen ba om at hennes habilitet ble vurdert i forbindelse med behandling av saken. Tjenesteutvalget fant at Jakobsen er inhabil i de saker som omhandler barnehagesektoren. Jakobsen fratrådte sålede møte i behandlingen av Eikelands forslag B og C.

Christian Eikeland, Frp, fremmet følgende tre forslag på vegne av Frp, H og Krf:

A.: «Rådmannens forslag til vedtak, økonomiplan for 2013 - 2016 samt investeringsplan for samme periode, vedtas med følgende endringer samt merknader:

1. Bunnfradraget ved utligning av eiendomsskatt økes med kr.100 000 til kr.600 000.
2. Utbytte fra Agder Energi A/S og Avfall Sør A/S økes med kr.500 000.
3. Overføring til investeringsbudsjett reduseres med kr.500 000.
4. Maksimal låneopptak settes til kr.550 000 000.
5. Rommene på korttidsavdelingen opprettholdes som enkeltrom.
6. Kommunestyret vil avskaffe eiendomsskatten fra 1.jan.2016. Rådmannen anmodes om å tilpasse driften av og budsjettene for kommunen i forhold til dette.

Driftsbudsjettet:

10.2 Barnevern

Rådmannens forslag på ramme 2013 - 2016:	13 109 000.
Fellesforslagets forslag på ramme 2013 – 2016:	12 809 000.

Kommunestyret vil vurdere barnevernets ramme på ny i revideringen av budsjettet til våren, og det tas sikte på at det søkes om økte stillinger gjennom de midler som er avsatt i statsbudsjettet 2013.

Overføres 10.18 Psykisk helsearbeid og habilitering og øremerkes rusarbeid, lavterskelarbeid

Kommunestyret vil vurdere rammen til rusarbeidet på ny i revideringen av budsjettet etter at ny ruspolitisk handlingsplan er vedtatt i 2013

10.10 Kulturenheten

Kontingentøkningen til kulturskolen skal i sin helhet tilfalle kulturskolens drift.»

B.: «Investeringsplan 2013 – 2016:

Investeringsplanen endres tilsvarende slik at totale investeringer for alle områder, reduseres med kr. 31 000 000 til 146 040 000 for hele perioden.

Investeringer, Barnehage 2013:

Barnehageinvesteringer reduseres med 10 000 000.
Søkes å gjennomføres gjennom private utbygginger.
Kommunestyret er positive til en utvidelse av Vedderheia barnehage.

2015:

Barnehageinvesteringer reduseres med 21 000 000.
Søkes å gjennomføres gjennom private investeringer.»

C.: «Tomtebo barnehage drives videre som i dag.»

D.: «Kommunestyret ber om en sak der fremtidig bruk av Breiteigen vurderes, de lokaler Solstrålen barnehage er plassert i dag.»

Janette Kleivset, Krf, fremmet følgende forslag på vegne av Krf, Frp og H:

- a. Flertallet vil i utgangspunktet gå inn for en videreføring av ordningen med kontantstøtten.
- b. Tjenesteutvalget ber rådmannen øke budsjettet til 17.maikomiteen med kr. 15 000,- og innarbeide dette i budsjettet.
- c. Søgne kommune ønsker å legge til rette for tomt for allmennyttige formål sentralt i Søgne (Søgne menighet).»

Per Kjær, SV, fremmet følgende forslag: «Kulturbudsjettet økes med 500 000. Beløpet brukes til kulturskolen og noe til frie midler for ulike kulturprosjekter.»

Aslaug Bakke, Ap, fremmet følgende protokolltilførsel til rådmannens forslag: ”Rådmannens forslag til vedtak, med de endringsforslag som kommer i senere behandling av saken.”

Votering:

Rådmannens forslag til vedtak med protokolltilførsel fra Bakke, Ap, ble satt opp mot Eikeland, Frp, sitt forslag A. Eikeland's forslag vedtatt med sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, og Lieng, SP) mot tre stemmer (Bakke og Gray, Ap, og Kjær, SV).

Jakobsen, H, fratrådte møtet.

Rådmannens forslag til vedtak med protokolltilførsel fra Bakke, Ap, ble satt opp mot Eikeland, Frp, sitt forslag B. Eikeland's forslag vedtatt med seks (Bakken og Lohne, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, og Lieng, SP) mot tre stemmer (Bakke og Gray, Ap, og Kjær, SV).

Eikeland, Frp, sitt forslag C ble enstemmig vedtatt.

Jakobsen, H, tiltrådte møtet.

Eikeland, Frp, sitt forslag D enstemmig vedtatt.

Kleivset, Krf, sitt forslag a ble vedtatt med sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, og Lieng, SP) mot tre stemmer (Bakke og Gray, Ap, og Kjær, SV).

Kleivset, Krf, sitt forslag b ble enstemmig vedtatt.

Kleivset, Krf, sitt forslag c ble enstemmig vedtatt.

Kjær, SV, sitt forslag falt med tre (Bakke og Gray, Ap, og Kjær, SV) mot sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, og Lieng, SP) stemmer.

Innstilling:

Rådmannens forslag til vedtak, økonomiplan for 2013 - 2016 samt investeringsplan for samme periode, vedtas med følgende endringer samt merknader:

1. Bunnfradraget ved utligning av eiendomsskatt økes med kr.100 000 til kr.600 000.
2. Utbytte fra Agder Energi A/S og Avfall Sør A/S økes med kr.500 000.
3. Overføring til investeringsbudsjett reduseres med kr.500 000.
4. Maksimal låneopptak settes til kr.550 000 000.
5. Rommene på korttidsavdelingen opprettholdes som enkeltrom.
6. Kommunestyret vil avskaffe eiendomsskatten fra 1.jan.2016. Rådmannen anmodes om å tilpasse driften av og budsjettene for kommunen i forhold til dette.

Driftsbudsjettet:

10.2 Barnevern

Rådmannens forslag på ramme 2013 - 2016: 13 109 000.

Fellesforslagets forslag på ramme 2013 – 2016: 12 809 000.

Kommunestyret vil vurdere barnevernets ramme på ny i revideringen av budsjettet til våren, og det tas sikte på at det søkes om økte stillinger gjennom de midler som er avsatt i statsbudsjettet 2013.

Overføres 10.18 Psykisk helsearbeid og habilitering og øremerkes rusarbeid, lavterskelarbeid

Kommunestyret vil vurdere rammen til rusarbeidet på ny i revideringen av budsjettet etter at ny ruspolitisk handlingsplan er vedtatt i 2013

10.10 Kulturenheten

Kontingentøkningen til kulturskolen skal i sin helhet tilfalle kulturskolens drift.

Investeringsplan 2013 – 2016:

Investeringsplanen endres tilsvarende slik at totale investeringer for alle områder, reduseres med kr. 31 000 000 til 146 040 000 for hele perioden.

Investeringer, Barnehage 2013:

Barnehageinvesteringer reduseres med 10 000 000.

Søkes å gjennomføres gjennom private utbygginger.

Kommunestyret er positive til en utvidelse av Vedderheia barnehage.

2015:

Barnehageinvesteringer reduseres med 21 000 000.

Søkes å gjennomføres gjennom private investeringer.

Tomtebo barnehage drives videre som i dag.

Kommunestyret ber om en sak der fremtidig bruk av Breiteigen vurderes, de lokaler Solstrålen barnehage er plassert i dag.

Flertallet vil i utgangspunktet gå inn for en videreføring av ordningen med kontantstøtten.

Tjenesteutvalget ber rådmannen øke budsjettet til 17.maikomiteen med kr. 15 000,- og innarbeide dette i budsjettet.

Søgne kommune ønsker å legge til rette for tomt for allmennyttige formål sentralt i Søgne (Søgne menighet).

PS 72/12 Plan for kompetanseutvikling i grunnskolen 2011-13 - underveisrapportering

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget tar underveisrapport på plan for kompetanseutvikling for skolene 2011-13 til orientering.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Helge Rinden, Frp, fremmet tilleggsforslag: ”Tjenesteutvalget ønsker at skolene gjør de ansatte som har elever med tyngre diagnoser i stand til å sette seg inn i hver enkelt diagnose og dens lære- og opplæringsmetoder. Tjenesteutvalget ønsker at skolene jobber tettere med brukerorganisasjonene om dette.”

Votering:

Rådmannens forslag enstemmig vedtatt.

Rindens forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Tjenesteutvalget tar underveisrapport på plan for kompetanseutvikling for skolene 2011-13 til orientering.

Tjenesteutvalget ønsker at skolene gjør de ansatte som har elever med tyngre diagnoser i stand til å sette seg inn i hver enkelt diagnose og dens lære- og opplæringsmetoder. Tjenesteutvalget ønsker at skolene jobber tettere med brukerorganisasjonene om dette.

PS 73/12 Forslag til møteplan vårhalvåret 2013 - Administrasjonsutvalget, tjenesteutvalget, plan- og miljøutvalget, formannskapet og kommunestyret

Rådmannens forslag til vedtak:

Vårhalvåret 2013 holder formannskapet, tjenesteutvalget, plan- og miljøutvalget og kommunestyret følgende møter:

JANUAR

Onsdag 09.01.13	: Plan- og miljøutvalget
Mandag 14.01.13	: Eldrerådet
Tirsdag 15.01.13	: Administrasjonsutvalget
Tirsdag 15.01.13	: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 16.01.13	: Formannskapet
Onsdag 23.01.13	: Tjenesteutvalget
Onsdag 30.01.13	: Plan- og miljøutvalget
Torsdag 31.01.13	: Kommunestyret

FEBRUAR

Onsdag 06.02.13	: Formannskapet
Mandal 11.02.13	: Eldrerådet
Tirsdag 12.02.13	: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 13.02.13	: Plan- og miljøutvalget
Tirsdag 26.02.13	: Administrasjonsutvalget
Onsdag 27.02.13	: Tjenesteutvalget
Torsdag 28.02.13	: Kommunestyret

MARS

Onsdag 06.03.13	: Formannskapet
Mandag 11.03.13	: Eldrerådet
Tirsdag 12.03.13	: Administrasjonsutvalget
Tirsdag 12.03.13	: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 13.03.13	: Plan- og miljøutvalget
Onsdag 20.03.13	: Tjenesteutvalget
Torsdag 21.03.13	: Kommunestyret

APRIL

Onsdag 03.04.13	: Formannskapet
Mandag 08.04.13	: Eldrerådet
Tirsdag 09.04.13	: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 10.04.13	: Plan- og miljøutvalget
Tirsdag 16.04.13	: Administrasjonsutvalget
Onsdag 17.04.13	: Tjenesteutvalget
Onsdag 24.04.13	: Plan- og miljøutvalget
Torsdag 25.04.13	: Kommunestyret

MAI

Onsdag 08.05.13	: Formannskapet
Mandag 13.05.13	: Eldrerådet
Tirsdag 14.05.13	: Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 15.05.13	: Plan- og miljøutvalget
Onsdag 22.05.13	: Tjenesteutvalget

Tirsdag 28.05.13 : Administrasjonsutvalget
Onsdag 29.05.13: : Plan- og miljøutvalget
Torsdag 30.05.13 : Kommunestyret

JUNI

Onsdag 05.06.13 : Formannskapet
Mandag 10.06.13 : Eldrerådet
Tirsdag 11.06.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 12.06.13 : Plan- og miljøutvalget
Tirsdag 18.06.13 : Administrasjonsutvalget
Onsdag 19.06.13 : Tjenesteutvalget
Torsdag 20.06.13 : Kommunestyret
Onsdag 26.06.13 : Plan- og miljøutvalget

Administrasjonsutvalgets møter settes ordinært tirsdager kl 09.00.

Tjenesteutvalgets og plan- og miljøutvalgets møter settes ordinært onsdager kl 09.00.

Formannskapets møter settes ordinært onsdager kl 09.00.

Kommunestyrets møter settes ordinært torsdager kl 17.30.

Eldrerådets møter settes ordinært til mandager kl 10.00.

Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevnes møter settes ordinært til tirsdager kl 12.00.

Saksprotokoll i Formannskapet - 21.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Formannskapet fattet enstemmig vedtak i samsvar med rådmannens forslag:

Vedtak:

Formannskapet godkjenner rådmannens forslag til politisk møteplan for vårhalvåret 2013.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Ingen merknader.

Votering:

Rådmannens forslag enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Vårhalvåret 2013 holder formannskapet, tjenesteutvalget, plan- og miljøutvalget og kommunestyret følgende møter:

JANUAR

- Onsdag 09.01.13 : Plan- og miljøutvalget
- Mandag 14.01.13 : Eldrerådet
- Tirsdag 15.01.13 : Administrasjonsutvalget
- Tirsdag 15.01.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Onsdag 16.01.13 : Formannskapet
- Onsdag 23.01.13 : Tjenesteutvalget
- Onsdag 30.01.13 : Plan- og miljøutvalget
- Torsdag 31.01.13 : Kommunestyret

FEBRUAR

- Onsdag 06.02.13 : Formannskapet
- Mandal 11.02.13 : Eldrerådet
- Tirsdag 12.02.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Onsdag 13.02.13 : Plan- og miljøutvalget
- Tirsdag 26.02.13 : Administrasjonsutvalget
- Onsdag 27.02.13 : Tjenesteutvalget
- Torsdag 28.02.13 : Kommunestyret

MARS

- Onsdag 06.03.13 : Formannskapet
- Mandag 11.03.13 : Eldrerådet
- Tirsdag 12.03.13 : Administrasjonsutvalget
- Tirsdag 12.03.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Onsdag 13.03.13 : Plan- og miljøutvalget
- Onsdag 20.03.13 : Tjenesteutvalget
- Torsdag 21.03.13 : Kommunestyret

APRIL

- Onsdag 03.04.13 : Formannskapet
- Mandag 08.04.13 : Eldrerådet
- Tirsdag 09.04.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Onsdag 10.04.13 : Plan- og miljøutvalget
- Tirsdag 16.04.13 : Administrasjonsutvalget
- Onsdag 17.04.13 : Tjenesteutvalget
- Onsdag 24.04.13 : Plan- og miljøutvalget
- Torsdag 25.04.13 : Kommunestyret

MAI

- Onsdag 08.05.13 : Formannskapet
- Mandag 13.05.13 : Eldrerådet
- Tirsdag 14.05.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Onsdag 15.05.13 : Plan- og miljøutvalget
- Onsdag 22.05.13 : Tjenesteutvalget
- Tirsdag 28.05.13 : Administrasjonsutvalget
- Onsdag 29.05.13 : Plan- og miljøutvalget
- Torsdag 30.05.13 : Kommunestyret

JUNI

Onsdag 05.06.13 : Formannskapet
Mandag 10.06.13 : Eldrerådet
Tirsdag 11.06.13 : Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne
Onsdag 12.06.13 : Plan- og miljøutvalget
Tirsdag 18.06.13 : Administrasjonsutvalget
Onsdag 19.06.13 : Tjenesteutvalget
Torsdag 20.06.13 : Kommunestyret
Onsdag 26.06.13 : Plan- og miljøutvalget

Administrasjonsutvalgets møter settes ordinært tirsdager kl 09.00.

Tjenesteutvalgets og plan- og miljøutvalgets møter settes ordinært onsdager kl 09.00.

Formannskapets møter settes ordinært onsdager kl 09.00.

Kommunestyrets møter settes ordinært torsdager kl 17.30.

Eldrerådets møter settes ordinært til mandager kl 10.00.

Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevnes møter settes ordinært til tirsdager kl 12.00.

PS 74/12 Rødhetteprosjektet

Rådmannens forslag til vedtak:

Søknaden fra Aleneforeldreforeningen i Kristiansand om et bidrag på 100 000 kroner til Rødhetteprosjektet avslås.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Helge Rinden, Frp, fremmet følgende forslag: ”Søgne kommune stiller seg positive til Rødhetteprosjektet og lignende, men kan kun bidra til prosjektet i samarbeid med andre kommune.

Tjenesteutvalget ber rådmannen fortsette å arbeide mot andre kommuner med tanke på et fremtidig samarbeid.”

Votering:

Rindens forslag satt opp mot rådmannens forslag.

Rinden, Frp, sitt forslag vedtatt med sju (Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, Kjær, SV, Lieng, SP og Bakke og Gray, Ap) mot tre (Bakken, Lohne og Jakobsen, H) stemmer.

Vedtak:

Søgne kommune stiller seg positive til Rødhetteprosjektet og lignende, men kan kun bidra til prosjektet i samarbeid med andre kommune.

Tjenesteutvalget ber rådmannen fortsette å arbeide mot andre kommuner med tanke på et fremtidig samarbeid.

PS 75/12 Utsmykking av nye Søgne rådhus

Rådmannens forslag til vedtak:

Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av fire personer som disponerer et budsjett på 300 000 kroner til kunstnerisk utsmykking av det nye rådhuset. Budsjettet innarbeides i kommende økonomiplan.

Arbeidsgruppen har følgende sammensetning:

- Brukerrepresentant for bygget.
- Medlem av styret i Søgne kunstlag eller annen forening/lag med et kunstengasjement/kunstfaglig tilnærming.
- Politisk valgt representant.
- Kulturenheten (også funksjon som sekretær).

Arbeidsgruppen konsulterer arkitekt samt holder byggekomiteen og politikere informert underveis i prosessen.

Saksprotokoll i Kommunestyret - 15.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå formannskapetets forslag til innstilling:
Kommunestyret fattet enstemmig vedtak i samsvar med formannskapetets innstilling

Vedtak:

Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av fire personer som disponerer et budsjett på 300 000 kroner til kunstnerisk utsmykking av det nye rådhuset. Budsjettet innarbeides i kommende økonomiplan.

Arbeidsgruppen har følgende sammensetning:

- Brukerrepresentant for bygget.
- Medlem av styret i Søgne kunstlag eller annen forening/lag med et kunstengasjement/kunstfaglig tilnærming.
- Politisk valgt representant fra tjenesteutvalget.
- Kulturenheten (også funksjon som sekretær).

Arbeidsgruppen konsulterer arkitekt samt holder byggekomiteen og politikere informert underveis i prosessen.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Helge Rinden, Frp, foreslår Anne Caroline Bakken, H.
Anniken Gray, Ap foreslår Aslaug Bakke, Ap.

Votering:

Anne Caroline Bakken ble valgt med sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Eikeland og Rinden, Frp, Kleivset, Krf, og Lieng, SP) mot tre (Bakke og Gray, Ap, og Kjær, SV) stemmer.

Vedtak:

Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av fire personer som disponerer et budsjett på 300 000 kroner til kunstnerisk utsmykking av det nye rådhuset. Budsjettet innarbeides i kommende økonomiplan.

Arbeidsgruppen har følgende sammensetning:

- Brukerrepresentant for bygget.
- Medlem av styret i Søgne kunstlag eller annen forening/lag med et kunstengasjement/kunstfaglig tilnærming.
- Politisk valgt representant fra tjenesteutvalget.
- Kulturenheten (også funksjon som sekretær).

Arbeidsgruppen konsulterer arkitekt samt holder byggekomiteen og politikere informert underveis i prosessen.

Anne Caroline Bakken er politisk valgt representant i arbeidsgruppen.

PS 76/12 Sentrumsnær lysløype, valg av løypetracè.

Rådmannens forslag til vedtak:

Rådmannen legger fram to alternative forslag til vedtak:

Alt A Åros strandsti
Alt B Kvernhusløypa

Formannskapet innstiller til kommunestyret:
Formannskapet innstiller på alt for lyssatt turløype

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Christian Eikeland, Frp, fremmet følgende forslag: «Tjenesteutvalget ønsker å etablere lysløype i Fåmyra. Tjenesteutvalget ber rådmannen søke fylkeskommune og fylkesmann om midler til å etablere en friluft-, aktivitets- og folkehelsepark i nærheten av lysløype. Lysløypen skal tilpasses alle i forhold til universell utforming.»

Oscar Lohne, H, fremmet rådmannens forslag om alternativ B.

Per Kjær, SV, fremmet rådmannens forslag om alternativ A.

Votering:

Eikelands forslag ble nedstemt med sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Bakke og Gray, AP, Kleivset, Krf, og Kjær, SV) mot tre stememr (Eikeland og Rinden, Frp, og Lieng, Sp).

Kjærs forslag ble nedstemt med en (Kjær, SV) mot ni stemmer.

Lohnes forslag ble vedtatt med sju (Bakken, Lohne og Jakobsen, H, Bakke og Gray, Ap, Kleivset, Krf og Lieng, Sp) mot tre (Eikeland og Rinden, Frp og Kjær, SV) stemmer.

Innstilling:

Kommunestyret vedtar alt. B, Kvernhusløypa, for lyssatt turløype.

PS 77/12 Høringsnotat: Bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi i helse- og omsorgstjenesten

Rådmannens forslag til vedtak:

Søgne kommune stiller seg positive til lovendringsforslaget. Arbeidsgruppens forslag til høringsnotat oversendes Helse- og Omsorgsdepartementet som Søgne kommunes høringsnotat.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Ingen merknader.

Enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Søgne kommune stiller seg positive til lovendringsforslaget. Arbeidsgruppens forslag til høringsnotat oversendes Helse- og Omsorgsdepartementet som Søgne kommunes høringsnotat.

PS 78/12 Eventuelt 28.11.2012

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 28.11.2012

Behandling:

Oscar Lohne, H: Etterlyser informasjon om oppussingen på Tomtebo barnehage. Kommunalsjef Liv Landaas kommer tilbake med svar.

Per Kjær, SV: Etterlyser fokus på og oppdatering av kulturplan og kulturminnevernplan. Per Kjær fremmet oversendelsesforslag: «Administrasjonen ser om saken om kulturminnevern og kulturlandskap skal legges til Tjenesteutvalget».

Aslaug Bakke, Ap: Etterlyser tilsetting av ny biblioteksjef.

Sak 4: PS 213 Referatsaker 23.1.2013



Saksframlegg

Referatsaker 23.1.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget tar referatsakene til orientering.

Sak 5: PS 313 Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering



Saksframlegg

Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
3/13	Tjenesteutvalget	23.01.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Smittevernplanen for Søgne kommune 2012 med vedleggene Pandemiplan og Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune vedtas. Det forutsettes at planen fortløpende blir supplert med ny kunnskap og ny informasjon og at det blir foretatt en total oppdatering hvert tredje år. Smittevernlegen har ansvar for dette.

Bakgrunn for saken:

Smittevernplan for Søgne kommune ble utarbeidet av kommuneoverlegen/smittevernlegen i 1997 og vedtatt første gang i kommunestyret 05.05.1997. Planen har senere vært revidert tre ganger, siste gang med vedtak i tjenesteutvalget 15.04.2009. Det fremgår av forordet til planen at denne skal ha en total oppdatering hvert tredje år og at kommuneoverlege/smittevernlege har ansvar for dette.

Saksutredning:

Planen er i løpet av høsten 2012 blitt gjennomgått, justert og oppdatert. Dette har vært gjort av smittevernlegen i samarbeid med øvrig personell i Enhet for helsetjenester. Det er foretatt justering og oppdatering av aktuelle lover og forskrifter og ellers gjort de nødvendige endringer slik at planen nå er i tråd med dagens kunnskap og praksis på området. Adresser, e-poster og telefoner er kontrollert og korrigert. Den største endringen i forhold til planen fra 2009 er likevel at Pandemiplan og Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune, som begge ble utarbeidet i 2009, nå også er justert og oppdatert og denne gang lagt som vedlegg til smittevernplanen.

Smittevernplanen anno 2012 vil således danne en helhetlig plan for alt som har med smittevernarbeid å gjøre.

Smittevernplanen har vært, og vil fortsatt være, et nyttig verktøy for alle helsearbeidere som er involvert i smittevernarbeid.

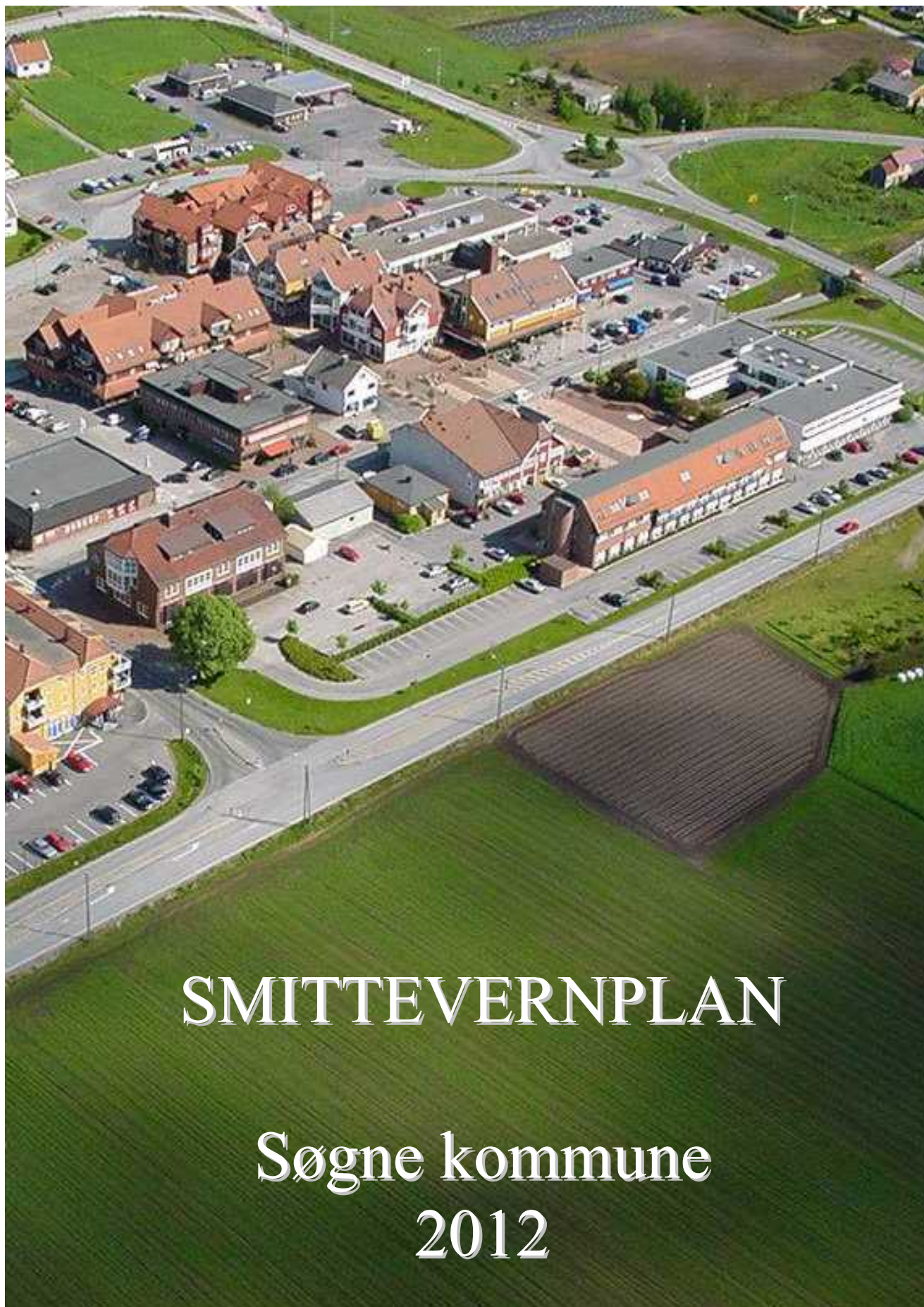
Det forutsettes at planen blir fortløpende supplert med ny kunnskap og ny informasjon og at det blir foretatt en total oppdatering av planen hvert tredje år.

Rådmannens merknader:

Planen synes å være gjennomgått på en grundig måte og oppdateringen av planen med vedleggene synes å være tilfredsstillende. Det anbefales at den vedtas.

Vedlegg

- 1 Smittevernplan for Søgne kommune 2012
- 2 Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa
- 3 Pandemiplan for Søgne kommune pr. juni 2009 - revidert 2012



SMITTEVERNPLAN

Søgne kommune
2012

SMITTEVERNPLAN

FOR

SØGNE KOMMUNE

Utarbeidet av

kommuneoverlege/smittevernlege

Finn Georg Birkeland 1/4-1997

Vedtatt av Kommunestyret 15/5-1997.

Revidert 2000, 2005 og 2009

Siste reviderte utgave vedtatt i tjenesteutvalget januar 2013

Forord

Dette er 4.revisjon av den første planen som ble utarbeidet i 1997.
Planen må fortløpende bli supplert med ny kunnskap og ny informasjon.
Kommuneoverlege/smittevernlege har ansvar for at berørte parter blir informert.

Total oppdatering av planen bør gjøres hvert 3. år.
Kommuneoverlege/smittevernlege har ansvar for dette.

Søgne, november 2012

Finn Georg Birkeland
kommuneoverlege/smittevernlege

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	3
INNLEDNING	7
1.1. Aktuelle lover	7
1.2. Kommunens oppgaver	7
1.3. Kommuneoverlegens/smittevernlegens oppgaver	8
1.4. Samarbeid med mattilsynet	8
2. ALLMENN FARLIGE SMITTSOMME SYKDOMMER	8
2.1. Definisjon.	8
2.2. Fortegnelse over allmennfarlige smittsomme sykdommer.	8
2.3. Kommunens personellressurser.	8
3. NORMALTILSTANDEN	9
3.1. Definisjon	9
3.2. Forebygging av smittsomme sykdommer	9
3.2.1. Helseopplysning	9
3.2.2. Infeksjonsepidemiologi	9
3.2.3. Vaksinasjonsstatus	9
3.2.4. Potensiale for import av smittsomme sykdommer	10
3.2.5. Drikkevannskilder.	10
3.2.6. Avfallshåndtering	11
3.2.7. Skadedyrkontroll	11
3.2.8. Offentlige lokaler	11
3.3. Diagnostikk	11
3.3.1. Påvisning.	12
3.3.2. Mikrobiologisk undersøkelse	12
3.3.3. Meldingsrutiner	12
3.3.4. Primærlegebehandling	12
4. BEREDSKAPSTILSTANDEN	13
4.1. Definisjon	13
4.1.1. Beredskapstiltak	13
4.2. Forebygging	13
4.2.1. Motvirke smittespredning	13
4.2.2. Sikre drikkevannskilder	13
4.2.3. Smitteavfall	14
4.2.4. Skadedyrtryddelse	14
4.2.5. Forsamlingskontroll	14
4.3. Behandling	15
4.3.1. Primærlegebehandling	15

Smittevernplan for Søgne kommune

	5
4.3.2. Spesialist- og sykehusbehandling	15
4.3.3. Nære kontakter	15
4.3.4. Oppsporing av smittekilde	16
4.3.5. Meldingsrutiner	16
4.3.6. Hindre spredning (vaksinasjon, isolasjon)	16
4.4. Informasjon til befolkningen - masseundersøkelse	16
4.4.1. Taushetsplikt	17
4.4.2. Nødvendig informasjon til befolkningen	17
4.4.3. Masseundersøkelser	17
4.4.4. Massebehandling	17
4.4.5. Eventuell sanering av omgivelsene	17
5. NÆRMERE OM SPESIELLE SYKDOMMER	18
5.1. Influensa	18
5.1.1. Pandemisk influensa	18
5.1.2. Fugleinfluensa	20
5.2. Tuberkulosekontrollprogram	21
5.2.1. Tuberkulose i Norge	21
5.2.2. Organisering	21
5.2.3. Tuberkuloseundersøkelser	21
5.2.4. BCG-vaksinasjon	22
5.3. Hepatitt A (smittsom gulsott)	23
5.4. Hepatitt B	23
5.5. Andre hepatitter	24
5.6. HIV (AIDS)	24
5.7. Meningokokksykdom	25
5.8. Tyfoid, dysenteri, salmonella, norwalk-lignende virusinfeksjon m.v. (Næringsmiddelbåren gastroenteritt)	25
5.9. Kolera og ETEC-diarè	26
5.10. Difteri, poliomyelitt, kikhoste, meslinger, røde hunder og kusma	26
5.11. Seksuelt overførte sykdommer (SOS)	26
5.12. Pneumokokksykdom	27
5.13. MRSA – Meticillinresistente gule stafylokokker	27
5.13.1. Generelt	27
5.13.2. Undersøkelse ved innleggelse og før arbeid i sykehus eller sykehjem	27
5.13.3. Prøvetaking	28
5.13.4. Smitteoppsporing i hjemmesykepleien	28
5.13.5. Kontroll etter sanering	29
5.13.6. Fastlegens oppfølging av pasienter med MRSA	29
5.14. Legionella	30
5.15. SARS – Severe acute respiratory syndrome	31
6. SMITTEVERNARBEIDET I INSTITUSJON	32

VEDLEGG:

33

Innledning

Denne smittevernplanen må ses i sammenheng med Beredskapsplan for Søgne kommune. Beredskapsplanen inneholder også plan for kommunens kriseledelse. Her finnes også detaljerte opplysninger om helsepersonell og andre samarbeidspartnere og hvordan disse kan kontaktes.

Ved større epidemier er det forutsetningen at også disse planene kommer til anvendelse.

Eksempler på slike større epidemier kan være:

- >100 personer smittet med næringsmiddelbåren gastroenteritt.
- >5 personer på sykehjem/omsorgssenter med samme
- 3 eller flere personer med bakteriell meningitt.

1.1. Aktuelle lover

1. Lov om vern mot smittsomme sykdommer av 5. aug. 1994.
2. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 2011.
3. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011
4. Lov om matproduksjon og mattrygghet mv. av 19. desember 2003.
5. Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 med forskrift.
6. Forskrift om tuberkulosekontroll av 2009
7. Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Gitt av Sosial- og helsedepartementet 01.01.1995 med hjemmel i §1-3 i Smittevernloven.
8. Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten.
Utgitt av Folkehelseinstituttet annet hvert år og gir faglige anbefalinger overfor helsepersonell vedr. forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer.
9. Folkehelseinstituttets hjemmesider: www.fhi.no

I tillegg kommer en rekke forskrifter og rundskriv.

1.2. Kommunens oppgaver

I følge smittevernloven § 7-1 skal kommunen 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.

Kommunestyret har det overordnede ansvar for oppgaver som er tillagt kommunen i smittevernarbeidet. I tråd med alminnelige prinsipper og reglene i kommuneloven, kan kommunestyret delegere sine oppgaver til andre organer. I den nåværende organisering av Søgne kommune, er de praktiske oppgaver i enkeltsaker delegert til kommuneoverlegen som er utpekt som smittevernlege, og de mer samfunnsorienterte oppgavene er delegert til det politiske utvalget som har ansvar for smittevernloven, Tjenesteutvalget.

1.3. Kommuneoverlegens/smittevernlegens oppgaver

I smittevernloven § 7-2 står det at kommunestyret i store kommuner med bydelsforvaltning skal utpeke en lege til å utføre de av kommuneoverlegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder. I Søgne har kommunen utpekt kommuneoverlegen til å ivareta smittevernoppgavene og han har midlertidig påtatt seg oppgaven.

Etter samme paragraf skal kommuneoverlegen utarbeide forslag til plan for helsetjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner, og organisere og lede dette arbeidet.

1.4 Samarbeid med mattilsynet

Det er et nært samarbeid mellom kommuneoverlegen og Mattilsynet i Vest-Agder. Det foreligger også en samarbeidsavtale mellom Mattilsynet og kommunen underskrevet 25.02.2008. (Vedlegg 18)

2. Allmennfarlige smittsomme sykdommer

2.1. Definisjon.

Lov om vern mot smittsomme sykdommer, smittevernloven, definerer uttrykket slik:

Allmennfarlig smittsom sykdom er en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader, og som

- a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
- b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen eller
- c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.

2.2. Fortegnelse over allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer ble gitt av Sosial- og helsedepartementet 1.1.1995, med endringer av 6. januar 1996. I disse forskriftene er i alt 32 sykdommer definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer. (Vedlegg 17)

2.3. Kommunens personellressurser.

Kommunen har 2 kommuneoverleger ansatt på deltid som har ansvar for bl.a. miljørettet helsevern og smittevern.

Kommuneoverlegen har inntil videre påtatt seg ansvaret som smittevernlege.

Videre har kommunen 5 helsesøsterstillinger som kan benyttes noe i smittevernarbeid.

Det er et legesenter med 11 fastleger i tillegg til 2 deltids kommuneoverlegestillinger.

Ellers vil kommunen måtte samarbeide med Mattilsynet og Sørlandet sykehus HF.

3. Normaltilstanden

3.1. Definisjon

Denne delen av planarbeidet omhandler det daglige rutinearbeidet med smittevern i kommunen. Det omfatter en oversikt over de personellmessige ressurser kommunen rår over til vanlig, samarbeid med ulike yrkesgrupper og institusjoner, og beskrivelse av hvilke prosedyrer kommunen har for å forebygge, diagnostisere og behandle vanlige infeksjonssykdommer. Planen beskriver også tiltak som sikrer nødvendig oppdatering og vedlikehold av planen.

3.2. Forebygging av smittsomme sykdommer

3.2.1 Helseopplysning

Helseopplysning har som hovedformål å forebygge og å redusere omfanget av smittsomme sykdommer i befolkningen. Alt helsepersonell i kommunen bør, innenfor sine arbeidsområder og på sine arbeidsplasser, hjelpe til med informasjon og rådgivning når det er aktuelt. Alt helsepersonell som er involvert i individrettet pasientbehandling har et særskilt ansvar for å ha tilstrekkelig kunnskap om smittevern. Spesielt viktig er meldeplikten om visse smittsomme sykdommer.

Informasjon om smittevern kan skje gjennom ulike kanaler; f.eks. som individrettet informasjon/rettledning, men også gjennom presse, skole, internundervisning og informasjon til spesielle grupper.

3.2.2. Infeksjonsepidemiologi

De mest utsatte aldersgruppene, epidemiologisk sett, er gruppene under 20 år og over 70 år. De unge er i utvikling og har ikke utviklet nok motstandskraft mot infeksjoner. De eldre vil stå i større fare for å bukke under både for selve infeksjonen, og spesielt for mulige ettersykdommer. I den voksne befolkningen er visse grupper utsatt, som personer med hjerte- og lungesykdommer, visse kroniske sykdommer, og personer med nedsatt motstandskraft mot infeksjoner på grunn av svekket immunsystem. Den voksne gruppen har også større reisevirksomhet til andre land og kan pådra seg infeksjonssykdommer som vanligvis ikke finnes i vårt land.

3.2.3. Vaksinasjonsstatus

Den viktigste innsatsen for å beskytte mot infeksjoner, er å holde en så god vaksinasjonsdekning som mulig. Anbefalt vaksinasjonsprogram fra Folkehelseinstituttet følges. Vaksinasjon av småbarn foretas ved helsestasjonene, av skoleelever av skolehelsetjenesten, mens de andre aldersgruppene kan få sine vaksinasjoner ved helsestasjonen eller ved legesenteret. Alle vaksinasjoner er nå frivillige.

For å oppnå en samfunnsmessig beskyttelse mot de vanlige barnesykdommene, ønsker helsemyndighetene en minimums vaksinasjonsdekning, som ved 2 årsalder bør være 90 % for vaksine mot polio og kikhoste og 95 % for difteri og MMR (meslinger, kuma og røde hunder). I Søgne ligger vaksinasjonsdekningen for alle sammen på nær 100 %. Det vil si at vi i Søgne tilfredsstiller kravene til vaksinedekning av småbarn.

I skolealderen følges også vaksineringsen godt opp.

BCG-vaksinering av mantoux negative elever i ungdomsskolen er nå utgått.

Vaksinering av den voksne befolkningen, i hovedsak reisende til fjernereliggende land, foregår ved Søgne helsestasjon i helsehuset. I dag må hver enkelt avtale tidspunkt med helsesøster.

Vaksinasjon mot influensa og pneumokokksykdom blir nå foretatt på Søgne legesenter, men administrert og ledet av kommuneoverlegen.

I 2008 ble det gitt influensavaksine til ca. 900 personer i Søgne kommune. Høsten 1996 startet vi også vaksinasjon med pneumokokkvaksine til risikogrupper. Ca. 300 personer, flest eldre, fikk slik vaksine høsten 1996, og senere er det vaksinert 50-100 personer årlig. Helseenheten vil fortsette arbeidet med å tilby alle i risikogruppene disse vaksinene. Det er utarbeidet oversikt over de ulike instanser/kontorer som tilbyr vaksinasjoner (vedlegg 14).

3.2.4. Potensiale for import av smittsomme sykdommer

Import av sykdom skjer først og fremst via personer som kommer hit fra utlandet. Ellers er det mulighet for import via medbrakte varer, som næringsmidler, planter, dyr o.s.v.

I forbindelse med vaksinering av turister, nødhjelpsarbeidere, militære o.s.v. som skal til utlandet, gis det også generelle hygieniske orienteringer. Det opplyses om spesielle sykdommer som krever ekstra forholdsregler, som malaria, næringsmiddeloverførte sykdommer, seksuelt overførbare sykdommer, som Hiv/Aids, hepatitt, kjønnsykdommer o.l. Det gis råd i forbindelse med livsstil o.s.v.

Det gis også råd om forholdsregler dersom hjemvendte reisende har vært utsatt for spesiell sykdom under reisen eller blir syke kort etter hjemkomsten, om hvilke undersøkelser som bør foretas, og hvor det kan bli gjort. Ved påvisning av alvorlig smittsom sykdom, skal melding sendes til smittevernlegen, som skal føre kontroll. Behandling foretas av egen lege eller ved sykehus.

Søgne kommune har i dag ca. 75 flyktninger. Kommunen har et eget helsetilbud til disse. I dette inngår også nødvendig undersøkelse av og evt. vaksinasjoner mot smittsom sykdom som f.eks. Hepatitt B og Tbc. Retningslinjer for håndtering av disse forhold følger som vedlegg 8 til 9 til planen.

Etter smittevernloven pålegges det tjenestemenn ved politiet, losvesenet, havnevesenet og på flyplasser å være spesielt oppmerksom på mulige smittsomme sykdommer og om nødvendig melde videre til helsevesenet.

3.2.5. Drikkevannskilder.

Vannet i norske elver, bekker og vann er slett ikke så fritt for forurensninger som vi gjerne vil tro. Foruten forurensning fra naturen forekommer også forurensning fra priveter og kloakk. Ved slik forurensning kan det forårsake begrensede epidemier, som kan være ganske alvorlige. Det er derfor viktig å ha et godt og hygienisk tilfredsstillende drikkevann.

I Søgne kommune forsynes den alt overveiende del av befolkningen med vann fra Tronstad interkommunale vannverk.

Vannverket har regelmessig egenkontroll med drikkevannet i sine anlegg. Kvaliteten på drikkevannet har vært tilfredsstillende.

Med hjemmel i nye drikkevannsforskrifter skal alle vannverk ha offentlig godkjenning. Søgne kommune har fått slik godkjenning. Stenvannet er godkjent som krisevannkilde og det er lagt til rette for mobilt kloreringsanlegg.

En rekke husstander får sitt drikkevann fra private brønner. Disse blir ikke kontrollert regelmessig. De som ønsker det, kan imidlertid henvende seg til helseenheten og få råd og hjelp til vurdering og prøvetaking.

3.2.6. Avfallshåndtering

Ukontrollert avfall kan gi årsak til epidemier, ved at smittestoff kan bli spredt av rotter og ville dyr. Det er derfor vesentlig at alt avfall blir behandlet på en hygienisk tilfredsstillende måte.

Søgne kommunestyre har vedtatt Plan for renovasjonsordning. Der er innført kildesortering med innhenting av 3 ulike dunker. Grønn dunk for papir, brun dunk for biologisk avfall og grå dunk for resterende avfall. Alt avfall leveres ved Støleheia Avfallsplass.

Det er gitt mulighet for hjemmekompostering av organisk avfall. Alt dette skjer under hygienisk betryggende forhold. Det ventes derfor ingen epidemiologiske problemer ved avfallshåndteringen i Søgne.

3.2.7. Skadedyrkontroll

Til skadedyr som kan ha betydning for utbredelse av smittsomme sykdommer, regner vi først og fremst rotter. Villkatter og duer har liten epidemiologisk betydning. Riktignok kan visse sjeldne sykdommer overføres med hunder og katter, slik som toxoplasmose og innvollsorm, men faren er størst hos huskatter på grunn av den nære kontakt med mennesker.

Som «skadedyr» må vi også regne kroppslus og lopper, som tidligere har overført både pest og flekktyfus. Men hygienen både blant mennesker, dyr og i hus er nå så god, at vi ikke lenger regner med en slik mulighet.

Fra tid til annen forekommer det tilfeller av hodelus, særlig blant barn i skoler og barnehager. Dette synes å forekomme i perioder og til tross for god hygiene. Smitten skjer trolig ved direkte overføring ved kroppsnærhet og indirekte via luer og skjerf o.l. Det er vanligvis lett å utrydde hodelus når man er blitt klar over tilstanden.

Kommunen bestemmer selv om det skal foretas rotteutrydding. Det har ikke vært foretatt rotteutrydding i Søgne på flere år.

3.2.8. Offentlige lokaler

Dårlig inneklime i forsamlingslokaler og andre steder der offentligheten har adgang, kan ha betydning for smittespredning. Sykdommer som spres ved dråpesmitte eller nærkontakt har lettere for å overføres i lokaler med dårlig inneklime eller som er overbefolket av besøkende. Helsetjenesten i Søgne har vært spesielt oppmerksom på inneklimeforholdene i skoler og forsamlingslokaler. Kommuneoverlegen har foretatt en omfattende undersøkelse av samtlige skoler og barnehager, og det er gitt noen pålegg for å bedre på inneklimeforholdene. Alle nye bygg eller ombygging/påbygg i eldre bygg, skal være godkjent av helsemyndighetene.

3.3. Diagnostikk

3.3.1. Påvisning.

Det er viktig å påvise en allmennfarlig smittsom sykdom så tidlig som mulig. Det vil ha betydning både for behandling av sykdommen, for å hindre videre smitte og for om mulig å påvise smitekilden.

Det er vanligvis en allmennpraktiserende lege som påviser sykdommen, i det den syke vil henvende seg til. Undertiden vil diagnosen bli stilt av en annen lege. Den som påviser sykdommen, er imidlertid ansvarlig for at tilstanden blir fulgt opp, enten av ham selv eller en annen lege. Behandlende lege gir pasienten opplysning om sykdommen, hvordan den smitter og hvilke meldinger som må sendes og gir veiledning om personlige forholdsregler.

3.3.2. Mikrobiologisk undersøkelse

Den legen som får mistanke om at en pasient lider av en alvorlig smittsom sykdom, vil forsøke å få konstatert dette snarest ved å ta en prøve til mikrobiologisk undersøkelse. Dette gjøres ved mikrobiologisk avdeling ved SSHF, Kristiansand. I noen tilfeller vil de sende prøven videre til Folkehelseinstituttet, som kan foreta spesialundersøkelse av prøven.

Ved mistanke om næringsmiddelbåren sykdom, vil helseenheten samarbeide med Mattilsynet. Som laboratorium benyttes mikrobiologisk laboratorium ved SSHF, Kristiansand og Eurofins. Mattilsynet vil være behjelpelig med å ta ut nødvendige prøver for analyse av vann og matvarer, og vil gi rikelige råd om tolkning av funnene. Beskrivelse av rutinene for samarbeidet finnes i vedlegg 1 til 6 i planen.

3.3.3. Meldingsrutiner

I følge forskrift har leger plikt til å gi melding om visse smittsomme sykdommer. Disse sykdommene er delt opp i grupper etter farlighetsgrad. For de farligste skal legen, eventuelt legen ved mikrobiologisk laboratorium, gi telefonisk melding umiddelbart og skriftlig melding samme dag til kommuneoverlegen og til Folkehelseinstituttet. I Søgne sendes melding til kommuneoverlegen.

Melderutinene nedtrappes gradvis etter sykdommens alvor og smittegrad.

Annet helsepersonell, sykepleier, helsesøster eller jordmor, har plikt til å varsle dersom de oppdager en smittsom sykdom. Varselet skal enten gå til en lege som kan overta ansvaret eller direkte til kommuneoverlegen.

Mattilsynet og kommuneoverlegen vil samarbeide ved næringsmiddelbåren sykdom. Den av partene som får melding først, vil melde til den andre. Rutiner for slike meldinger finnes som vedlegg til planen. (Vedlegg 1-6.)

3.3.4. Primærlegebehandling

Ansvaret for behandlingen av smittede personer ligger hos pasientens behandlende lege. Legen vil kunne ha behov for råd fra kommuneoverlegen om hygieniske forhold og smittevern. Primærlegen gir nødvendige sykemeldinger, forordner medisiner, gir råd om frivillige tiltak. Legen er også forpliktet til å foreta smitteoppsporing, for å finne personer som kan ha forårsaket smitten eller kan være smittet av pasienten.

Den legen som får pasienten til behandling, primærlegen, vil kunne henvide pasienten til videre behandling av spesialist, eventuelt ved innleggelse i egnet sykehusavdeling. Dersom

legen føler at han ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av pasienten, eller pasienten motsetter seg nødvendige forholdsregler, kan han henvise til kommuneoverlegen, som overtar ansvaret for den videre oppfølging.

4. Beredskapstilstanden

4.1. Definisjon

En beredskapstilstand foreligger når det er påvist et tilfelle av allmennfarlig smittsom sykdom eller annen alvorlig smittsom sykdom på stedet eller i nærliggende kommuner, eller helsemyndighetene gir varsel om at en slik sykdom kan komme. Et eksempel på det siste er de årlige varslene om en influensaepidemi som brer seg fra land til land.

4.1.1. Beredskapstiltak

Ved inntrådte fare- og ulykkessituasjoner bør smittevernplanen omfatte følgende beredskapstiltak:

- varsling og mobilisering
- bekjempelse av smitte
- isolering av smittede om nødvendig
- evakuering av usmittede om nødvendig
- behandling av smittede
- normalisering når situasjonen er over
- evaluering av tiltak

4.2. Forebygging

4.2.1. Motvirke smittespredning

Et av de viktigste forebyggende tiltak er å igangsette eller vedlikeholde vaksinasjon. Dette er grunnlaget for alle rutinemessige vaksinasjoner ved helsestasjonene, i skolene og ved reiser til utlandet. Det er også viktig å ha tenkt gjennom, eventuelt satt opp en beredskapsplan, for hvordan vi skal forholde oss dersom situasjonen oppstår. Det omfatter personalressurser, leger, sykepleiere, pleiepersonell og transportpersonell, og materiell som sykepleieartikler, vaksine, forpleiningssteder og kontroll av drikkevann og næringsmidler.

4.2.2. Sikre drikkevannskilder

Visse smittsomme sykdommer kan overføres via drikkevann som er forurenset med avføring fra mennesker og dyr. Det gjelder eksempelvis hepatitt A (smittsom leverbetennelse), poliomyelitt, sykdommer i fordøyelsesorganene og, mer teoretisk, kolera. For å sikre seg mot dette, må alt drikkevann være tilfredsstillende desinfisert og kontrollert.

Som tidligere nevnt, blir vann fra vårt interkommunale vannverk regelmessig kontrollert og vurdert. I en risikosituasjon må det settes inn ekstra undersøkelser, både av råvannskilden, rensemetoden og det ferdigrensede vannet. Mindre vannverk og reservevannkilder må

behandles ekstra nøye. Spesielt viktig vil det være å få klarlagt om det kan være brudd i rørsystemet, med mulighet for at kloakkinnhold kan trenge inn i drikkevannsrørene.

Viktigst vil det imidlertid være å bringe klarhet i hvorfra og hvordan smittestoffet kommer inn i systemet og få sanert forholdene. Dette er særlig viktig ved egen vannforsyning til mindre boligfelt, enkelthus og bedrifter, hvor det ikke foretas desinfeksjon av vannet.

Ansvar for drikkevannet ligger hos eierne. Eurofins fører tilsyn med drikkevann til drikke og næringsformål, mens helseenheten fører tilsyn med helsemessige forhold forøvrig.

4.2.3. Smitteavfall

I en beredskapssituasjon vil kontroll med avfallsbehandlingen være svært viktig. Det må skaffes oversikt over alle alternativer for oppsamling og deponering av smittemateriale, både ved diagnostikk, behandling og pleie.

Avfall fra legekontor regnes vanligvis ikke som særlig smittsomt, bortsett fra sprøyter, kanyler og utstyr som er tilsmusset med puss eller blod. Sprøyter og kanyler fra legesenter blir lagt i spesielle beholdere og smittemulig materiale blir pakket inn særskilt før det blir fraktet til avfallsplass. I en beredskapssituasjon vil kommunens smittevernlege gå gjennom disse prosedyrene og se etter at de fungerer hygienisk tilfredsstillende.

Ved helsestasjonen, tannlegekontorene og ved kommunens sykehjem, forholder man seg som beskrevet for legesenteret.

4.2.4. Skadedyrtryddelse

Det kan oppstå en beredskapssituasjon der smittestoffet kan antas å bli overført via dyr, fugler og insekter. Det dreier seg da gjerne om dyr som ernærer seg av avfall, som rotter, villkatter og annet. Lopper, lus og andre insekter kan også overføre smitte ved bitt på mennesker. Alt etter sykdommens art, må dette vurderes. Det kan bli nødvendig å intensivere innsatsen mot rotter, og det må også vurderes å foreta avlaving av villkatter.

Selv om det er meget sjelden å påvise lopper hos oss, er det ikke så helt sjelden å påvise lus, særlig hodelus. Dersom det påvises hodelus hos skolebarn, i barnehager o.l., vil helsesøster gi råd om behandling, samt gi råd for å hindre videre utbredelse.

Vi kan ikke se bort fra at visse alvorlige smittsomme sykdommer også kan bli overført ved andre dyr, eller at smittestoffet kan finne reservoar hos visse dyrearter. Eksempelvis kan nevnes rabies. Registrering av skadedyrproblemer og pålegg om skadedyrbekjempelse i næringsmiddelbedrifter utføres av Mattilsynet. Mattilsynet, veterinærvesenet og helseenhetens personell vil samarbeide i situasjoner hvor det er fare for spredning av farlige smittestoffer fra dyr til mennesker. Dette gjelder så vel diagnostisering som bekjempelse.

4.2.5. Forsamlingskontroll

Mange av de allmennfarlige smittsomme sykdommene overføres ved dråpesmitte, via hoste, nysing, kyss eller samtale. I en beredskapssituasjon må det vurderes om denne smitteveien skal hindres eller blokkeres. Vanligvis vil behandlende lege eller kommunelegen gi pasienten og de pårørende opplysning om dette, slik at de kan beskytte seg selv. Undertiden vil det imidlertid være nødvendig å gå ut med pålegg om restriksjoner for hele eller deler av

befolkningen. Det kan være møteforbud, stenging av virksomhet, begrensing i kommunikasjon eller isolering av geografiske områder. Vedtak om slike tiltak skal treffes av kommunestyret, etter forslag av kommunelegen. Det forutsettes at begrensningene oppheves så snart det er hygienisk tilrådelig. Lignende vedtak kan også treffes av Statens helsetilsyn for regioner eller for hele landet.

4.3. Behandling

4.3.1. Primærlegebehandling

Den legen som først mistenker eller påviser at det foreligger en smittsom sykdom, er også ansvarlig for å følge opp selv, eller inntil han har bevis for at den smittede blir tatt hånd om av annen lege. Blir tilfellet oppdaget i Legevakten, vil legevaktlegen ofte innlegge pasienten direkte i sykehus eller henvise til videre behandling hos annen praktiserende lege. Den legen som påtar seg behandlingen, skal i den grad han anser seg kompetent og i samråd med kommuneoverlegen ta alt ansvaret for pasienten så lenge det skjer frivillig. Det gjelder diagnose, behandling, sykemelding, orientering til pårørende o.s.v. Bare i helt spesielle tilfeller, når pasienten motsetter seg legens forordninger eller ved helt spesielle sykdommer, kan ansvaret overføres til kommunens smittevernlege.

4.3.2. Spesialist- og sykehusbehandling

I noen tilfeller er det aktuelt med innleggelse i sykehus, akutt eller hyperakutt, som tilfelle er med meningokokkmeningitt. Behovet avgjøres av behandlende lege. I den avdelingen der pasienten blir innlagt, må det tas forholdsregler som hindrer videre spredning.

4.3.3. Nære kontakter

Nære kontakter, familien, nære slektninger, omgangsvenner, eventuelt arbeidskolleger og klasseelever, skal ha orientering om smittevern. Det gis for den nærmeste omgangskrets av primærlegen, eventuelt i samråd med kommuneoverlegen. På arbeidsplass, i skole, idrettslag o.l. er det ofte naturlig at dette overlates til kommuneoverlegen, eventuelt ved hjelp av helsesøster. Nødvendig forebyggende behandling av familiene, f.eks. penicillinbehandling av barn ved smittsom hjernehinnebetennelse, påbegynnes ofte av sykehuslegen. Dersom det er nødvendig å sette i gang vaksinasjon eller andre tiltak for grupper, vil vedtak om dette bli gjort av kommuneoverlegen.

4.3.4. Oppsporing av smittekilde

Ansvar for oppsporing av smittekilden ligger hos smittevernlegen. Behandlende lege har plikt til å delta i smitteoppsporingen. Smittevernlegen vil vanligvis søke råd hos Folkehelseinstituttet eller Fylkesmannens helseavdeling, og vil kunne bruke helsesøstre, sykehus og andre leger som medarbeidere. Dersom smitten overføres via vann eller næringsmidler, vil Mattilsynet bli sterkt medvirkende.

4.3.5. Meldingsrutiner

En lege som oppdager en smittet person, har meldingsplikt etter forskrift uten hinder av taushetsplikten. Også den medisinske ansvarlige legen ved sykehuset og ved det mikrobiologiske laboratoriet har ansvar for at det finnes rutiner som sikrer at meldeplikten overholdes. I forskriften er sykdommene inndelt i 4 grupper: A, B, C og D.

For gruppe A, som omfatter de alvorligste smittsomme sykdommene, skal meldingene gis enkeltvis, muntlig og skriftlig. Muntlig melding skal gis umiddelbart, skriftlig melding skal sendes samme dag, og meldingene går til Folkehelseinstituttet og til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der han bor, skal melding også gis til kommuneoverlegen der den smittede oppholder seg. I meldingen skal det gis opplysninger som identifiserer personen, med navn, adresse, fødselsdato og personnummer.

For gruppe B inneholder de fleste av de resterende meldepliktige smittsomme sykdommene. Disse sykdommene skal meldes enkeltvis og skriftlig samme dag på fastsatt skjema. De samme personopplysninger skal gis som for gruppe A. Meldingen skal gå til kommuneoverlegen i den kommunen der den smittede bor og til Folkehelseinstituttet. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der han bor, skal melding også sendes kommuneoverlegen i denne kommunen. Melding om Hiv/Aids skal bare gå til Folkehelseinstituttet, og melding om tuberkulose eller atypiske mycobakterier skal fra Folkehelseinstituttet viderefremmes til Statens helseundersøkelser.

Gruppe C omfatter meldepliktige kjønnssykdommer. De skal også meldes enkeltvis og skriftlig på fastsatt skjema, men skal ikke inneholde personidentifiserbare opplysninger.

4.3.6. Hindre spredning (vaksinasjon, isolasjon)

Ved et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom som det finnes vaksine mot, vil smittevernlegen i samarbeid med andre leger og helsesøstre tilby vaksinasjon mot sykdommen og igangsette dette så snart det lar seg gjøre. Når det er nødvendig for at folkehelsen ikke skal bli vesentlig skadelidende, kan Helsetilsynet påby vaksinerings. For å motvirke utbrudd, kan departementet ved forskrift fastsette plikt til å la seg vaksinere.

Under de samme betingelser kan Helsetilsynet, resp. departementet, bestemme at personer som ikke er vaksinert må oppholde seg innenfor bestemte områder, ha møteforbud eller ta andre nødvendige forholdsregler etter kommuneoverlegens bestemmelse.

4.4. Informasjon til befolkningen - masseundersøkelse

4.4.1. Taushetsplikt

En person som er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, har rett på taushet, som ved alle andre sykdomstilstander. En slik tilstand vil imidlertid regelmessig bli kjent i befolkningen og naturlig nok skape en viss frykt. I slike tilfelle må den ansvarlige lege nøye vurdere balansegangen mellom taushetsplikten og befolkningens krav til sikkerhet.

4.4.2. Nødvendig informasjon til befolkningen

I en smittesituasjon vil befolkningen ofte bli oppskaket og ønske så mye opplysning som mulig, både om sykdommen selv og om konsekvenser for omgivelsene.

Det skal så langt det er mulig bare gis generelle, saklige opplysninger, som minst mulig går på pasienten selv. For å få en balansert fremstilling, bør dette bare gjøres av kommuneoverlegen og ansvarlig lege ved sykehusavdeling hvor vedkommende blir behandlet, eller andre som de har delegert oppgavene til. Massemedia vil spille en viktig rolle i informasjonen til befolkningen. Kommuneoverlegen (smittevernlegen) har ansvar for kontakten med media. I Søgne kan man benytte Fædrelandsvennen, NRK Sørlandet og Radio Søgne. Det må opprettes en kontakt (person, telefon, telefaks) for opplysning, rådgivning og kunngjøring om tiltak.

Det kan også være behov for å arrangere møter med spesielle grupper, omgangsvenner, skole, idrettslag o.s.v. for å gi opplysning om sykdommen og gi råd og veiledning. Smittevernlegen vil ha ansvar for slik informasjon.

4.4.3. Masseundersøkelser

For enkelte sykdommer kan det være behov for å ta mer omfattende undersøkelse av visse befolkningsgrupper. Det kan være større deler av befolkningen eller bare en liten gruppe som blir nærmere presisert. Ved utbrudd av tuberkuløs sykdom kan det bli nødvendig å foreta tuberkulinundersøkelse og røntgenfotografering av lungene. Til dette kan vi få assistanse av Folkehelseinstituttet (skjermbildefotograferinger). Ved annen sykdom som skyldes smittestoff overført fra luftveiene eller ved avføring, kan det bli aktuelt å ta bakteriologisk undersøkelse av visse befolkningsgrupper.

4.4.4. Massebehandling

I visse tilfeller må vi være forberedt på smittepåvirkning som kan føre med seg at en stor del av befolkningen kan bli syk samtidig. Det kan skyldes smitte gjennom vann eller næringsmidler. Dersom dette medfører behov for innleggelse og behandling i institusjon (sykehus), må vi i samarbeid med fylkeshelsetjenesten og Helsetilsynet kunne rekvirere en eller flere avdelinger i SSHF, Kristiansand eller opprette midlertidige sykestuer. Det kan f.eks bli aktuelt å rekvirere skoler eller andre kommunale institusjoner. Vi må også sørge for tilstrekkelig tilgang av medisinsk og pleiekyndig personale.

4.4.5. Eventuell sanering av omgivelsene

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller motvirke at den blir overført, kan kommuneoverlegen vedta å gi pålegg om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Helsetilsynet kan vedta det samme for større områder.

5. Nærmere om spesielle sykdommer

Noen allmennfarlige smittsomme sykdommer er så sjeldne i Norge, at de nærmest har akademisk interesse. Slike sykdommer omfattes av den generelle beredskapen, men eventuelle tiltak planlegges og iverksettes først dersom sykdommen virkelig skulle komme til landet.

Andre sykdommer er mer vanlig forekommende eller risikoen for at de skal opptre er så stor, at det kreves planlegging av beredskapen på forhånd. Vi vil her ta for oss noen av disse sykdommene.

5.1. Influensa

Influensa regnes ikke til de allmennfarlige smittsomme sykdommene og er ikke nominativt meldepliktig. Likevel er sykdommen så omfattende under epidemier, at vi har bestemte rutiner for å forebygge den. Influensaepidemier er globale, det vil si at de kommer i epidemier som ofte begynner i Østen, for deretter å spre seg hurtig videre til mange land og verdensdeler. Epidemien kan følges i utbredelse, og vi kan regne ut omtrent når den vil nå vårt land.

Sykdommen er i seg selv ikke farlig, og vil helbrede seg selv i løpet av et par uker. Imidlertid kan den være farlig for svekkede mennesker på grunn av ettersykdommer, særlig lungebetennelse. Dette gjelder små barn og eldre, samt personer med hjerte- eller lungesykdom og personer med nedsatt immunitet på grunn av behandling med cellegift eller av andre årsaker.

Ut fra de influensastammer som er fremherskende under den siste epidemien, fastsetter Verdens helseorganisasjon hvert år hvilke stammer som skal inngå i neste års vaksineproduksjon. Staten tilbyr vaksine til redusert pris til risikogruppene. I Søgne tilbys denne vaksinen til risikogrupper av helseenheten. Det er inngått et nært samarbeid med Søgne legesenter som står for det praktiske med vaksiner. Befolkningen ellers kan få vanlig resept på vaksine av sine leger, med utlevering gjennom apotek. Vedrørende indikasjoner for og rutiner ved vaksiner, se vedlegg 7.

5.1.1. Pandemisk influensa

Definisjoner:

Influensapandemier er de store, verdensomspennende epidemier av influensa som opptrer med varierende mellomrom og som kan få omfattende skadevirkninger helsemessig og økonomisk, og sette store deler av samfunnet ut av funksjon. I vår del av verden regnes pandemier av smittsomme sykdommer som en av de mest sannsynlige årsaker til akutte krisetilstander.

Fremgangsmåte:

Planen bygger på den nasjonale pandemiplan og eksisterende planverk for krisehåndtering og smittevern i Søgne kommune. Den skal samordnes med tilsvarende plan for Sørlandet sykehus Kristiansand.

Fase 0, nivå 0 – Interpandemisk periode

Normal influensaaktivitet.

Fase 0, nivå 1 – Ny subtype av virus påvist hos menneske

Ved første rapport om isolasjon av ny subtype.

Fase 0, nivå 2 – Bekreftet infeksjon hos flere mennesker

Når det er bekreftet at to eller flere mennesker er blitt infisert av en ny subtype av virus med mulig epidemisk potensiale, men hvor virusets evne til spredning mellom mennesker fortsatt er uklar.

Fase 0, nivå 3 – Smitte mellom mennesker bekreftet

Når det er bekreftet at en ny subtype av virus smitter fra menneske til menneske.

Fremgangsmåte:

- I fase 0, nivå 0 foregår vaksinasjon og informasjon etter de vanlige rutiner og retningslinjer.
- I fase 0, nivå 3 kan arbeidsutvalget tre sammen og avklare informasjon og presskontakt.
- Arbeidsutvalget skal gjennomgå kommunens beredskapsplaner og sørge for at disse blir oppdatert.

Fase 1 – Utbrudd bekreftet i to land utenom Norge

Når WHO har stadfestet utbrudd med en ny subtype av virus i minst et annet land enn i det landet det først ble påvist og at denne subtypen sprer seg.

Fremgangsmåte:

Arbeidsutvalget holder møte med følgende sakliste:

- Informasjon om sykdommens profil ved kommunelegen med ansvar for smittevern
- Planlegge omdisponering av helsepersonell
- Få oversikt over og kontakte lokale frivillige organisasjoner, eventuelt offentlige (Sivilforsvaret) som kan hjelpe til med pleie og stell av syke
- Diskutere legedekning og legevakt ved sykdom
- Ta kontakt med SSHF, Kristiansand for å forberede samarbeid om bruken av sykehus mht. innleggelses- og utskrivingsrutiner
- Diskutere lokal bruk av sykehjem og hjemmesykepleie. Vurdere muligheter for omdisponering av senger i sykehjem ved utskrivning eller fortetting
- Forberede informasjonspolitikk i kommunen
- Forberede organisering av registreringsenhet i kommunen

Fase 2 – Utbrudd bekreftet i Norge

Når Folkehelseinstitutt stadfester tilfeller med en ny subtype av virus i Norge eller påvisning i Norge av ny subtype av virus som har forårsaket utbrudd i utlandet.

Fremgangsmåte:

- Opprette lokal registreringsenhet for daglig oppdatering av lokal situasjon (antall syke, behov for tiltak). Enheten skal rapportere til lokal informasjonsansvarlig og til fylkesmannen.
- Forberede omlegging av sykehjemsdrift og opprettelse av event. alternative pleiesteder.
- Planlegge tiltak etter smittevernloven kap. 4 og 5 ved allmennfarlig smittsom sykdom (møteforbud, stenging av virksomheter som barnehager, svømmehaller, begrense kommunikasjon).
- Gjennomføring av massevaksinasjon etter nasjonal prioritet.
- Informasjonsansvarlig undersøker og registrerer hvordan informasjonen spres og oppfattes. Justering av informasjonen etter behov.

Utbrudd bekreftet i Søgne

- Ta i bruk alternative pleiesteder med personell som er friske.
- Innføre tiltak som nevnt i smittevernloven kap. 4 og 5.

Fase 3 – Første pandemibølge over i Norge

Når Folkehelseinstituttet stadfester at spredning av ny subtype av virus har stoppet opp i landet og sykdomsaktiviteten er normalisert, men hvor det fortsatt forekommer utbrudd i andre deler av verden.

Evaluere de tiltakene som ble foretatt og de rammebetingelser man hadde, gjennomføre eventuelle endringer i rammebetingelsene og oppdatere planen.

Fase 4 – Andre og følgende pandemibølger i Norge

Når Folkehelseinstituttet stadfester nytt/nye utbrudd med den nye subtypen av virus i Norge. Tiltak som i fase 2 med korreksjon for erfaringer fra fase 2.

Fase 5 – Postpandemisk periode (tilbake til vanlig influensaforekomst)

Evaluere de tiltakene som ble foretatt og de rammebetingelser man hadde, gjennomføre eventuelle endringer i rammebetingelsene og oppdatere planen.

5.1.2. Fugleinfluensa

Det viktigste naturlige reservoaret for influensavirus er i forskjellige fugleslag, først og fremst hos vannlevende fugl slik som andefugl, vadefugl og sjøfugl. Hos disse forløper som infeksjon som regel uten alvorlige symptomer. Dersom slike virus krysser artsbarrieren til andre fugleslag kan alvorligere sykdom oppstå. Hønsepest eller høypatogen aviær influensa (HPAI) er en smittsom virussykdom hos hønsefugl og kan føre til en dødelighet i fjørflokken på opp til 100%. Disse høyvirusene finnes normalt ikke i naturen, men utvikler seg når influensavirus av subtype H5 eller H7 får sirkulere i hønsefuglbestander over lengre tid. Fugleinfluensa er aldri påvist i Norden, men det har de senere år vært utbrudd av sykdommen i bl.a. flere land i Asia, i Nederland, Italia, Canada og USA.

Aviær influensavirus smitter lett fra fugl til fugl, men vanskelig til mennesker. Menneskers slimhinner er lite mottakelig for slike virus. En sjelden gang kan likevel mennesker bli smittet gjennom direkte eller indirekte kontakt med infiserte fuglers avføring eller luftveisekret. Et menneske som er smittet med et fugleinfluensavirus vil bare helt unntaksvis smitte videre. Selv om få eller ingen mennesker har immunitet mot fugleinfluensavirus, vil et slikt virus i seg selv vanskelig kunne forårsake store epidemier blant mennesker, fordi smittsomheten blant mennesker er så lav. Men influensavirus er foranderlige, og formeringen av influensavirus i cellene er ikke nøyaktig. Dersom et menneske smittes av både vanlig influensa og fugleinfluensavirus samtidig, kan celler i kroppen som er infisert med begge

slags virus, produsere forskjellige kryssninger mellom de to virusene (reassortering). Da kan man teoretisk få et nytt virus med overflaten til fugleinfluensaviruset og smitteegenskapene til et humant influensavirus. Et slikt virus vil kunne ha et mye større pandemisk potensial enn det opprinnelige viruset.

De viktigste tiltakene for å hindre spredning til mennesker er å få utbruddene i fuglebestander under kontroll. Det skjer ved å drepe alle fuglene på gårder og markeder der det er syke fugler og hindre kontakter mellom gårder. Vaksinasjon kan brukes som et supplerende virkemiddel.

5.2. Tuberkulosekontrollprogram

5.2.1. Tuberkulose i Norge

Fra å være et av de landene i Europa som hadde høyest forekomst av tuberkulose (tidlig på 1900-tallet) er Norge nå et av de landene i verden som har lavest forekomst av tuberkulose, om lag 6 per 100 000 innbyggere, totalt 250-300 tilfeller per år. Sykdommen diagnostiseres nå oftest blant yngre utenlandsfødte personer som er smittet før innflytting til Norge.

Tuberkuloseforekomsten i norskfødt befolkning er stadig synkende, og var i 2006 redusert til 1,3 per 100 000.

5.2.2. Organisering

Smittevernlegen har ansvar for organiseringen og gjennomføringen av tuberkuloseprogrammet i Søgne. Smittevernlegen har også det faglige ansvaret for programmet.

Det vil være et nært samarbeid med ledende helsesøster i kommunen, samt SSHF, Kristiansand.

5.2.3. Tuberkuloseundersøkelser

Plikt til å gjennomgå undersøkelse

Følgende personer har plikt til å gjennomgå tuberkuloseundersøkelse:

- a) Personer fra land med høy forekomst av tuberkulose, som skal oppholde seg mer enn tre måneder i riket og som ikke er unntatt fra krav om arbeidstillatelse eller oppholdstillatelse, samt flyktninger og asylsøkere. Tuberkuloseundersøkelsen omfatter tuberkulintesting av denne gruppen og røntgenundersøkelse av personer som har fylt 15 år.
- b) Personer som kommer fra eller har oppholdt seg i minst tre måneder i land med høy forekomst av tuberkulose, og som skal tiltre eller gjeninntre i stilling i helse- og sosialtjenesten, i lærerstillinger eller i andre stillinger knyttet til barneomsorg. Plikten gjelder også personer under opplæring eller hospitering i slike stillinger.
- c) Andre personer som det er medisinsk mistanke om er eller har vært i risiko for å bli smittet med tuberkulose.

En person med tuberkuløs sykdom plikter å ta imot den personlige smittevernveiledning som legen gir, for å motvirke at sykdommen blir overført til andre og plikt til om nødvendig å la seg isolere.

Gjennomføring

Undersøkelse av personer som nevnt ovenfor skal gjennomføres så snart som mulig. Flyktninger og asylsøkere skal undersøkes innen fjorten dager etter innreise. Personer som nevnt ovenfor skal undersøkes før tiltredelse. Arbeidsgiver har plikt til å påse at tuberkuloseundersøkelse er gjennomført før tiltredelse.

Oppfølging

Oppdages det ved tuberkuloseundersøkelse av personer symptomer eller tegn som kan bety tuberkuløs sykdom, skal vedkommende henvises til diagnosestasjon, barneavdeling, lungemedisinsk eller infeksjonsmedisinsk poliklinikk for nærmere vurdering og supplerende undersøkelser. Ved mistanke om smittsom lungetuberkulose skal utredning igangsettes umiddelbart.

Spesialist i lungemedisin eller infeksjonsmedisin eller pediater har ansvar for igangsetting av behandling og valg av behandlingsregime. Behandlingen skal skje i samsvar med anbefalte internasjonale regler for tuberkulosekontroll, herunder direkte observert behandling.

Spesialisten skal straks varsle tuberkulosekoordinator som er ansvarlig for at det etableres en behandlingsplan for pasienten for hele behandlingsperioden. Behandlingsplanen skal etableres i samarbeid med spesialisten, pasienten og kommuneoverlegen. Oppfølging og kontroll, herunder observasjon av inntak av tuberkulosemedikamenter, skal skje i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

5.2.4. BCG-vaksinasjon

Allmenn BCG-vaksinasjon utgår fra barnevaksinasjonsprogrammet og erstattes av målrettet vaksinasjon av særlig smitteutsatte personer.

BCG skal ikke lenger tilbys til alle barn og ungdommer som tidligere, men fortsetter som programvaksine for barn med økt risiko for å smittes av tuberkulose. Dette omfatter barn og unge som kommer fra, eller har foreldre fra, land med høy forekomst av tuberkulose.

I tillegg anbefales det at BCG-vaksinering gis til personer med særlig risiko, det vil si:

- personer som skal oppholde seg i land med høy forekomst av tuberkulose i mer enn tre måneder og ha tett kontakt med lokalbefolkningen
- helsepersonell og helsefagstudenter som skal ha direkte pasientkontakt eller arbeide i laboratorier som driver tuberkulosedagnostikk
- andre arbeidstakere med særskilt risiko for tuberkulosesmitte (bistandsarbeid, helsetjeneste, fengselsomsorg etc. i land med høy forekomst av tuberkulose).

For ytterligere detaljer vises til smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten.

5.3. Hepatitt A (smittsom gulsott)

Hepatitt A er en virussykdom som vanligvis smitter via avføring. Ved dårlig håndhygiene kan smittestoffet bli tilført næringsmidler som fører smitten videre. Virus kan også overføres via urensset vann som er tilblandet avføring. Det er også påvist smitteoverføring blant sprøytenarkomane ved bruk av urene sprøyter eller stoff som er forurenset. Ekstra risiko er det for turister som reiser utenfor Europa og er uforsiktig med vann, is og matvarer.

Det er ofte vanskelig å påvise hvor smitten stammer fra dersom det bare opptrer enkelte tilfeller av sykdommen. Dersom det opptrer flere tilfeller omtrent samtidig, vil vi forsøke å lokalisere smitekilden ved å undersøke om det kan være en felles smitekilde. Det kan være at de får vann fra samme vannverk, har fått matvarer fra samme sted eller lignende. Spesiell oppmerksomhet må rettes mot felles mattilvirkning, i institusjoner, cateringvirksomhet o.l.

Hepatitt A helbredes vanligvis av seg selv i løpet av 6-8 uker uten spesifikk behandling. Hos enkelte, spesielt middelaldrende kvinner, kan den bli kronisk og etter hvert utvikle leversvikt.

For å beskytte mot hepatitt A, tilbys vaksine (Havrix) til reisende til land utenfor Europa før reisen. Primærvaksinering omfatter en dose. En boosterdose anbefales etter 6-12 mndr.

5.4. Hepatitt B

Hepatitt B forårsakes av et virus som bare smitter gjennom blod og ved seksuelt samvær. En vanlig smitemåte er at sprøytenarkomane bytter sprøyter som er brukt og inneholder rester av blod. Ved uhell kan blod fra positive pasienter overføres til andre ved blodsøl, stikk eller lignende. Seksuell overføring skjer mest ved hyppig partnerskifte og ved homofil praksis.

Hos de fleste dannes det antistoffer i blodet, som reduserer smittefaren. Enkelte kan imidlertid bli kroniske smittebærere, som må vise spesiell varsomhet for ikke å smitte andre. I praksis regnes blod som smittebærende hos alle som har hatt sykdommen, og de kan ikke bli blodgivere.

Det er ingen spesifikk behandling av sykdommen. Vi tilbyr vaksinering for visse risikogrupper etter regler gitt av Helsetilsynet, kfr. rundskriv nr. 35/90 om forholdsregler mot hepatitt B og retningslinjer for bruk av hepatitt B vaksine. (Engerix-B).

Videre har Folkehelseinstituttet i Rapport 2008:9 gitt anbefalinger for bruk av hepatitt B-vaksine i Norge. Anbefalingen er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet. Event. endringer i dagens rutiner for bruk av hepatitt B-vaksine og spesifikt immunglobulin vil kreve endringer i dagens retningslinjer og regelverk. *Før disse eventuelt foreligger, gjelder dagens retningslinjer mhp bruk av vaksine og spesifikt immunglobulin.* Disse er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-27/2000 "Retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av Folketrygden gitt i mai 2000". Iflg. disse retningslinjene skal spesifikt immunglobulin gis sammen med hepatitt B-vaksine ved følgende situasjoner:

- stikkskade hvor kilden er kjent hepatitt B-smittet eller hvis skaden skjer etter stikk på henslengte sprøytespisser hvor kildens hepatitt B-status er ukjent
- seksuell eksponering hvor kilden er kjent hepatitt B-smittet
- perinatal eksponering av barn født av HbsAg-positiv mor

Det vises også til Folkehelseinstituttets gjeldende faglige råd om hepatitt B-testing av gravide. Iflg. disse bør hepatitt B-testing tilbys den gravide dersom kvinnen selv eller tidligere eller nåværende seksualpartner:

- er født eller oppvokst i melleom- eller høyendemisk område
- er tidligere eller nåværende sprøytemisbruker
- har fått blodoverføring i utlandet
- har hatt seksuell kontakt med sprøytemisbruker eller biseksuell mann
- har vært utsatt for yrkesmessig eksponering
- har hatt hepatitt B

Det er spesielt viktig å huske på å tilby test til gravide kvinner som kom til Norge for mange år siden som adoptivbarn eller som innvandrere fra land med høy hepatitt B-forekomst.

Råd til personer som er hepatitt B smittebærere, ligger som vedlegg til planen. (Vedlegg 8)
Det finnes nå også en vaksine (Twinrix) som beskytter både mot hepatitt A og B.

5.5. Andre hepatitter

Det er andre grupper av hepatitt, som meget sterkt ligner hepatitt B, og som trolig smitter på lignende måte. Særlig hepatitt C har en tendens til å bli kronisk og ende i skrumplever og død. Det er for tiden ikke utviklet vaksine mot disse gruppene.

Råd til personer som er smittet av hepatitt C, ligger som vedlegg. (Vedlegg 8)

5.6. HIV (AIDS)

HIV (humant immunsvikt virus) er en sykdom som skyldes et virus som har evne til å bryte ned de cellene i blodet som danner antistoffer. Dette fører med seg en stadig synkende beholdning av motstoffer mot andre smittsomme sykdommer. Etter hvert, i løpet av år, er immunsystemet så nedbrutt at visse sykdommer oppstår, med fellesbetegnelsen AIDS.

HIV overføres via blodsmitte og ved seksuelt samvær, og smitte måten er mye likt som for hepatitt B.

De mest utsatte gruppene er sprøytenarkomane og homofile menn, særlig med mange partnere. Siden sykdommen er uhelbredelig, er det meget viktig med opplysning om hvordan man skal beskytte seg mot smitte. Et viktig hjelpemiddel er bruk av rene sprøyter og kondom ved samleie. Etter hvert er smitteoverføring blitt hyppigere også ved heterofilt seksuelt samvær.

Melding om HIV-smitte går ikke til kommuneoverlegen, bare til Folkehelseinstituttet. Kommuneoverlegen har derfor ingen oversikt over HIV-smittede i sin kommune. Ved utvikling av AIDS blir det sendt vanlig nominativ melding. Behandling av AIDS-syke overtas vanligvis av fylkets smittevernlege, som er spesialist på området.

5.7. Meningokokksykdom

Meningokokksykdom er navnet på det vi vanligvis og litt uriktig betegner som smittsom hjernehinnebetennelse. Sykdommen forekommer i to hovedformer, som hjernehinnebetennelse eller som en generell blodforgiftning. Den overføres ved dråpesmitte, hoste, nysing, eller ved overføring av spytt, ved kyssing, drikking av samme flaske o.l. På grunn av forskjellige egenskaper ved bakterien, deles sykdommen inn i gruppe A, B eller C.

Smitten kan gå gjennom mange ledd uten å medføre sykdom, men når en person blir syk, kan den være meget alvorlig. Ved blodforgiftning kan den angripe alle organer og bryte ned motstandskraften, slik at det undertiden bare går timer fra symptomene begynner til død inntreffer. Det er derfor viktig å mistenke sykdommen tidlig, slik at behandling kan settes hurtig inn. Sykdommen er kjennetegnet ved høyfeber, hodepine, døsighet, ofte stiv nakke. Typisk er små flekker i huden som ikke forsvinner ved trykk av glass mot flekkene. Sykdommen krever hurtig innleggelse i sykehus.

Det finnes vaksine mot bakterier av gruppe A og C. Det ble for noen år siden utprøvd en vaksine mot gruppe B. Den ga imidlertid for dårlig beskyttelse til å kunne brukes generelt. For denne gruppen er beskyttende tiltak det viktigste.

Av meningokokksykdom er gruppe B den som forekommer hyppigst i Norge. En vaksinasjon mot gruppe A og C vil derfor ikke beskytte mot denne gruppen og kan gi en falsk sikkerhetsfølelse. Sykdommen forekommer hyppigst hos små barn og i aldersgruppen 15-22 år, men kan angripe alle aldersgrupper. Vi har i det senere gjort stor innsats for å gi helseveiledning til utsatte ungdomsgrupper, spesielt russ om våren. Sykdommen spres lett i tette miljøer, store samlinger, militærleirer, idrettssamlinger m.v.

Det er meget sjelden at det oppstår mer enn ett tilfelle av meningokokksykdom av gangen. Smitte spres lettest til dem som har daglig, nær omgang, og særlig til barn. Ved tilfelle av sykdom, vil derfor barn i den nærmeste familie og i meget nær omgangskrets bli tilbudt penicillinbehandling for å forsøke å forhindre sykdom. Forøvrig er det ingen omfattende tiltak, men det kan være aktuelt å forhindre samlinger og sterkere anstrengelser i omgangskretsen. Som regel er det ikke grunnlag for omfattende stengninger. (Vedlegg 9 og 10)

5.8. Tyfoid, dysenteri, salmonella, norwalk-lignende virusinfeksjon m.v. (Næringsmiddelbåren gastroenteritt)

Dette er sykdommer som overføres via mat og drikke og gir symptomer hovedsakelig fra mage-tarmtractus. Tyfoid og dysenteri er sjeldne, men alvorlig sykdommer. Salmonellainfeksjon er relativt hyppig, men fører sjelden til sykehusinnleggelse. Salmonella er ofte årsak til «turistsjau» under sydenreiser. Sykdommen er ikke regnet blant de allmennfarlige sykdommene. Den går vanligvis over av seg selv etter 1-3 uker.

I praksis er det salmonellainfiserede matvarer eller drikkevann som kan forårsake problemer. Det kan være årsak til større eller mindre epidemier, som kan forekomme spredt i deler av landet. Det kan være et nitid detektivarbeid som skal til for å påvise det mediet som overfører smittestoffet. For noen år siden ble det f.eks. påvist at smitten ble overført via et bestemt produksjonsnummer av malt sort pepper. Sykdomsutbredelsen stanser av seg selv når smittemediet blir funnet og fjernet.

Salmonella er nominativt meldepliktig. Den syke blir pålagt streng håndhygiene. Etter sykdommens grad vil behandlende lege vurdere sykmelding. Dersom vedkommende arbeider med næringsmidler, vil vi kreve at han holder seg unna slikt arbeid, eventuelt sykemeldes, inntil det er minst 3 negative avføringsprøver.

Akutt gastroenteritt forårsaket av norwalk-lignende virus, er ikke særlig alvorlig, men er meget hyppig infeksjonssykdom. Det er viktig å tilstrebe rask etiologisk diagnostikk av de syke. Dette oppnås best ved at det tas ut rikelig med prøvemateriale, både fra råvarer, ferdige produkter, ansatte i bedriften og smittede straks mistanken om denne infeksjonen foreligger. MSIS-rapport 52B-1999 gir råd om bakteriologiske fecesundersøkelser ved kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner (vedlegg 13).

5.9. Kolera og ETEC-diaré

Det er ikke smitte av kolera i Norge. Bare unntaksvis registreres kolera hos folk som kommer til landet fra smittet område. Kolera er imidlertid utbredt i mange utviklingsland, med en del dødsfall.

Sykdommen skyldes et smittestoff som utskilles fra tarmen. Under primitive forhold kan det forurense vann som brukes som drikkevann. Sykdommen medfører sterke brekninger og diaré og kan føre til sterk uttørring av kroppen. Det er dette som medfører døden. Ved tilførsel av store væskemengder via blodårene, vil væskebalansen bli opprettet og sykdommen helbredes. Den vanligste årsak til turistdiaré er ETEC-bakterien.

Reisende som skal leve primitivt i tropene, bør være ekstra oppmerksom på vann og matvarer som kan være vasket i vann, og isprodukter. Det finnes vaksiner mot kolera og ETEC-diaré (Ducoral). Vaksinen skal drikkes og basisvaksinasjonen for voksne består av 2 doser med minst en ukes mellomrom.

5.10. Difteri, poliomyelitt, kikhoste, meslinger, røde hunder og kusma

Sykdommene forekom tidligere hyppig i vårt land, spesielt alvorlige epidemier opptrådte under krigen 1940 - 45. På grunn av god vaksinasjonsdekning ved helsestasjonene, mer enn 95 % dekning, er sykdommene i dag nesten borte. Sykdommene er imidlertid fremdeles aktive i utviklingsland. Selv i høyt utviklede land ser vi begrensede epidemier i kretser som avviser vaksinasjon, ofte av religiøse grunner.

For å motvirke at sykdommene igjen skal blusse opp i vårt land, er det av største betydning at vi opprettholder den gode vaksinasjonsdekningen av småbarn og skolebarn. Dessuten bør den voksne befolkningen sikre seg ved å vedlikeholde vaksinasjon med 5-10 års mellomrom. Særlig viktig er det at turister til land utenfor Europa og til østeuropeiske land er tilfredsstillende vaksinert før utreise. Spesielt anbefaler vi difterivaksine til reisende til Russland.

5.11. Seksuelt overførte sykdommer (SOS)

Vi har tidligere omtalt HIV/Aids, som kan regnes blant seksuelt overførte sykdommer. De tradisjonelle kjønnssykdommene, gonorré, syfilis og bløt sjanker, er nå ganske sjeldne, noe vi tilskriver den nøyaktige oppfølging og behandling av smittekilder.

Klamydiainfeksjon er i våre dager den mest utbredte sykdommen som smittes seksuelt. Den er skummel ved at den ofte ikke gir symptomer i det hele tatt, verken hos kvinner eller menn.

Den kan imidlertid gi betennelse i egglederne hos kvinner og være årsak til sterilitet og barnløshet. Det er derfor viktig å intensivere smitteoppsporing hos menn for å bryte smittekjeden.

Klamydiainfeksjon oppdages vanligvis ved prøver tatt ved gynekologisk undersøkelse. Det er særlig unge kvinner under 25 år som er bærere av smitten, som føres videre via seksualkontakter. Prøver tas derfor rutinemessig ved undersøkelse ved prevensjonskontorer og familieveiledningskontorer. Sykdommen er lett å behandle, men det er viktig at partnere og mulige smittede oppspores og behandles. (Vedlegg 11.)

5.12. Pneumokokksykdom

Pneumokokksmitte kan, særlig hos eldre og miltekstiperte, føre til alvorlig lungebetennelse eller blodforgiftning. Det finnes vaksine mot denne sykdom. Indikasjoner for vaksinasjon er stort sett den samme som for influensa.

Helseenheten tilbyr denne vaksinen til eldre samtidig med influensavaksinen fra og med høsten 1996. Informasjon om pneumokokkvaksinasjon i vedlegg til planen. (Vedlegg 12.)

5.13. MRSA – Meticillinresistente gule stafylokokker

5.13.1. Generelt

I land utenfor Norden har det i de siste ti årene vært en sterk økning i forekomsten av MRSA-tilfeller i og utenfor helseinstitusjoner. Antall påviste MRSA-tilfeller i Norge er lavt sammenlignet med andre land, men forekomsten har vært jevnt økende.

Det er ikke mulig å hindre at MRSA importeres til Norge og spres i befolkningen, men det er viktig å begrense mulighetene for at MRSA tas med inn i helseinstitusjoner og forebygge smitte til pasienter.

Når det iverksettes tiltak mot MRSA må disse være i tråd med følgende prinsipper:

- Mistenkt eller bekreftet MRSA hos en person må ikke forsinke nødvendig undersøkelse, behandling eller pleie
- Tiltak mot MRSA skal baseres på gyldig samtykke fra pasienten
- Tiltak mot MRSA skal ikke gi begrensninger i pasientens liv ut over smitteverntiltak ved kontakt med helsetjenesten

Det vises til MRSA-veilederen av september 2008.

5.13.2. Undersøkelse ved innleggelse og før arbeid i sykehus eller sykehjem

Ved innleggelse og før pasientrettet arbeid i sykehus tas MRSA-prøve av **alle** som:

- tidligere har fått påvist MRSA, men ikke senere hatt tre negative kontrollprøver,

eller som i løpet av de siste 12 måneder har:

- fått påvist MRSA (selv om senere kontrollprøver har vært negative), eller
- bodd i samme husstand som MRSA-positive, eller
- hatt nær kontakt med MRSA-positive uten å bruke beskyttelsesutstyr,

eller som i løpet av de siste 12 måneder har vært i land utenfor Norden og der har:

- vært innlagt i helseinstitusjon, eller
- fått omfattende undersøkelse eller behandling i en helsetjeneste, eller
- arbeider som helsearbeider, eller
- oppholdt seg i barnehjem eller flyktningeleir.

I tillegg tas MRSA-prøve av alle som har kliniske symptomer på hud-/sårinfeksjon, kroniske hudlidelser eller innlagt medisinsk utstyr gjennom hud eller slimhinner, **og** som i løpet av de siste 12 måneder har:

- oppholdt seg sammenhengende i mer enn 6 uker i land utenfor Norden.

5.13.3. Prøvetaking

Fremgangsmåte ved prøvetaking for MRSA

Bruk vanlig prøvetakingsutstyr og transportmedium. Ta ett prøvesett, det vil si en prøve fra hvert prøvetakingssted.

Prøvetaking av beboere

Prøver tas fra følgende steder:

- ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)
- svelg inklusiv tonsiller
- perineum
- sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden
- innstikksteder for fremmedlegemer
- hvis pasienten har permanent urinveiskateter tas det i tillegg urinprøve

Prøvetaking av personale

Ved forhåndsundersøkelse og smitteoppsporing tas prøver fra følgende steder:

- ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)
- svelg inklusiv tonsiller
- sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden.

Ved kontroll etter sanering tas prøvene på samme måte som hos beboere.

5.13.4. Smitteoppsporing i hjemmesykepleien

Smitteoppsporing i hjemmesykepleien er aktuelt når MRSA oppdages uventet hos en bruker eller blant personalet.

Fremgangsmåte og omfang av smitteoppsporingen bestemmes av kommuneoverlegen, i samråd med tjenestens ledelse og med brukerens eller den ansattes fastlege. MRSA-undersøkelse og eventuelt sanering gjøres av fastlegen i samarbeid med hjemmesykepleien.

Anbefalt fremgangsmåte ved uventet funn hos en av personale

- Ta prøve av personale som har vært hos MRSA-positiv bruker

- Dersom MRSA påvises hos noen av personalet, undersøkes de brukerne som disse har vært hos
- Tilby prøvetaking av husstandsmedlemmer og eventuelle partnere til personale og brukere som er MRSA-positive

Anbefalt fremgangsmåte ved uventet funn hos en av personale

- Ta prøve av brukere som MRSA-positivt personale har vært hos
- Ta prøve av personale som har arbeidet sammen med den som er funnet MRSA-positiv
- Dersom MRSA påvises hos noen av brukerne, undersøkes personale som har vært hos disse (de som ikke allerede er omfattet av smitteoppsporingen)
- Dersom MRSA påvises hos noen av personalet, undersøkes de brukerne som disse har vært hos (de som ikke allerede er omfattet av smitteoppsporingen)
- Tilby prøvetaking av husstandsmedlemmer og partnere til personale og brukere som er MRSA-positive

Personale som omfattes av smitteoppsporing kan fortsette sitt arbeid i hjemmesykepleien, men unngå arbeid i annen helsetjeneste, inntil prøvesvar foreligger.

5.13.5. Kontroll etter sanering

Kontrollprøver av brukere og personale tas fra følgende steder:

- ytterst i hvert nesebor (med samme pensel)
- svelg inklusiv tonsiller
- perineum
- sår, eksem, ferske arr eller andre defekter i huden
- innstikksteder for fremmedlegemer
- hvis brukeren har permanent urinveiskateter tas det i tillegg urinprøve

Det tas prøver **en, to og tre** uker etter at saneringen og eventuell systemisk antibiotikabehandling ble avsluttet. Det tas kun ett prøvesett ved hver kontroll, det vil si en prøve fra hvert prøvetakingssted.

Nye kontrollprøver anbefales tatt **tre, seks og 12** måneder etter sanering. Flere kontroller bør vurderes hvis pasienten får antibiotikabehandling eller det oppstår sår eller oppbluss av eksem.

Når brukere overflyttes til helseinstitusjon eller annen hjemmesykepleie, informeres behandlende lege som tidspunkt for planlagte kontrollprøver.

Personale som skal begynne i arbeid ved helseinstitusjon før siste kontrollprøve er tatt, skal informere ny arbeidsgiver om tidligere funn av MRSA og tidspunkt for planlagte kontrollprøver. Dette anbefales også for personer som skal begynne i arbeid i helsetjeneste utenfor sykehus og sykehjem. Det tas ny MRSA-prøve før oppstart av arbeid og arbeidsgiver og arbeidstaker avtaler når og hvor de gjenstående kontrollprøvene skal tas.

5.13.6. Fastlegens oppfølging av pasienter med MRSA

Ved påvisning av MRSA hos en pasient skal fastlegen:

- informere pasienten om MRSA
- avgjøre nødvendigheten av smitteoppsporing

- vurdere sanering og eventuelle andre smitteverntiltak

Smitteoppsporing, sanering og eventuelle smitteverntiltak vurderes i samråd med kommuneoverlegen.

Smitteoppsporing og sanering er spesielt anbefalt for hele husstanden når pasienten eller andre i husstanden:

- arbeider i helsetjenesten
- er bruker av hjemmesykepleie eller er innlagt sykehus eller sykehjem
- er planlagt innlagt i sykehus eller sykehjem eller henvist til poliklinikk
- har nedsatt immunforsvar eller har individuelle risikofaktorer for bærerskap

Smitteoppsporing og sanering kan tilbys alle MRSA-positive pasienter og deres husstandsmedlemmer og partnere, dersom de ønsker det og det ikke foreligger grunner til å fraråde sanering. Testing utover husstandsmedlemmer og partnere anbefales som hovedregel ikke, med mindre spesielle forhold tilsier dette.

5.14. Legionella

Legionella kan manifestere seg som to ulike sykdomsbilder:

- Legionærsyke som kan gi alvorlig sykdomsbilde. Beskrevet første gang under et utbrudd i 1976 ved et møte for krigsveteraner i USA.
- Pontiacfeber som vanligvis gir et mildt sykdomsbilde og som vanligvis ikke trenger behandling. Beskrevet første gang under et utbrudd i byen Pontiac i 1968.

Spredning

Legionella-bakteriens optimale veksttemperatur er 37°C. Bakterien formerer seg bra mellom 20°C og 45°C man kan også formere seg langsomt ved lavere temperatur. Ved temperaturer over 60°C dør bakterien i løpet av noen minutter. I tillegg til gode temperaturforhold må bakteriene ha næring for å kunne formere seg. Spredningen skjer vanligvis ved forstøvet vann, og inntreffer oftest på sensommeren eller høsten.

Forholdene i VVS-tekniske installasjoner kan være svært gunstige slik at en kraftig formering kan finne sted. Eksempel på installasjoner hvor forholdene kan være gunstige for legionellabakterien:

- Kjøletårn (en undersøkelse fra 1993 viste at ca. halvparten av undersøkte kjøletårn i Norge inneholdt en eller flere legionella-arter)
- Tappeutstyr som har filter hvor slam og partikler samles
- Dusjrør og slanger hvor dusjvann kan bli stående i lange tider og hvor temperaturforholdene er gunstige for vekst
- Vannsparende dusjhoder som produserer aerosoler
- Luftfuktere
- Boblebadekar

Tiltak

For å hindre tilvekst og spredning av legionella bakterien, bør det treffes visse sikkerhetstiltak:

- Det må etableres gode rutiner for renhold og ettersyn av vannforsyningsanlegg, vannbeholdere, kjøletårn, fordunstningskondensator, mv. Regelmessig rensing av vannfilter, filter til termostatbatteri, spyling og rensing av rørsystem og beredersystem vil i driftssituasjon være forebyggende mot legionellavekst. Prosedyrer og retningslinjer om dette bør naturlig inngå i byggets MHS-plan. Metoder for desinfeksjon av legionella er

varmebehandling ved spyling med varmtvann 80-90°C, bruk av natriumhypokloritt (klorin), bruk av ozon, tilsetning av kobber- og sølvioner samt UV-lys.

- Varmtvannet bør holde minimum 60°C.
- Varmtvann i sirkulerende system bør holde minimum 60°C.
- Enkelte plastmaterialer utgjør næring for bakterier og bør derfor ikke benyttes i rør og rørkomponenter.
- Røranlegget dimensjoneres slik at anlegget har normal vannhastighet for den enkelte rørdimensjon.
- Kjøletårn bør regelmessig rengjøres for alger, slam og andre forurensinger som kan gi næring til bakteriene.
- Eksisterende biofilm må om mulig fjernes ellers reduseres til et minimum, og dannelsen av ny biofilm må hindres.
- Belegg og korrosjon i anlegget må forhindres (belegg danner et godt vekstgrunnlag for bakterier, og korrosjonsprodukter kan danne næringsmidler)
- Den Totale Aerobe Bakterie (TAB) koloni konsentrasjon må kontrolleres

Det vises til ”Veileder for forebygging og kontroll av legionellasmitte for VVS-anlegg (smittevern 8)

5.15. SARS – Severe acute respiratory syndrome

Klinisk årvåkenhet

Når det er fare for SARS-epidemi må legene være særlig oppmerksomme på personer med følgende symptomer:

- Feber (over 38°C)

og

- Ett eller flere luftveissymptomer (hoste, sår hals, kortpustethet, åndenød, hypoksi, røntgenologiske tegn på pneumoni, eller tegn på akutt lungesviktsyndrom))

og

- Èn eller flere av de følgende:
 - Nærkontakt siste 10 dager før symptomdebut med en person som har fått diagnostisert SARS. Med nærkontakt menes å ha pleiet, bodd sammen med eller vært i direkte kontakt med kroppsvæsker fra en person med SARS.
 - Reise siste ti dager til område der SARS er blitt overført (Canada: Toronto og Vancouver, Kina: Guangdong og Hongkong, Vietnam: Hanoi, og Singapore.

Folkehelseinstituttet ber legene vurdere å henvise slike pasienter til sykehus for nærmere utredning om hvorvidt de kan være tilfeller av SARS.

Håndtering av tilfeller

Mulige tilfeller

Gjør følgende:

- Pasientene skal vente i eget undersøkelsesrom i akuttmottaket eller annet sted i sykehuset
- Pasientene skal få et kirurgisk munnbind
- Noter detaljert sykehistorie, reiseanamnese og informasjon om kontaktpersoner, særlig deres eventuelle akutte luftveisplager siste ti dager
- Ta røntgen thoraks, blodcelletelling og CRP

Dersom røntgen thoraks er normalt, kan pasientene sendes hjem dersom tilstanden ellers tillater det:

- Gi råd om personlig hygiene og om å unngå folksomme plasser og offentlig transport
- Gi råd om å holde seg hjemme inntil man er bra
- Gi råd om å søke lege igjen dersom luftveisplagene forverres

Dersom røntgen thoraks viser ensidige eller tosidige infiltrater med eller uten interstitiell infiltrasjon, se neste avsnitt:

Sannsynlige tilfeller

- Legg inn i sykehus for isolering
- Ta prøver i laboratorieundersøkelse i samarbeid med mikrobiologisk avdeling for utelukkelse av vanlige årsaker til atypisk pneumoni
 - hals- eller nasofaryngeale pensler og kuldeagglutinier, inkludert en pensel i virustransportmedium
 - blodkultur
 - prøve til serologisk undersøkelse
 - urin
 - bronkoalveolær lavage
- Ta blodcelletelling annenhver dag
- Ta røntgen thoraks som klinisk indisert
- Behandle som klinisk indisert
- Laboratoriene kan håndtere prøvene i samme sikkerhetsnivå som turkelbasiller. Ta vare på prøvene for eventuell videre undersøkelse
- Eventuell obduksjon

6. Smittevernarbeidet i institusjon

Fra og med januar 2009 er det inngått avtale mellom SSHF, Kristiansand og Søgne kommune om bistand innen smittevern.

Avtalen ligger som vedlegg til denne planen, men selve planen finnes på institusjonen. (Vedlegg 19)

Vedlegg:

1. Fremgangsmåte ved mistanke om næringsmiddelbåren infeksjon
2. Retningslinjer ved mistanke om matforgiftning
3. Fremgangsmåte ved utbrudd av antatt næringsmiddelbåren infeksjon
4. Telefaks – melding om mistenkt næringsmiddelbåren infeksjon
5. Telefaks til allmennleger og legevakt – mulig matbåren infeksjon
6. Telefaks til mikrobiologisk lab. SSHF og mattilsynet
7. Influensa – vaksinasjon
8. Informasjon om hepatitt B og C
9. Smittsom hjernehinnebetennelse i skoler og barnehager
10. Informasjon til foreldre om smittsom hjernehinnebetennelse
11. MSIS-rapport – Klamydia
12. Pneumokokkvaksinasjon
13. MSIS-rapport – Råd om bakteriologiske fecesundersøkelser ved kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner
14. Vaksinasjon ved utenlandsreiser
15. Hygienetiltak og behandling ved menneskebitt
16. Retningslinjer for fravær fra barnehagen ved sykdom
17. Oversikt over meldingspliktige sykdommer
18. Avtale om samarbeid mellom Mattilsynet for Vest-Agder og Søgne kommune på det medisinskfaglige området
19. Avtale om bistand innen smittevern mellom Søgne kommune og SSHF
20. Pandemiplan for Søgne kommune
21. Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune

Vedlegg 1

*Allmennpraktiserende leger og
legevaktleger i Søgne*

FREMANGSMÅTE VED MISTANKE OM NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON

Beredskapen ved mistanke om næringsmiddelbåren gastroenteritt har ikke vært tilfredsstillende. Meldinger kommer sent og tilfeldig, og som oftest har det vært vanskelig å sikre diagnostikken fordi det ikke har vært tatt avføringsprøver raskt nok. Det er derfor innledet et nærmere samarbeid mellom kommuneoverlegen (smittevernet), Mattilsynet og Mikrobiologisk avdeling ved SSHF.

Allmennlegene utgjør et meget viktig rapporteringsnettverk i smittevernet. Vi må benytte dette nettverket mer effektivt enn vi gjør i dag, og ha et system for å samle og samordne opplysninger.

LEGENES OPPGAVER VED MISTANKE OM NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON.

- 1. Sikre avføringsprøve så raskt som mulig. Send med pasienten prøveglass, konvolutt og ferdig utfylt rekvisisjon. Det er viktig at smittevernet får kopi av prøvesvaret. Informer pasienten om at det er viktig at prøven kommer til sykehuset så raskt som mulig, og at prøveglasset bør fylles helt opp med prøvemateriale.*
- 2. Meld fra til smittevernet så rask som mulig. Dette utøves av kommuneoverlegen.*
- 3. Svært ofte kommer meldingene om næringsmiddelbåren infeksjon direkte fra publikum til Mattilsynet. Det vil da bli sendt ut spesiell melding til legevakten og allmennlegene om å være spesielt oppmerksomme på gastroenteritter.*

Søgne, 10.01.2005

Med hilsen

*Finn Georg Birkeland
helsesjef/kommuneoverlege*

FREMGANGSMÅTE VED UTBRUDD AV ANTATT NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON:

1. *Mattilsynet og kommuneoverlegen blir enige om at det skal iverksettes noen aksjon.
Prinsipp: Mer enn 5 syke, samt mistanke om at smitten kan stamme fra serveringssteder, butikker eller offentlig vannforsyning.*
2. *Når Mattilsynet skal ut i marken, skal de ha med seg opp til 20 stk. prøveglass til avføringsprøve, konvolutter og ferdig utfylte rekvisisjoner, der det bare gjenstår å sette på pasientens navn. Utstyret oppbevares på legesenteret.*
3. *Varsling av kommuneoverlege og legevaktleger bør foretas så raskt som mulig. Det foregår slik:
Fyll ut ett eksemplar av "telefaks til allmennleger og legevakt, mulig matbåren infeksjon!" Pass på at Mattilsynet gir fra seg de opplysningene som de har når de kommer for å hente prøveutstyr! Eventuelt er det kommet faks med opplysninger.*
4. *Legg kopi av faksen i hefte til hver av legene og send faks til Songdalen legesenter.*

Søgne, 10.01.2005

*Finn Georg Birkeland
helsesjef/kommuneoverlege*

TELEFAKS

MELDING OM MISTENKT NÆRINGSMIDDELBÅREN INFEKSJON

*Til: Kommuneoverlegen i Søgne
4640 SØGNE
Faks. nr. 38 05 10 13*

Fra:

BESKJED:

ANTALL PERSONER SOM ER BLITT SYKE: _____

SYMPTOMER:

OPPKAST: ___ DIARE: ___ FEBER: ___ ANNET: ___

ANDRE SYMPTOMER: _____

TID FRA MISTENKT MÅLTID TIL SYMPTOM: _____ *TIMER*

HVILKET NÆRINGSMIDDEL MISTENKES?

(matvare, vann, annet): _____

MISTENKT KILDE FOR INFEKSJON (Navnet på serveringssted, butikk etc):

Melders underskrift

TELEFAKS

TIL **ALLMENNLEGER OG LEGEVAKT** **MULIG MATBÅREN INFEKSJON**

Sider (inkl. denne side): 1

BESKJED:

ANTALL PERSONER SOM ER BLITT SYKE: _____

SYMPTOMER:

OPPKAST: ____ *DIARE:* ____ *FEBER:* ____ *ANNET:* ____

ANDRE SYMPTOMER: _____

TID FRA MISTENKT MÅLTID TIL SYMPTOM: _____ *TIMER*

HVILKET NÆRINGSMIDDEL MISTENKES?

(matvare, vann, annet): _____

MISTENKT KILDE FOR INFEKSJON (Navnet på serveringssted, butikk etc):

Vær vennlig å melde fra til smitteverntjenesten dersom dere kommer over pasienter som kan være smittet i forbindelse med ovennevnte utbrudd. Vær også vennlig å utruste dem med nødvendig utstyr (prøveglass, remisse, konvolutt) slik at avføringsprøver kan tas så raskt som mulig!

Underskrift

TELEFAKS

TIL **MIKROBIOLOGISK LAB. SSHF, Kristiansand** **OG MATTILSYNET**

Faks nr. 38 07 34 91

(Mikrobiologisk avd., seksjonsleder bakteriologisk seksjon).

Faks nr. 38 14 67 01

(Mattilsynet).

Sider (inkl. denne side): 1

BESKJED:

ANTALL PERSONER SOM ER BLITT SYKE: _____

SYMPTOMER:

OPPKAST: ____ ***DIARE:*** ____ ***FEBER:*** ____ ***ANNET:*** ____

ANDRE SYMPTOMER: _____

TID FRA MISTENKT MÅLTID TIL SYMPTOM: _____ ***TIMER***

HVILKET NÆRINGSMIDDEL MISTENKES?

(matvare, vann, annet): _____

MISTENKT KILDE FOR INFEKSJON (Navnet på serveringssted, butikk etc):

ANDRE OPPLYSNINGER: _____

Underskrift

INFLUENSA

Innledning

Det finnes tre typer influensavirus: A, B og C. Type C har liten klinisk betydning, men type A og B er opphav til større eller mindre epidemier i vårt land hver eneste vinter. Et spesielt trekk ved influensavirus er at det stadig forandrer seg, dels ved mindre endringer fra år til år (drift), dels ved større plutselige forandringer (shift). Det medfører at immunitet etter gjennomgått sykdom eller vaksinasjon kan ha begrenset virkning.

Influensavirus forårsaker årvisse epidemier i den kalde årstid, her i landet som regel i perioden november til februar. Omfanget av vinterens epidemi vil avhenge av hvor stor del av befolkningen som har beskyttende immunitet mot virus, og det avhenger av hvor mye virus har forandret seg siden siste sesong. Etter større endringer (shift) vil svært få ha beskyttelse mot sykdommen. I slike år opptrer pandemier, der millioner kan bli syke over hele verden (spanskesyken i 1918, asiasyken i 1957, hong kong-syken i 1968).

Typisk sykdom består av akutt innsettende feber med allmennsymptomer som muskelsmerter og hodepine. Ofte opptrer også luftveissymptomer eller symptomer fra magetarmkanalen. For ellers friske personer er sykdommen ubehagelig, men ufarlig. For personer med visse grunnsykdommer (særlig hjerte- eller lungesykdommer med nedsatt lungekapasitet) og for eldre over 65-70 år kan imidlertid influensa være en alvorlig sykdom, som i enkelte år kan være årsak til en betydelig overdødelighet. Dødsårsaken er oftest sekundær bakteriell pneumoni. Primær influensaviruspneumoni er en sjelden komplikasjon med høy letalitet.

Vaksinen

Vaksinen består av inaktivert (drept) virus, vanligvis av tre typer (to A-stammer og en B-stamme). Virus dyrkes på befruktete hønseegg og inaktiveres som regel med formalin. Vaksinen kan være laget av hele virus eller mindre deler (split- og subunit-vaksiner). Den står i en særstilling blant vaksiner fordi den må tilpasses endringene hos virus og derfor forandres fra år til år.

Vaksinen gir beskyttelse mot influensa hos 60-70% av de vaksinerte. De fleste undersøkelser viser at eldre personer responderer noe dårligere på vaksinen enn yngre. Det er holdepunkter for at vaksinen i større grad beskytter mot alvorlig sykdom og død enn mot lettere sykdomsmanifestasjoner.

Indikasjoner

Influensavaksine er først og fremst indisert til personer som risikerer alvorlig sykdom eller død hvis de smittes av influensa:

- voksne og barn med alvorlige luftveissykdommer, spesielt de som har nedsatt lungekapasitet
- voksne og barn med kroniske hjerte/karsykdommer, spesielt de med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
- voksne og barn med sykdommer som gir nedsatt infeksjonsresistens
- beboere på alder- og sykehjem
- andre personer over 65 år
- helsepersonell som skal ta hånd om pasienter i risikogruppene (for å redusere smittefaren for risikogruppene)

Hvis store endringer i virus gir grunn til å frykte en alvorlig pandemi, kan det være indisert å vaksinere andre grupper, først og fremst helsepersonell som skal ta seg av dem som blir syke og nøkkelpersonell i samfunnet generelt.

Kontraindikasjoner

- alvorlige straksallergiske reaksjoner overfor egg
- formalinallergi
- kjent allergi mot andre innholdsstoffer i vaksinen
- akutt infeksjon med feber over 38°C

Bivirkninger

- lokalreaksjon med rødhet, ømhet og/eller hevelse på injeksjonsstedet (5-20%)
- allmennsymptomer med feber, muskelsmerter og generell uvelfølelse (1-10%)
- allergiske reaksjoner (generell urtikaria, anafylaksi) (meget sjelden)

Hyppigheten av bivirkninger kan variere med vaksintype og preparat:

En enkelt vaksinstamme (svineinfluensavirus, 1976) er satt i forbindelse med utvikling av Guillain-Barrès syndrom. Det har ikke vært mulig å påvise noen sammenheng mellom bruk av influensavaksine og alvorlige nevrologiske sykdommer ved noen andre vaksinstammer.

Anbefalt vaksinasjonsregime

Til voksne: én dose. *Til barn under skolealder:* oftest 2 doser med 1 måneds intervall.

Anbefalingene kan variere fra preparat til preparat. Anbefalt injeksjonsteknikk (i.m. eller s.c.) varierer også mellom preparatene. Se pakningsvedlegg.

Vaksinen gis fortrinnsvis før vinterens influensasessong (d.v.s. i september/oktober/november). Vaksinasjon under pågående influensaepidemi må forventes å ha begrenset effekt, men anbefales likevel for personer i høyrisikogrupperne som ikke er blitt vaksinert før epidemien inntreffer.

INFORMASJON OM HEPATITT B OG C (SMITTSOM LEVERBETENNELSE)

Hepatitt B og C er virussykdommer, som stort sett smitter ved **blodsmitte**. Virus må trenge igjennom huden for å kunne gi sykdom. Virus kan ikke trenge gjennom hel hud, det må finnes en inngangsport i form av sår, rifter eller lignende. Det finnes vaksine mot hepatitt B, men ikke mot hepatitt C.

Etter gjennomgått sykdom blir de aller fleste immune og er ikke smittefarlige. Noen få blir smittebærere, de har virus i blodet selv om de er friske. Smittebærere kan påvises ved blodprøver. Også barn kan være smittebærere. Flest smittebærere finner vi blant innvandrere fra Sørøst-Asia og sprøytenarkomane.

Helsesøstre og leger er bundet av taushetsplikten og kan ikke gi opplysninger til barnehager eller skoler om hvem som er **kjente** kroniske smittebærere. I tillegg kan man aldri gardere seg mot at det finnes smittebærere som ikke helsetjenesten vet om.

Rutinene rundt behandlingen av blodsøl i skoler og barnehager må derfor være så gode at de **uansett** sikrer mot smittespredning, fordi vi aldri kan være helt sikre på hvem som er smittet.

Forholdsregler overfor hepatitt B og C.

1. I det daglige er det ikke nødvendig med spesialbehandling av smittebærere. Sykdommen smitter ikke gjennom drikkekar osv. og både for disse og andre barn gjelder generelt: Håndvask etter toalettbesøk og bleieskift, vanlig vask av kopper og kar i oppvaskmaskin.
2. Dersom blødende sår oppstår, skal man også generelt være forsiktig i omgangen med blod, særlig hvis man selv har rifter og sår. Bruk gjerne gummi- eller plasthansker. Sår renses grundig og dekkes til. Bruk hansker under fjerning av blodsøl! Vask det tilsølte området grundig med såpe og vann. Klær med blodsøl vaskes helst med kokvask dersom de tåler det, ellers vaskes de på vanlig måte.
3. Smittebærere med åpne eller blødende/væskende sår bør ikke benytte felles svømmebasseng. Det bør heller ikke andre med åpne sår gjøre.
4. Faren for å bli smittet er minimal dersom disse retningslinjer følges. Det er derfor ikke aktuelt å vaksinere personale eller andre barn i vanlige skoler og barnehager. Det kan, i helt spesielle tilfeller, komme på tale å vaksinere personale og andre barn i familiebarnehager/hos dagmødre som passer et barn som er smittebærer.

SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE I SKOLER OG BARNEHAGER

Hensikt:

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

Ansvar:

Smittevernet. Helsestasjoner og skolehelsetjenesten.

Definisjoner:

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

Fremgangsmåte:

1. Sykehuset varsler smittevernet, event. Søgne legesenter/kommuneoverlegekontoret pr. telefon så raskt som mulig ved mistenkt/sikkert tilfelle av meningokokksykdom. Dersom den syke er skoleelev eller barnehagebarn, må smittevernet sørge for at foreldre er informert om at man går ut med generell informasjon om tilfellet til klassekamerater etc.
2. Smittevernet sjekker at familie og de aller nærmeste har fått informasjon, medisin og event. vaksinasjon (ved meningokokk A eller C). De som ikke har fått dette på sykehuset, får tilbud om oppfølging ved Vaksinasjonskontoret. Vaksine kan rekvireres fra Folkehelse gratis på blå resept, merket § 4. Faks nr. 22 04 23 01.
Vaksinasjonskontoret har lager som kan benyttes, og så etterbestiller vi vaksine. Det føres liste over hvem som er vaksinert.
3. Smittevernet informerer rektor eller barnehagebestyrer, samt aktuell helsestasjon/skolehelsetjeneste pr. telefon så raskt som mulig om hvem som er syk, tilstanden etc. Råd som skal gis:
 - Det er ikke nødvendig å kutte ut skolegymnastikk, men fysiske påkjenninger utenom det vanlige bør unngås (fjellturer eller lignende)
 - Det er ikke nødvendig å fraråde vanlig undervisning, møter eller lignende.
 - Det er ikke nødvendig å stenge skoler, barnehager eller lignende.
 - Det er ikke aktuelt med antibiotikabehandling av klassekamerater eller andre barn i barnehagen.
4. Skole eller barnehage får tilbud om å få fakset/oversendt standard informasjonsskriv til foreldrene, vedlegg 11a. Dette kan kopieres opp og deles ut til foreldrene i aktuell klasse, event. andre som er interessert.
5. Innholdet i informasjonsskrivet skal holdes oppdatert av smittevernet.
6. Smittevernet er ansvarlig for oppdatering av denne prosedyren.

Referanser:

MSIS nr. 6/95: Tiltak etter et tilfelle av meningokokksykdom.

Søgne kommune
Smittevernlege Frank R. Andersen
Postboks 1051
4682 SØGNE
Tlf. 38 05 56 30

TIL FORELDRE VED SKOLE/BARNEHAGE

**INFORMASJON OM SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE
(MENINGOKOKKSYKDOM)**

Et barn ved vår skole/barnehage (klasse) er innlagt på sykehus. Det er påvist meningokokksykdom, såkalt smittsom hjernehinnebetennelse. Det er svært liten sannsynlighet for at det vil oppstå flere tilfeller ved vår skole, men vi anbefaler ekstra vaksomhet i de nærmeste par uker.

Helsemyndighetene har gitt følgende retningslinjer for hvordan vi skal forholde oss:

1. Familiemedlemmer og svært nære kontakter av den syke skal vurderes med henblikk på vaksine, eventuelt antibiotikabehandling. Vanligvis er dette ikke aktuelt for klassekamerater. Smittevernet vil gi råd om hvem som kommer inn i denne gruppen.
2. Det er ikke noen grunn til å stoppe vanlig aktivitet, men særlig slitsomme turer eller anstrengelser bør avlyses.
3. Det er ingen grunn til å avlyse møter, forsamlinger eller lignende.
4. Foreldre anbefales å holde et ekstra godt øye med barn som blir syke i de nærmeste uker. Symptomer som man skal se etter:
 - Høy feber, der barnet virker mer dårlig enn det vanligvis er når det har feber
 - Stiv nakke (klarer ikke å legge haken på brystet på kommando)
 - Nyoppstått utslett på huden **hvor som helst på kroppen** som ikke går vekk når man presser et glass ned mot det.

Barn med feber bør også sjekkes en gang i løpet av natten.

Kontakt lege eller legevakt hvis du er i tvil om ditt barn oppfyller punktene ovenfor.

Nærmere opplysninger kan du få ved å kontakte smittevernet på adressen ovenfor.

Med hilsen

Frank R. Andersen
smittevernlege



Pb 4404 Torshov, 0403 Oslo
Telefon 22 04 22 00

MSIS-rapport

MELDINGSSYSTEM FOR SMITTSOMME SYKDOMMER
ISSN 0801-3497 MSIS MELDINGSSYST SMITTSOM SYKD 1997; 25: 11

EPI 11
UKE 1997

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin Tlf. 22 04 26 43

Vedlegg 11
18.03.97

SMITTEOPPSPORING VED KLAMYDIA

Bakgrunn

Klamydia (genital *Chlamydia trachomatis*-infeksjon) er den viktigste årsaken til bekkeninfeksjon (herunder salpingitt) hos kvinner. Bekkeninfeksjon kan føre til infertilitet, ektopiske svangerskap og kroniske magesmerter. Risikoen for den enkelte smittede kvinne er imidlertid lav. Det er uklart om klamydia kan redusere menns fertilitet.

Fremdeles har til enhver tid om lag 5% av seksuelt aktive kvinner og menn under 25 år klamydia. Hvert år diagnostiseres og behandles over ti tusen tilfeller, de fleste kvinner [1].

Et viktig ledd i strategien mot klamydiaepidemien er å finne de smittede før de smitter videre. Det kan gjøres ved å teste personer med symptomatisk klamydia, ved rutinetesting av personer under 25 år etter partnerskifte, og ved smitteoppsporing (se MSIS-rapport 41/95). Ettersom de fleste smittebærerne er uten symptomer, og rutinetesting gir lavt utbytte, regnes smitteoppsporing som en effektiv måte å finne de smittede.

Definisjon

Med smitteoppsporing menes tiltak for å gjøre seksualpartnere (smittekontakter) til en pasient med klamydia (indekspasienten) oppmerksomme på at de kan være smittet og tilby dem undersøkelse og behandling [2]. Smitteoppsporing kan gjøres av legen (legeformidlet smitteoppsporing) eller av pasienten (pasientformidlet smitteoppsporing).

Formål

Smitteoppsporing skal bidra til å stoppe klamydiaepidemien, hindre reinfeksjon av indekspasienten ved at partneren får behandling og bringe smittekontakter med asymptomatiske infeksjoner til tidlig behandling.

Oppfølgingstimen med indekspasienten

Pasienten med positiv klamydiatest kalles inn, f.eks. med et standardbrev (kopieres fra [3]) til en oppfølgingstime med følgende innhold:

Informasjon og behandling

Følgende informasjon hører med:

- Klamydia er seksuelt overførbar og kan løpse asymptomatisk i lang tid, kanskje år. Nyoppdaget klamydia behøver ikke bety utroskap.
- Risikoen for følgetilstander er meget liten.
- Det er mulighet for falskt positiv klamydiaprøve.
- Behandlingen er enkel, men kan ha gastrointestinale bivirkninger.
- Smittevernveiledning: seksuell avholdenhet i to uker etter behandling.
- Eventuell kontroll minst tre uker etter behandling.
- Unngå klamydia igjen ved testing av nye partnere og kondom ved partnere med ukjent smittestatus.

Smitteoppsporing

Ved seksuelt overførbare sykdommer forventer pasienten at legen tar opp smitteoppsporing. Noen pasienter må motiveres til samarbeid, f.eks. ved å appellere til omsorg for tidligere partnere og deres nye partnere, og ved å forklare at han/hun kan bidra til å begrense klamydiaepidemien i samfunnet.

Man starter gjerne med å spørre om den siste partneren og arbeider seg deretter bakover i tid. Mange pasienter mener å vite hvem som smittet dem. Da kan man spore opp denne smitekilden og alle partnere etter dette. Hvis smitteidspunktet er ukjent, er det sjelden aktuelt å gå mer enn et halvt år tilbake. Opplysninger om smittekontakter (navn, adresse, alder, annen identifiserende informasjon) kan føres på en egen smitteliste slik at man kan føre kontroll med hvem som virkelig møter etter oppsporing, og hvem som må kalles inn på ny.

I samarbeid med indekspasienten blir man enige om hvilke partnere som bør oppspores. Pasienten får så støtte til å underrette dem, men informeres om at legen kan gjøre dette per brev [3] (vanlig, nøytral konvolutt) uten at pasienten nevnes. Kontaktene oppfordres til å møte på samme legekontor slik at legen kan stryke dem fra smittelista.

Første konsultasjon med smittekontakten

Informasjon

Gi informasjon om klamydias forløp, smitemåte og komplikasjoner. Noen smittekontakter som er blitt oppsporet av legen, krever å få vite hvem som har oppgitt dem. Dette avvises med henvisning til taushetsplikten.

Undersøkelse

Pasienten spørres om symptomer på klamydia. Man tar så klamydiaprøve fra urethra og cervix. Det kan være aktuelt å tilby testing for andre seksuelt

overførbare sykdommer, som gonorré og HIV-infeksjon.

Behandling

Behandling og smittevernveiledning gis umiddelbart (før prøvesvaret foreligger) til nåværende partnere, partnere med urethritt eller cervisitt og andre smittekontakter som antas smittet. Det er omlag 70% risiko for at aktuelle partnere er smittet, uansett kjønn [4].

Smitteoppsporing

Grunnlaget for å starte en ny runde smitteoppsporing rundt en smittekontakt er en laboratorieverifisert diagnose.

Jus

Viktige punkter i smittevernloven [5] er:

- Legen skal forsøke smitteoppsporing dersom det er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det, men kan overlate dette til kommunelegen (§ 3-6).
- Indekspasienten har plikt til å samarbeide (§ 5-1), men det er ikke straffbart å nekte (§ 8-1).
- Smittekontakter har plikt til å oppsøke lege og la seg undersøke (§ 5-1), men det er ikke straffbart å nekte (§ 8-1).
- I sjeldne tilfeller kan det være aktuelt å foreta smitteoppsporing mot indekspasientens vilje (§ 2-2).

Økonomi

Se MSIS-rapport 27/96 for nærmere omtale av Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp hos privatpraktiserende lege. Oppfølgingstimen med indekspasienten (§ 3-7, d) og konsultasjonene med smittekontaktene (§ 3-7, c og d) refunderes fullt ut.

Litteratur

1. Aavitsland P, Nilsen Ø. Seksuelt overførbare sykdommer 1996. MSIS-rapport 1997; 25:6.
2. Aavitsland P, Lystad A. Smitteoppsporing ved genitale chlamydia-infeksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1992;112:1719-22.
3. Aavitsland P, Cunin J, Gannes S et al. Metodebok 1997-98. Oslo: Klinikk for seksuell opplysning, 1996.
4. Quinn TC, Gaydos C, Shepherd M et al. Epidemiologic and microbiologic correlates of Chlamydia trachomatis infection in sexual partnerships. JAMA 1996; 276: 1737-42.
5. Smittevernloven veileder. En generell innføring. Oslo: Statens helseilsyn, 1995.

(Preben Aavitsland og Arve Lystad)

BEHANDLING AV KLAMYDIA

Indikasjoner

- Laboratoriepåvisning av *C trachomatis* i genital prøve
- I påvente av prøvesvar, dersom pasienten
 - er en sannsynlig smittet kontakt til pasient med klamydia
 - har klinikk og anamnese forenlig med klamydia

Medikamenter

Ei rekke regimer er effektive mot *C trachomatis*. De hyppigst brukte ved urethritt og cervisitt er:

- azithromycin 1 g én gang
- doksykyklin 100 mg to ganger daglig i sju dager

Gravide kan få amoxicillin 500 mg tre ganger daglig i sju dager [1]. Bekkeninfeksjon forårsaket av *C trachomatis* behandles med doksykyklin 100 mg to ganger daglig i 14 dager. Dersom agens er ukjent, gis i tillegg ciprofloxacin 500 mg én gang og metronidazol 500 mg to ganger daglig i 14 dager.

Behandlingen forskrives på blå resept med angivelse av § 4 (Forskrift om godtgjørelse av utgifter til viktigere legemidler). Ingen egenandel.

Kontroll etter behandling

Kontrollprøve bør tilbys alle pasientene etter minst tre uker. Konsultasjonen bør særlig benyttes til å følge opp smitteoppsporingen [2]. Konsultasjonen refunderes fullt ut av folketrygda (§ 3-7, d).

Litteratur

1. Turrentine MA, Newton ER. Amoxicillin or erythromycin for the treatment of antenatal chlamydial infection: a meta-analysis. Obstet Gynecol 1995;86:1021-5.
2. Aavitsland P, Lystad A. Oppfølging etter behandling for genital chlamydia-infeksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1993;113:821-4.

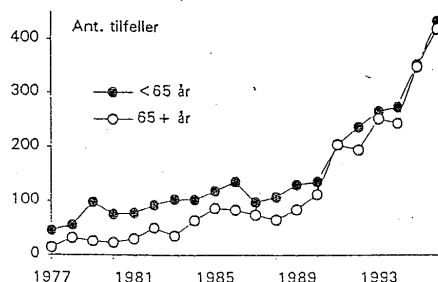
(Preben Aavitsland)

Vedlegg 12

Pneumokokkvaksinasjon

Pneumokokksykdom

Pneumokokkene forårsaker både mindre alvorlige infeksjoner (sinusitt og otitt) og alvorlige infeksjoner (pneumoni og de systemiske infeksjonene septicemi og meningitt). I Norge er det en økning i insidensen av alvorlig pneumokokksykdom.



Systemisk pneumokokksykdom i Norge, 1977-96

I 1992 døde 17% av pasientene som ble meldt til MSIS med systemisk pneumokokksykdom. Dødeligheten er høyere for eldre og for personer med grunnsykdommer. Dødeligheten av pneumonier er lavere, men følgene for den enkelte pasienten kan være alvorlige, f.eks. langvarig sykehus- eller sykehjemsopphold med fare for utvikling av kronisk pleiebehov.

Pneumokokkvaksine

Pneumokokkvaksinen er det eneste tilgjengelige forebyggende midlet mot pneumokokksykdom. Vaksinen består av rensede kapselpolysakkarid fra de 23 pneumokokkserotypene som er årsak til over 90% av de alvorligste sykdomstilfellene i Norge.

Vaksinen beskytter om lag 60-70% mot pneumokokksepticemi, -meningitt og -pneumoni. Hos personer med nedsatt infeksjonsforsvar pga. maligne sykdommer eller HIV-infeksjon, kan beskyttelsen være lavere. Disse pasientene bør vaksineres så tidlig som mulig i forløpet av grunnsykdommen.

Om lag halvparten av de vaksinerte får noe rødhet og smerte på injeksjonsstedet i en dag eller to. Under 1% av vaksinandene får feber, muskelverk og større lokalreaksjoner. Pneumokokkvaksinasjon består av én dose og det er foreløpig ikke noen anbefalinger for revaksinasjon (bortsett fra hos miltløse, se MSIS-rapport 17/96).

Målgrupper

Epidemiologiske studier har identifisert noen grupper som har høyere insidens og letalitet av pneumokokksykdom. Det er først og fremst disse gruppene som bør tilbys vaksinasjon. Smittevernrådet og Folkehelse oppfordrer til et krafttak for å få vaksinert følgende grupper:

- Personer eldre enn 65 år
- Personer med kroniske hjerte- og karsykdommer og kroniske lungesykdommer.
- Personer som har overlevd alvorlig pneumokokksykdom.
- Personer som har nedsatt immunforsvar pga. anatomisk eller funksjonell miltmangel.
- Personer som har nedsatt immunforsvar blant annet pga. HIV-infeksjon, lymfom og Hodgkins sykdom.
- Personer med cerebros spinalvæskefistel

Praktiske råd

Den enkelte allmennlege har ansvar for å tilby sine pasienter vaksinen. Dette kan skje ved konsultasjoner av andre årsaker. Tilbudet er mest effektivt dersom man har vaksine stående slik at pasienten kan bli vaksinert umiddelbart. Vaksinen er holdbar noen måneder i kjøleskap slik at legen kan bestille (og betale) et lite lager og så selge vaksinen til sine pasienter. (Vaksine til miltløse og HIV-positive refunderes imidlertid fullt ut av Folketrygda dersom bestillingen skjer på blå resept, § 4.)

Vi bestiller _____ doser pneumokokkvaksine. To likeverdige vaksiner er tilgjengelige i hhv. éndosepakning (kr 136,53) og femdosepakning (kr 517,83). Vi overlater til Folkehelse å ekspedere det preparatet som er mest hensiktsmessig i forhold til lagerbeholdningen og bestillingens størrelse. Folkehelse sender regning.

Bestiller: _____

Adresse: _____

Dato og signatør: _____

Send eller faks arket til Folkehelse, Pb 4404 Torshov, 0403 Oslo. Telefaks 22 04 23 01.



MSIS-rapport
MELDINGSSYSTEM FOR SMITTSOMME SYKDOMMER
ISSN 0801-3497 MSIS MELDINGSSYST SMITTSOM SYKD 1999; 27: 52 B

EPI 52B
UKE 1999

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin Tlf: 22 04 26 43

04.01.2000

RÅD OM BAKTERIOLOGISKE FECESUNDERSØKELSER VED KONTROLL OG OPPFØLGING AV PASIENTER MED TARMINFEKSJONER

Folkhehelsas smittevernråd nedsatte 23.10.97 en arbeidsgruppe med mandat å utarbeide forslag til råd om oppfølging og kontroll av pasienter med enteropatogene agens. Utvalget har bestått av: Prof. Petter Brandtzæg, Ullevål sykehus, førstekonsulent Bjørn Gondrosen, SNT, overlege Viggo Hasseltvedt, Folkhehelsa, prof. Claus Ola Solberg, Haukeland sykehus, helsesjef Hans Petter Torvik, Sandnes og avd. overlege Jørgen Lassen, Folkhehelsa (leder). Forslaget ble sluttbehandlet og gitt sin tilslutning i rådet den 10.03.99. I denne MSIS-rapporten presenteres arbeidsgruppens faglige råd. Det presiseres at det her kun dreier seg om faglige råd som ikke må oppfattes som retningslinjer eller forskrifter forankret i lovverket, herunder Lov om tilsyn av næringsmidler m.v. og Lov om vern mot smittsomme sykdommer.

Indikasjoner for bakteriologiske fecesundersøkelser. De fleste tilfellene av diaré/sykdommer er milde og selvbegrensende og andelen hvor man kan påvise et enteropatogen agens er i slike tilfeller svært lav. Det er derfor ikke kostnadseffektivt å foreta bakteriologiske undersøkelser av alle pasienter med akutte diaré/sykdommer. Aktuelle indikasjoner er:

- Inflammatoriske diaré/sykdommer (pasienten er som regel febril, har abdominalmerter og ofte puss eller blod i avføringen).
- Andre alvorlige tilfeller av diaré/sykdom, særlig om de må hospitaliseres.
- Diaré/sykdom hos immunsvekkede personer.
- Når det anses nødvendig av epidemiologiske grunner, f.eks.:
 - mer alvorlig diaré etter utenlandsreise (Danmark og sørover).
 - diaré hos personer tilhørende "smittefaregrupper" (se tab 1).
 - diaré hos nærkontakter til "smittefaregrupper" 1 og 2 (se tab 1). Hvis nærkontaktene viser seg å være smittet med særlig alvorlige agens som spres lett – herunder *Salm. Typhi*, *Salm. Paratyphi*, *Shig. dysenteriae* 1 og EHEC – bør også de aktuelle i smittefaregruppene undersøkes selv om de er symptomfrie.
 - nødvendige kontakter i forbindelse med oppklaring av utbrudd av akutt diaré.
- Ved nosokomiale diaréer skal det først undersøkes med henblikk på *Clostridium difficile* før andre bakteriologiske undersøkelser gjennomføres. Ved utbrudd av nosokomial diaré er det i tillegg til bakteriologiske undersøkelser ofte aktuelt å undersøke med henblikk på forekomst av calicivirus (Norwalkvirus).
- For undersøkelse med hensyn til parasittinfeksjoner, bør det vanligvis først foreligge en negativ bakteriologisk fecesundersøkelse.

Smittefaregrupper

Personer som er i en situasjon (for eksempel på grunn av sitt virke eller oppholdssted) hvor det foreligger en økt risiko for smittespredning eller hvor en slik spredning kan føre til særlig alvorlige konsekvenser kan hensiktsmessig plasseres i fire smittefaregrupper (tab 1).

Tabell 1. Smittefaregrupper

- Gruppe 1:** Personer i næringsmiddelindustri (inkl. serveringssteder) som kommer i direkte eller indirekte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming.
- Gruppe 2:** Helsepersonell som har direkte kontakt (inkl. servering av mat) med pasienter som er særlig utsatt for infeksjonssykdommer eller for hvem infeksjoner vil kunne ha særlig alvorlige konsekvenser f.eks. premature barn, pasienter ved intensivavd o.l.
- Gruppe 3:** Barn i førskolealder som er i institusjoner (inkl. barnehager).
- Gruppe 4:** Personer som av ulike grunner vil ha problemer med å kunne ivareta en tilfredsstillende personlig hygiene.

Oppfølging og kontroll av pasienter med tarminfeksjoner
I det følgende gis det råd om antall kontrollprøver og prøveintervaller samt eksklusjonsperioder fra situasjoner med økt risiko for smittespredning og epidemiologiske undersøkelser rundt et indekskasus. Rådene om oppfølging av pasienter som har fått påvist enteropatogene agens differensieres i henhold til:

- Sykdommens alvorlighetsgrad.
- Hvor lett spredning av smittestoffet kan finne sted.
- Om utskilleren av den aktuelle tarmpatogene mikroben tilhører en smittefaregruppe eller ikke.

Kontrollprøver

Når det er påvist et tarmpatogen agens, er det ikke nødvendig med kontrollprøver så lenge pasienten fortsatt har diaré! Pasienten må i denne perioden anses som smittefarlig.

Etter overstått sykdom kan vedkommende imidlertid i en periode fortsatt være bærer av smittestoffet og følgelig fremdeles være smittefarlig. Lengden av denne bærerperioden kan variere avhengig av så vel pasient som agens. Mens *S. Typhi* av og til kan gi langvarig, eventuelt livsvarig bærersituasjon (særlig hos eldre kvinner med cholelithiasis), vil de fleste øvrige salmonellainfeksjoner vanligvis bære gi en kortvarig bærersituasjon over noen uker. Hos noen få vil bærersituasjonen kunne vare utover 3 måneder, men det er ytterst sjelden at den varer utover 1 år. Ved eventuell gjennomgått antibiotikabehandling vil bærersituasjonen kunne forlenges. Etter infeksjoner med *Campylobacter* spp., *Yersinia enterocolitica* og enteropatogene *E. coli* er en langvarig bærersituasjon sjelden.

Første kontrollprøve anbefales tatt tidligst 2-3 dager etter symptomfrihet, eventuelt etter avsluttet antibiotikabehandling. Forslag til antall på hverandre følgende negative prøver for å kunne erklære smittefrihet er anført i tabell 2. Prøvene skal tas med minst 48 timers mellomrom.

Tabell 2: Kontrollprøver av smittebærere med enteropatogene agens. Krav til antall på hverandre følgende negative prøver for å erklære smittefrihet.

Agens	Antall negative prøver	
	Smittefaregruppe *	Andre
<i>Salm. Typhi</i> / <i>Salm. Paratyphi</i> <i>Shig. dysenteriae</i> 1 EHEC	5	3
<i>Shigella</i> sp. (andre enn <i>Shig. dys.</i> 1) EIEC	3	3
<i>Salmonella</i> sp. (andre enn tyfoid- og paratyfoidgruppen)		Ikke nødvendig **
<i>Vibrio cholerae</i> <i>Campylobacter</i> spp. <i>Yersinia enterocolitica</i>	2	Ikke nødvendig **
EPEC / ETEC <i>Vibrio</i> sp. (andre enn <i>V. cholerae</i>) <i>Aeromonas</i> spp. <i>Plesiomonas</i> sp. Virale agens		Ikke nødvendig
Intestinale parasitter (f. eks. <i>E. histolytica</i> , <i>G. lamblia</i>)	1 (tatt 14 dager etter behandlingslutt)	

* Se tabell 1.

** Kontrollprøve bør likevel tas når pasienten selv ønsker å forvise seg om smittefrihet.

(fortsettelse på baksiden)

Prøveintervaller

Hvor ofte man bør ta prøver ved en asymptomatisk bærersituasjon bør være avhengig av om vedkommende tilhører en smittefaregruppe (tab 1) eller ikke.

For personer i smittefaregruppene bør prøveintervallene være korte, forslagsvis 1 uke, for at man så raskt som mulig skal kunne fange opp en begynnende negativitet. Ved negativitet tar man så prøver med 48 timers mellomrom for å kunne erklære smittefrihet i henhold til tabell 2 og deretter oppheve pålagte restriksjoner.

For andre (som ikke tilhører en smittefaregruppe og følgelig ikke er pålagt restriksjoner) kan det virke uheldig å fokusere for sterkt på en bærersituasjon som eventuelt kan bli langvarig. Også av ressursmessige grunner bør man unngå å ta for mange prøver. Ved en asymptomatisk bærersituasjon med *Salm. Typhi*, *Salm. Paratyphi*, *Shigella* spp. og EHEC/EIEC som vedvarer utover 2-3 uker kan prøveintervallene derfor forslagsvis forlenges til om lag 1 måned. For denne gruppen gjelder at kontrollprøver ikke er nødvendig for øvrige enteropatoogene agens. Om vedkommende bærer imidlertid selv ønsker å forvise seg om smittefrihet, kan man også her forslagsvis følge opp med kontrollprøver med om lag 1 måneds mellomrom. Dette kan særlig være aktuelt ved øvrige salmonellose, mens en langvarig bærersituasjon etter campylobacterioser og yersinioser er såpass sjelden at kontrollprøver kan frarådes for denne gruppen.

Restriksjoner

Restriksjoner vil vanligvis innebære at vedkommende ekskluderes fra situasjoner med økt risiko for smittespredning. I tabell 3 anføres behovet for og eventuell varighet av slik eksklusjon.

Så lenge pasienten har diaré (≥ 3 uformete avføringer per døgn) er spredningspotensialet for smittestoffet stort. Slike pasienter bør derfor uavhengig av hvilket smittestoff som foreligger vanligvis holdes borte fra arbeidsplasser, barnehager o.a. hvor det foreligger en reell risiko for spredning.

Ved asymptomatiske bærersituasjoner vil som regel spredningspotensialet være så lite at det for de fleste av dem som ikke tilhører noen smittefaregruppe ikke vil være nødvendig med videre restriksjoner. I slike tilfelle vil det heller ikke være nødvendig å dokumentere smittefrihet og eventuelle restriksjoner kan oppheves ved symptomfrihet.

Restriksjoner i form av utelukkelse fra arbeidssituasjoner eller barnehager vil imidlertid være aktuelt ved bærersituasjoner dersom sykdommen som den aktuelle mikroben gir opphav til er særlig alvorlig eller vedkommende tilhører en smittefaregruppe. Disse bør ekskluderes fra sine risikosituasjoner inntil erklært smittefrihet i henhold til tabell 2. For enkelte kan restriksjonene oppheves allerede to døgn etter symptomfrihet, avhengig av alvorlighetsgrad og smittsomhet (tab 3).

Kravene til hva "symptomfrihet" i realiteten innebærer, må vurderes i det enkelte tilfelle.

Tabell 3. Eksklusjonsperiode fra situasjoner med økt risiko for smittespredning

Agens	Eksklusjon	
	Smittefaregruppe *	An. ire
<i>Salm. Typhi</i> / <i>Salm. Paratyphi</i> <i>Shigella dysenteriae</i> 1, EHEC	Gr. 1-4: Inntil smittefrihet	Etter risikovurdering
<i>Salmonella</i> sp. (andre enn tyfoid- og paratyfoidgruppen) <i>Campylobacter</i> spp <i>Yersinia enterocolitica</i>	Gr. 1-2: Inntil smittefrihet Gr. 3-4: 48 timer etter symptomfrihet	Inntil symptomfrihet
<i>Shigella</i> spp. (andre enn <i>Shig. dys. 1</i>) EIEC	Gr. 1-4: Inntil smittefrihet	
Virale agens	Gr. 1-4: 48 timer etter symptomfrihet	

* Se tabell 1

Personer i smittefaregruppe 1 og 2 (yrkesrelaterte grupper) som har familiemedlemmer eller andre svært nære kontakter med påvist infeksjon med *Salm. Typhi*, *Salm. Paratyphi*, *Shigella dysenteriae* 1 eller EHEC, bør også omplasseres i sin arbeidssituasjon inntil de har 3 negative prøver.

For EHEC-infeksjon bør dette også gjelde smittefaregruppe 3 (barn i barnehage), dvs. at barn som har et familiemedlem som har fått påvist EHEC-infeksjon bør holdes borte fra barnehagen til det foreligger 3 negative avføringsprøver hos barnet.

Aktuelle mikrobiologiske undersøkelser rundt et indeksskasus

Det kan, dels for å identifisere smitekilden og dels for å identifisere en eventuell spredning, være nødvendig eller ønskelig å undersøke miljøet rundt et indeksskasus med henblikk på forekomst av det aktuelle tampatogene agens. Tabell 4 angir hva man i så fall særlig bør fokusere på – i henhold til den smittemåten som er vanligst for det aktuelle smittestoffet.

Tabell 4: Aktuelle mikrobiologiske undersøkelser omkring et indeksskasus

Agens	Kontakter	Miljø
<i>Salm. Typhi</i> / <i>Salm. Paratyphi</i>	Nærkontakter til smittefaregrupper *	—
EHEC		Mistenkte næringsmidler (NB! Storfekjøtt)
<i>Shigella</i> spp. / EIEC	Nærkontakter som er syke *	—
<i>Salmonella</i> sp. (andre enn tyfoid- og paratyfoidgruppen)		Ved utbrudd: Mistenkte næringsmidler (NB! Kylling, egg, storfekjøtt)
<i>Campylobacter</i> spp <i>Yersinia ent.</i>		
<i>Vibrio cholerae</i>	Nærkontakter *	Mistenkte vann-/ næringsmidler (NB! Sjømat)
Virale agens Intestinale parasitter	Nærkontakter som er syke *	Evt. mistenkt vannkilde **

* Nærkontakter kan forslagsvis defineres som personer med matfellesskap.

** Særlig aktuelt ved calicivirus og *Giardia lamblia*

Aktuelle mikrobiologiske undersøkelser hos personer som arbeider i næringsmiddelindustri

Personer i smittefaregruppe 1 (se tab 1, dvs. ansatte som i sin arbeidssituasjon kommer i direkte kontakt med næringsmidler som skal spises rå eller uten ytterligere oppvarming) som er bærere av tampatogene agens kan utgjøre en risiko for kontaminering av næringsmidler med eventuelle massive utbrudd som følge. Det er derfor viktig at slike infeksjoner og bærersituasjoner avdekkes. Da svært mange av disse infeksjonene erverves ved utenlandsreise (fra Danmark og sørover) har mange næringsmiddelbedrifter innført rutiner for å sikre at ansatte ikke går tilbake til arbeidet etter slike reiser før tarminfeksjoner er utelukket. Rutinene varierer og mange er sannsynligvis uten reell effekt. Det gjelder for eksempel rutiner hvor alle ansatte avkreves en enkelt prøve til bakteriologisk fecesundersøkelse.

Det foreslås at undersøkelser her avgrenses til å gjelde de (sannsynligvis relativt få) personer som faktisk tilhører smittefaregruppe 1. For disse kan det være aktuelt å avkreve en egenekklærings om vedkommende under reise har hatt eller fortsatt har diaré. Dersom dette er tilfelle bør vedkommende ekskluderes fra den risikoutsatte arbeidssituasjonen (og overføres til annet arbeid, eventuelt sykemeldes) og prøver til bakteriologisk fecesundersøkelse tas. Ved positivitet bør man forholde seg som anført i tabell 2, ved negativitet bør det tas ytterligere to prøver med 48 timers mellomrom som også må være negative før vedkommende kan vende tilbake til sitt ordinære arbeid.

Dersom familiemedlemmer eller andre svært nære kontakter til en person i smittefaregruppe 1 har fått påvist infeksjon med *Salm. Typhi*, *Salm. Paratyphi*, *Shigella dysenteriae* 1 eller EHEC bør vedkommende ansatte (uavhengig av evt. symptomer) likeledes ekskluderes fra sin arbeidssituasjon inntil det foreligger 3 negative prøver.

(På vegne av arbeidsgruppens medlemmer: Avdelingsoverlege Jørgen Lassen, Folkehelse)

VAKSINASJON VED UTENLANDSREISER

1. Helsestasjonen i Søgne

Vaksinerer mot polio, difteri og stivkrampe (Duo) etter avtale.
Tlf. 38 05 56 40.

2. Legene i Søgne

gir informasjon om øvrig vaksine, som Hepatitt A (Havrix),
Turistdiarè (Dukoral) o.l.

3. For videre veiledning og vaksinasjon finnes 2 alternativer i Kr.sand.

Alt. 1: Vaksinasjonskontoret, Gyldenløves gate 23.

Tlf. 38 07 57 07

Åpningstid man-fre: 08.00 – 15.30

Uten timeavtale man-tors: 09.00 – 11.30

Alt. 2: Sørøver AS, Østre Strandgt. 12.

Tlf. 38 04 31 35

Åpningstid man/tors: 10.00 – 18.00

tirs/ons/fre: 10.00 – 15.00

Begge tilbyr:

- reisevaksinering
- reisemedisinske råd og veiledning
- erfarne vaksinasjonsmedarbeidere

Finn Georg Birkeland
Kommuneoverlege/Smittevernlege

Vedlegg 15



SØGNE KOMMUNE
Enhet for helsetjenester

Tlf sentralbord: 38 05 55 55
Postboks 1051
4682 SØGNE

Org.nr.: NO 964 967 091 MVA

Søgne. 23.01.2003

Hygienetiltak og behandling ved menneskebitt

(samme retningslinjer gjelder for kattebitt, mens andre dyrebitt vurderes og behandles noe enklere)

1. Bitt uten perforasjon av hud: Vanlig sårstell med såpe og vann.
2. Bitt med hudavskrapning eller kjøttsår skal behandles med antibiotika profylaktisk.
3. Store sår med behov for fjernelse av vev og revisjon: Lege oppsøkes.

For punkt 2 og 3 gjelder også:

- ❖ En boosterdose tetanusvaksine skal gis hvis det er mer enn fem år siden siste vaksinasjon.
- ❖ Hvis det er økende smerter, hevelse, varme og rødhet skal det tas hurtig kontakt med lege.
- ❖ Hvis såret går inn til bein skal lege oppsøkes uansett.

Ved arbeidsskade:

Utgifter til antibiotika dekkes, spar på regning fra apoteket og oppsøk trygdekontoret.

Ikke aktuelt med Hepatitt vaksinasjon.

Finn Georg Birkeland
Kommuneoverlege

Anne Ruud
Spes. alm. med.

RETNINGSLINJER

FOR

FRAVÆR FRA BARNEHAGEN VED SYKDOM.

(Kan også brukes som retningslinjer for skolen.)

Generelt.

Til enhver tid er det barnets tidligere sykdomsforhold, nåværende allmenntilstand og den aktuelle sykdom, som må legges til grunn for eventuelt fravær fra barnehagen.

Barnets allmenntilstand må være slik at det kan holde ut den tiden det skal tilbringe i barnehagen før barnet sendes til barnehagen etter sykdom.

Spesielle retningslinjer.

1. Vanlig febersykdommer ved virusinfeksjoner og lignende.

Barnet skal vanligvis ha en feberfri dag hjemme før det sendes i barnehagen.

2. Barnesykdommer.

De vanligste barnesykdommene, som kuma, røde hunder og meslinger, er barna vaksinert mot og vil bare helt unntaksvis være aktuelle fraværsgrunner. Vannkopper får de fleste barn ennå, og de skal da først møte i barnehagen når utslettet er begynt å tørke inn.

3. Brennkopper

Ved lokal behandling bør utslettet dekkes til med bandasje. Barnet kan gå i barnehage dagen etter behandlingsoppstart.

4. Øyekatarr.

Barn med øyekatarr skal ikke utelukkes fra å gå i barnehagen. Det er barnets lege som skal avgjøre om behandling med øyedråper skal igangsettes. Dersom legen finner at det er en viral konjunktivitt som ikke trenger behandling, kan barnet gå som vanlig i barnehage. Dersom legen finner at det er indikasjon for behandling med antibakterielle øyedråper, kan barnet gå i barnehage dagen etter igangsatt behandling. Barnehageansatte kan ikke forlange at alle barn med konjunktivitt skal behandles med øyedråper/salve før de kan få gå i barnehagen.

5. Bakterieinfeksjoner med antibiotikabehandling.

Barnet kan regnes å være smittefri dagen etter at antibiotikabehandlingen er startet opp, forutsatt at barnet er feberfritt. Hvis allmenntilstanden tillater det, kan de fra da av være i barnehagen.

6. Hodelus og skabb

Barnet kan gå i barnehage dagen etter behandlingsstart.

7. Alvorlige infeksjoner med smitterisiko.

Dersom barnet får diagnostisert en smittefarlig, alvorlig sykdom, slik som hjernehinnebetennelse, skarlagensfeber, alvorlige tarminfeksjoner eller lignende, er det viktig at foreldrene straks gir beskjed til barnehagen, slik at de nødvendige tiltak kan gjøres i barnehagen.

Søgne, 01.11.2008
Finn Georg Birkeland
Helsesjef

Meldepliktige sykdommer

Meldingspliktige sykdommer i MSIS og allmennfarlige smittsomme sykdommer

Sykdommer i gruppe A

Meldingen skal sendes til MSIS, Folkehelseinstituttet og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor. Dersom den smittede oppholder seg i en annen kommune enn der vedkommende bor, skal melding også sendes til kommunelegen i den kommunen der den smittede oppholder seg. For tuberkulose skal meldingen i tillegg sendes den lokale tuberkulosekoordinator. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt. Kopi av meldingen skal oppbevares i pasientens journal. Meldingsskjema tilsendes fra det mikrobiologiske laboratoriet som har analysert prøven. Meldingsskjema kan også lastes ned fra Folkehelseinstituttets hjemmesider www.fhi.no.

- AIDS §
- Atypisk mykobakterie-infeksjon
- Botulisme §
- Brucellose
- Campylobacteriose
- Difteri §
- Ekinokokkose
- Encefalitt
- Enteropatogen E. coli-enteritt §
- Flekktufus (epidemisk) §
- Giardiasis
- Gulfeber §
- Haemophilus influenzae, systemisk sykdom
- Hemoragisk feber §
- Hepatitt A §
- Hepatitt B (akutt og bærerskap) §
- Hepatitt B-virus bærerskap §
- Hepatitt C §
- Kikhoste §
- Kolera §
- Kopper §
- Kusma
- Legionellose §
- Lepra §
- Listeriose
- Lyme borreliose
- Malaria
- Meningokokksykdom, systemisk §
- Meslinger
- Methicillinresistente gule stafylokokker (MRSA), infeksjon § eller smittebærertilstand
- Miltbrann §
- Nephropathia epidemica

- Paratyfoidfeber §
- Pneumokokker med nedsatt følsomhet for penicillin, infeksjon § eller smittebærertilstand
- Pneumokokksykdom, systemisk
- Prionsykdommer
- Pest §
- Poliomyelitt §
- Rabies §
- Røde hunder
- Tilbakefallsfeber §
- Salmonellose
- Sars (alvorlig, akutt luftveissyndrom) §
- Shigellose §
- Streptokokk gruppe A-sykdom, systemisk
- Streptokokk gruppe B-sykdom, systemisk
- Tetanus
- Trikinose
- Tuberkulose §
- Tularemi
- Tyfoidfeber §
- Yersiniose
- Vankomycinresistente enterokokker, infeksjon § eller smittebærertilstand

Sykdommer i gruppe B

Anonymisert meldingen skal sendes til MSIS, Folkehelseinstituttet og til kommunelegen i den kommunen der den smittede bor. Eget meldingsskjema tilsendes fra det mikrobiologiske laboratoriet som har analysert prøven. Meldingen skal sendes samme dag som sykdommen er oppdaget eller mistenkt.

- Gonoré §
- HIV-infeksjon §
- Syfilis §

Sykdommer i gruppe C

Skal meldes summarisk på eget skjema.

- Influensaliknende sykdom (kun utpekte "vaktår"-meldingsenheter skal melde)
- Chlamydiainfeksjon, genital § (kun laboratorier skal melde)

Allmennfarlige smittsomme sykdommer

Disse sykdommene (merket med §) er i forskrift til smittevernloven definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer. Folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer, dvs. pasienten skal ikke betale egenandel. Dette gjelder også ved smitteoppsporing, men ikke ved rutinemessige undersøkelser. I tillegg dekker Folketrygden utgifter til viktigere legemidler (dvs. antiinfektiva til systemisk bruk) ved behandling og kjemoprofylakse, samt utgifter til immunisering etter spesielle indikasjoner.

Vedlegg 18

**Avtale om samarbeidet mellom Mattilsynet for Vest-Agder og
.....~~Søgne~~.....kommune på det medisinskfaglige området**

Avtalen tar utgangspunkt i ansvarsfordelingen som følger av smittevernloven med forskrifter, kommunehelsetjenesteloven med forskrifter og matloven med forskrifter.

Referanser i parentes viser til avsnitt og kapitler i Smittevern 13, Håndbok i oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser.

1. Formål

Formålet med avtalen er å etablere klare og forpliktende rutiner som sikrer effektiv varsling, informasjonsflyt og samarbeid mellom~~Søgne~~.....kommune ved kommunelegen/smittevernlegen (medisinskfaglig ansvarlig rådgiver) og Mattilsynet, Distriktskontoret for Vest-Agder om sykdommer hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller andre kilder under Mattilsynets forvaltningsområde. Drikkevann er inkludert i begrepet næringsmidler.

Formålet er også å etablere rutiner som sikrer at varslingsplikten til nasjonale myndigheter og plikten til å sende inn smittestoffer blir ivarettatt.

2. Varsling fra Mattilsynet til kommunelegen

Dersom Mattilsynet får mistanke om eller påviser smittestoffer, mikrobielle toksiner, kjemiske fremmedstoffer eller andre forhold i næringsmidler som indikerer fare for sykdom hos mennesker, skal Mattilsynet i utgangspunktet umiddelbart varsle kommunelegen/smittevernlegen. Ved enkeltstående tilfeller eller når sykdomsutbruddet omfatter færre enn 4 personer, undersøker imidlertid Mattilsynet først hvert enkelt tilfelle og vurderer om kommunelegen skal varsles.

Også når Mattilsynet får mistanke om, eller påviser, smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos dyr som representerer en reell smittefare for mennesker, skal Mattilsynet umiddelbart varsle kommunelegen.

Varsling fra Mattilsynet til helsetjenesten kan skje med personnavn, uten at vedkommende person har gitt sitt samtykke, dersom kommunelegen ber om det, (jf. smittevernloven § 2-2). Varslet skal som et minimum inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunktet, personens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket næringsmiddel som er mistenkt og hvor det ble frambudt. For antatt smitte fra dyr skal varslet inneholde opplysninger om hvilket dyr som mistenkes og hvor det befinner seg (jf. avsnitt 5.1 i Smittevern 13).

Dersom Mattilsynet ikke oppnår kontakt med kommunelegen/smittevernlegen skal stedfortreder varsles.

Varslingen skal skje på følgende måte:

- *Enkeltstående sykdomstilfeller hos mennesker som mistenkes/skyldes spesifikke agens som f.eks EHEC, Salmonella, Campylobacte:* Mattilsynet varsler kommunelegen via telefon, e-post eller telefaks. Mattilsynet sender deretter kopi av utfylt vedlegg C i Smittevern 13 (eller tilsvarende), eventuelt sammen med en vurdering.
- *Mistanke om sykdomsutbrudd hos mennesker:* Mattilsynet varsler straks kommunelegen via telefon. Mattilsynet varsler Folkehelseinstituttet gjennom det internettbasert varslingsystemet på www.utbrudd.no. Mattilsynet gir utbruddets ID-kode til kommunelegen, slik at begge etater kan lese, oppdatere og supplere informasjonen om utbruddet (jf. avsnitt 5.1 i Smittevern 13).
- *Andre varsler:* Mattilsynet varsler straks kommunelegen.

Dersom e-post eller telefaks benyttes, skal mottakeren bekrefte at varslet er mottatt.

3. Varsling fra kommunelegen til Mattilsynet

Dersom kommunelegen får mistanke om eller kjennskap til smittsom sykdom eller smittebærertilstand hos mennesker som kan skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde, skal kommunelegen umiddelbart varsle Mattilsynet for Vest-Agder. Dette gjelder både ved enkeltstående sykdomstilfeller og ved utbrudd.

Dersom kommunelegen ikke oppnår kontakt med Mattilsynet for Vest-Agder, skal Regionkontoret for Agder og Rogaland varsles.

Varsling fra kommunelegen til Mattilsynet skal ikke skje med pasientnavn uten at vedkommende pasient har gitt samtykke til det. Varslet skal som et minimum inneholde opplysninger om den antatte sykdommen, det antatte smittetidspunktet, pasientens alder og bostedskommune, samt eventuelt hvilket næringsmiddel som er mistenkt og hvor det ble frambudt. For antatt smitte fra dyr skal varslet inneholde opplysninger om hvilket dyr som mistenkes og hvor det befinner seg.

Varslingen skal skje på følgende måte:

- *Enkeltstående tilfeller:* Kommunelegen varsler Mattilsynet via telefon, e-post eller telefaks.
- *Mistanke om utbrudd:* Kommunelegen varsler straks Mattilsynet via telefon. Kommunelegen varsler Folkehelseinstituttet gjennom det internettbasert varslingssystemet på www.utbrudd.no. Kommunelegen gir utbruddets ID-kode til Mattilsynet, slik at begge etater kan lese, oppdatere og supplere informasjonen om utbruddet (jf. avsnitt 5.1).

Hvis varslet formidles via telefon, kan den døgnåpne vakttelefonen 06040 benyttes. Dersom e-post eller telefaks blir brukt, skal mottakeren bekrefte at varslet er mottatt.

4. Varsling fra kommunelegen til Folkehelseinstituttet og fylkesmannen

Kommunelegen har ansvaret for å påse at varslings- og meldingsplikten til Nasjonalt folkehelseinstitutt og fylkesmannen blir overholdt:

- *Mistanke om utbrudd:* Dersom det foreligger mistanke om eller påvist utbrudd av smittsom sykdom hos mennesker, skal kommunelegen umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet og fylkesmannen (jf. kapittel 5). Utbruddsvarslingen skal fortrinnsvis skje gjennom det internettbaserte systemet på www.utbrudd.no.
- *Varslingspliktige sykdommer:* Dersom det foreligger enkelttilfeller av visse alvorlige smittsomme sykdommer som omfattes av varslingsplikten i MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften, skal kommunelegen umiddelbart varsle Folkehelseinstituttet og fylkesmannen (jf. kapittel 5). Folkehelseinstituttet skal varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta på telefon 22 04 23 48. Etter at varslet er formidlet, skal kommunelegen i tillegg sende MSIS-melding på vanlig måte.

5. Varsling og informasjon til andre instanser og kontakt med media.

Ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd i befolkningen har kommunelegen ansvaret for å varsle eller informere legene i kommunen, legevakta, lokale medisinsk mikrobiologiske laboratorier og eventuelt også andre sykehusavdelinger, samt kommuneleger i nabokommuner, dersom det er nødvendig. Evnt. også andre kommunale etater.

Mattilsynets distriktskontor har ansvaret for å varsle Mattilsynets regionkontor og hovedkontor, i henhold til interne bestemmelser innen Mattilsynet.

Kommunelege og Mattilsyn holder felles pressekonferanse, eller utarbeider felles pressemelding ved behov, ellers uttaler partene seg innenfor sitt fagområde eller etter avtale.

6. Innhenting av opplysninger, råd og bistand fra Folkehelseinstituttet

Ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd kan kommunelegen kontakte Nasjonalt folkehelseinstitutt for å be om opplysninger og råd, eller anmode om bistand fra Nasjonal feltepidemiologisk gruppe (jf. kapittel 2). Folkehelseinstituttet kan kontaktes ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta på telefon 22 04 23 48.

7. Ansvar, møter og samarbeidsgruppe

Ved utbrudd av smittsom sykdom blant innbyggerne i kommunen, har kommunelegen ansvaret for å lede og organisere oppklaringsarbeidet innen befolkningen. Kommunelegen har ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak rettet direkte mot befolkningen med medhold i blant annet smittevernloven eller kommunehelsetjenesteloven med forskrifter. Ved mindre utbrudd kan Mattilsynet, etter avtale med kommunelegen, utføre dette oppklaringsarbeidet.

Mattilsynets ansvar inntreder dersom det er mistanke om at utbruddet kan skyldes næringsmidler, dyr eller en annen kilde under Mattilsynets forvaltningsområde. Mattilsynet har ansvaret for å lede og organisere oppklaringsarbeidet innen matkjeden. Mattilsynet har ansvaret for å iverksette eventuelle tiltak rettet mot smitekilden og innenfor produksjons- og distribusjonskjeden med medhold i matloven med tilhørende forskrifter.

Mattilsynet og kommunelegen gir hverandre opplysninger, råd og bistand slik at de kan utføre oppklaringsarbeidet innen hvert sitt ansvarsområde.

Ved utbrudd av smittsom sykdom blant innbyggerne i kommunen har kommunelegen ansvaret for å innkalle Mattilsynet og andre berørte instanser til møter, eventuelt etablere en samarbeidsgruppe for å fordele oppgaver og koordinere oppklaringsarbeidet, dersom det er behov for det, eller en av partene ønsker det.

Opgavene til samarbeidsgruppen kan blant annet være å:

- Diskutere og koordinere oppklaringsarbeidet videre.
- Utveksle resultater.
- Avtale rutiner for rapportering av fremdrift og resultater, i form av møter, telefonkontakt, e-post o.l.
- Planlegge informasjon til befolkningen gjennom massemedia (avsnitt 5.4).
- Avtale hva informasjonen skal bestå av og hvordan den skal utformes, og hvem som skal ivareta kontakt med massemedier og svare på henvendelser fra publikum, (avsnitt 5.4).
- Kontakte Folkehelseinstituttet for å be om opplysninger og råd, eller anmode om bistand fra Nasjonal feltepidemiologisk gruppe (kapittel 2).
- Informere andre relevante samarbeidspartnere.
- Utarbeide rapporter.

Utbrudd der pasientene er bosatt i flere kommuner, for eksempel to eller flere nabokommuner, kan også håndteres av lokale myndigheter, dersom det er overveiende sannsynlig at smitekilden er lokal. I slike tilfeller utpeker de berørte kommunelegene i samråd en leder som får ansvaret for å koordinere oppklaringsarbeidet innen helsetjenestens ansvarsområde.

8. Innsamling og analyse av prøvemateriale

Mattilsynet har ansvaret for å samle inn prøvemateriale og rekvirere analyser av prøver fra næringsmidler, dyr, fôr, andre innsatsvarer, miljø og enhver annen kilde innen sitt forvaltningsområde. Analysene foretas av laboratoriet som utfører oppdrag for Mattilsynet.

Kommunelegen har ansvaret for at det blir samlet inn prøvemateriale og rekvirert analyser av prøver fra mennesker, herunder pasienter, smittekontakter og mulige smittebærere. Analysene utføres ved det lokale medisinsk-mikrobiologiske laboratoriet, med unntak av undersøkelse for botulinumtoksin som utføres ved Norges veterinærhøgskole, Seksjon for mattrygghet (jf. avsnitt 7.2). Ved mistanke om virus- eller parasittetiologi kan det lokale laboratoriet gi opplysning om hvor prøvematerialet skal sendes.

Kan avtales i hver enkel sak:

På vegne av og etter nærmere avtale med kommunelegen kan Mattilsynet dele ut prøvetakingsutstyr og emballasje til fæcesprøver samt foreta innsamling og innsending av slike prøver fra mennesker. Laboratoriet skal da sende kopi av analysesvaret direkte til Mattilsynet. Kommunelegen sørger for nødvendige prøveglass og annet utstyr, samt emballasje og rekvisisjoner. Kommunelegen må på forhånd informere virksomheter eller pasienter om begrunnelsen og hjemmelsgrunnlaget for prøvetakingen, og gi beskjed om at Mattilsynet kommer til å dele ut og samle inn prøveglassene på kommunelegens vegne.

9. Innsending av smittestoffer

Mattilsynet har ansvaret for å påse at laboratorier som utfører analyser på oppdrag fra tilsynet, ivaretar plikten til å sende inn smittestoffer til nasjonale referanselaboratorier. Samtidig skal et isolat sendes til Folkehelseinstituttet, sammen med nødvendige opplysninger, slik at Folkehelseinstituttet straks kan sammenligne smittestoff isolert fra mistenkte kilder med tilsvarende smittestoff fra pasientene i et utbrudd. Innsending til referanselaboratorier og Folkehelseinstituttet skal skje fortløpende og rutinemessig, uansett om det foreligger et sykdomsutbrudd eller ikke.

10. Inspeksjoner

Mattilsynet har ansvaret for inspeksjoner av:

- lokaler der mistenkte næringsmidler, fôr, innsatsvarer eller andre kilder under Mattilsynets forvaltning er produsert, videreforedlet, tilberedt, oppbevart eller frembudt,
- husdyrrom, beiteområder o.l. for husdyr,
- systemer for drikkevannsforsyning, inkludert vannverk og nedbørsfelt, og
- andre lokaler eller fasiliteter på ulike trinn i produksjons- og distribusjonskjeden.

11. Intervjuer

Ved sykdomsutbrudd blant innbyggerne i kommunen har kommunelegen ansvaret for at det blir foretatt intervjuer av pasienter og eventuelle kontrollpersoner, dersom slike intervjuer er nødvendige for oppklaringsarbeidet. Dette gjelder både ved hypotesedannende pilotintervjuer (se avsnitt 9.2 og spørreskjemaet i vedlegg F) og ved epidemiologiske undersøkelser for å etterprøve hypoteser (avsnitt 10.2).

For hvert enkelt utbrudd blir Mattilsynet og kommunelegen enige om hvilken etat som skal foreta intervjuene og analysere opplysningene som intervjuene frembringer.

Kommunelegen har ansvaret for å innhente informert samtykke fra pasienter som skal intervjues, normalt ved hjelp av pasientenes primærleger (jf. avsnitt 9.2.5). Dersom det er nødvendig for rask oppklaring av et utbrudd av smittsom sykdom, kan kommunelegen eller Folkehelseinstituttet etablere direkte kontakt med pasienten, pasientens foreldre eller andre pårørende, uten først å kontakte primærlegen.

Mattilsynet har ansvaret for å foreta primærintervjuer av personer som selv kontakter tilsynet med mistanke om sykdom som kan skyldes næringsmidler, dyr eller andre kilder under Mattilsynets

forvaltningsområde (jf. avsnitt 4.7 og spørreskjemaet i vedlegg C). Mattilsynet skal varsle kommunelegen om slike henvendelser, som beskrevet i punkt 2 i disse retningslinjene.

Mattilsynet har ansvaret for å innhente informasjon fra virksomheter og fra enkeltpersoner ansatt i virksomheter som produserer, viderefører, tilbereder, serverer eller distribuerer næringsmidler eller som holder husdyr, samt fra enhver annen virksomhet som er under Mattilsynets forvaltningsområde.

12. Lister over instanser som skal varsles eller informeres

Kommunelegen og Mattilsynet for Vest-Agder har på sine respektive områder ansvar for at det blir laget og vedlikeholdt lister over personer og instanser som det er aktuelt å varsle eller informere ved mistenkt eller påvist sykdomsutbrudd i befolkningen. Listene skal inneholde informasjon om hvordan kontakt kan etableres på kort varsel, også utenfor arbeidstiden.

13. Oppbevaring og bruk av fortrolige opplysninger

Opplysninger om personer og om virksomheter er fortrolige. Kommunelegen og Mattilsynet har begge et selvstendig ansvar for at slike opplysninger blir registrert, oppbevart, distribuert og brukt i henhold til gjeldende bestemmelser.

14. Vedlikehold og evaluering av samarbeidsavtalen.

Avtalen skal evalueres årlig og revideres ved behov i forbindelse med kontaktmøter mellom Mattilsynet for Vest-Agder og kommunen ved kommunelegen.

Avtalen kan også revideres i forbindelse med evaluering som foretas etter at oppklaringen av et sykdomsutbrudd er avsluttet (jf. kapittel 13).

Sted: Kristiansand



Eivind Kile

Mattilsynet, distriktskontoret for Vest-Agder.

Dato: 25.02.08



SØGNE

Kommune
ID-nr. 2076 845
Kommuneoverlege

Finn Georg Birkeland
Spesialist i samfunnsmedisin
Spesialist i almenmedisin
P.b. 1082, 4683 SØGNE
Tlf. 38 05 39 40

Liste over instanser det er aktuelt å varsle eller informere

Aktuelle instanser	Adresse	Telefon/faks/e-post
Kommunelegen	Søgne	905 27 091
Mattilsynet, Vest-Agder	Postboks 383 2381 Brumunddal	06040, faks 38 14 67 01
Mattilsynet, Rogaland	Postboks 383 2381 Brumunddal	064040, faks 51 68 43 01
Nasjonalt folkehelseinstitutt	Postboks 4404, Nydalen 0403 Oslo	21 07 66 43, faks 22 35 36 05 Smittevernvakta 21 07 63 48 utbrudd@fhi.no
Folkehelseinstituttets referanselaboratorium	Postboks 4404, Nydalen 0403 Oslo	22 04 24 24 sman-reflab@fhi.no
Medisinsk mikrobiologisk laboratorium	Sørlandet sykehus HF Postboks 416 4604 Kr.sand	38 07 34 90/92, faks 38 07 34 91 mikro@sshf.no
Søgne ingeniørvesen	Søgne	415 17 402
Legevakta		38 05 39 70
Kommuneleger i nabokommuner	Songdalen Vennesla Kristiansand	38 18 51 20 38 15 01 50
Norges veterinærhøgskole (botulinumtoksin)	Postboks 8146, Dep 0033 Oslo	22 96 48 40 MatMikroLab@nvh.no
Veterinærinstituttet	Postboks 750, Sentrum 0106 Oslo	23 21 60 00, faks 23 21 60 01 postmottak@vetinst.no



Sørlandet sykehus HF
FoU-avdelingen
Smittevernheten, Kristiansand

Vedlegg 19

HELSE SØR-ØST

Vår dato	
SØGNE KOMMUNE 2009-01-14	
Sentralt	Deres dato
Løpenr.	FGS
19 JAN 2009	
Ark.kode P	
Sjekk nr	Dokument
09/138	1

Vår referanse
2005/002730-23/341
Deres referanse

Kopi: RGV

Avtalekommuner i Aust- og Vest-Agder

AVTALE OM BISTAND INNEN SMITTERVERN MELLOM SØGNE KOMMUNE OG SØRLANDET SYKEHUS HF (SSHF)

1.0 Hensikt

SSHF ønsker at kommunen kan profitere på den smittefaglige ekspertise som finnes i helseforetaket ved at SSHF skal bistå kommunen i å oppfylle de krav som er nedfelt i forskrift 17.06.2005 om smittevern i helseinstitusjoner.

2.0 Bakgrunn

Med hjemmel i lov av 05.08.1994 om vern mot smittsomme sykdommer ("smittevernsloven") ble det vedtatt forskrift om smittevern i helseinstitusjoner den 17.06.2005. Forskriften har til hensikt å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten og omfatter alle institusjoner som yter helsetjeneste etter spesialisthelsetjenesten § 1-2 og kommunehelsetjenesteloven § 1-3, andre ledd nr 6. som omhandler "sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie". Ledelsen skal sørge for etablering av infeksjonskontrollprogram, og at dette utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av institusjonens internkontrollsystem.

Etter forskriften har kommunen det overordnede ansvar for etablering, tilrettelegging og oppfølging av infeksjonskontrollprogram ved kommunale institusjoner som er omfattet av forskriften. Kommunen skal sørge for at nødvendige tjenester etableres og at avtaler om bistand inngås. Kommunen skal sørge for at helsepersonell kan få nødvendig opplæring og anledning til å vedlikeholde sine kunnskaper.

Kommunen skal i samarbeid med kommunelegen sørge for at kommunale institusjoner som omfattes av forskriften, har tilgang på tilstrekkelig smitteverneksptise og andre faglige ressurser til å ivareta de kravene som forskriftene stiller.

Lovens intensjon er at den enkelte virksomhet skal dekke utgiftene til smittevern over eget budsjett. Infeksjonsforebygging ansees som kostnadseffektivt.

Etter spesialhelsetjenestelovens § 6-3 (Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten) skal helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Innen smittevern omfatter dette avgrenset rådgivning og veiledning, gjerne over

Postadresse Sørlandet sykehus HF Smittevernheten Serviceboks 416 4604 Kristiansand	Besøksadresse Eg 4615 Kristiansand	Telefon +47 38 07 34 90 Telefaks +47 38 07 31 38 Bankkonto 6468.05.01465	Administrasjonsadresse Sørlandet sykehus HF Serviceboks 416 4604 Kristiansand Telefon +47 38 07 30 00	Foretaksregisteret NO 983 975 240 MVA Hjemmeside www.sshf.no e-post postmottak@sshf.no
---	---	--	--	--

telefon i konkrete enkeltsaker for eksempel i forbindelse med pasienter med infeksjon ved utskrivelse, ved mistanke om utbrudd, og ved etablering av prosedyrer. Rådgivning utover det som fremgår konkret av avtalen må avtales særskilt mellom partene både i forhold til hva sykehusets Smittevernenheten skal bidra med, og eventuelle kostnader for tjenesteytingen.

3.0 Omfang og Innhold

Smittevernenheten under ledelse av smittevernlegen har ansvar for det faglige innholdet i avtalen. SSHF skal bistå med å utvikle, implementere og vedlikeholde et infeksjonskontrollprogram for kommunen.

3.1 Ansvar

Kommunens ansvar :

- Å utpeke en kontaktperson for sykepleiertjenesten og en kontaktperson for legetjenesten i smittevern på hver helseinstitusjon.
- Å beskrive spesielle behov ved det årlige besøket senest 1 måned innen avtalt dato.
- Ved smitteutbrudd å informere SSHF og be om tjenester for å stanse utbruddet.
- Dekke alle kostnader utover gitte rammer.

SSHF sitt ansvar :

- Veiledning, rådgivning og kompetansehevende tiltak i henhold til kommunens behov basert på krav i infeksjonskontrollprogrammet, jf. Forskriftens § 2-2 og veiledende infeksjonskontrollprogram for kommunale helseinstitusjoner, utarbeidet ved SSHF
- Tilby to årlige kurs for helsepersonell ansatt i kommunen.
- Minimum et årlig kurs i hver av kommunens helseinstitusjoner med avtalt varighet.
- Ved smitteutbrudd, bistå med råd og veiledning innenfor smittevern.

4.0 Økonomi

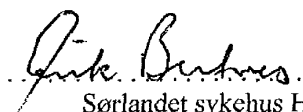
- Kostnad for denne tjenesten er kr. 3,50 pr. innbygger pr. kalenderår. For avtaler inngått i et løpende kalenderår, belastes kommunen med en avgift svarende til 1, 2 eller ¾ av et år alt etter når i året avtalen undertegnes og samarbeidet reelt starter.
- Beløpet innbetales i januar måned henhold til utsendt faktura med forfallsdato innen
...

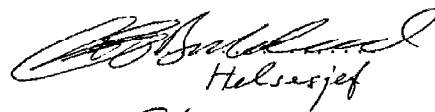
5.0 Ikrafttredelse, varighet og oppsigelse.

Avtalen gjelder f.o.m. dato for underskrift fra partene og deretter for ett kalenderår
Avtalen gjelder inntil den sies opp. Oppsigelse innen 1.mai for påfølgende kalenderår.

Sted/Dato/År

Kristiansand 14.01.2009

.....

.....
Sørlandet sykehus HF


Helsestjef
Søgne.....
Kommune

Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune

(Vedlegg til smittevernplanen)

Utarbeidet av smittevernlegen og godkjent i tjenesteutvalget 10.06.2009

Bakgrunn/forutsetninger

Søgne kommune har nylig vedtatt en revidert beredskapsplan for helsetjenesten og har også vedtatt ny revisjon av smittevernplanen.

Disse to planene vil danne grunnlaget for all beredskap i kommunen også ved en eventuell pandemisk influensa.

Vaksinering mot sesonginfluensa har i Søgne kommune i mange år vært høyt prioritert. Alle over 65 år, samt andre prioriterte grupper får skriftlig tilbud om vaksine og vi har hatt en høy grad av vaksinasjonsdekning de senere år. Høsten 2008 vaksinerte vi ca. 900 mennesker i risikogruppene, og dette tilsier at vi allerede har nådd WHO sin målsetting om vaksinasjonsgrad på minst 75% blant personer over 65 år.

Vaksineringen har de siste par årene foregått i nært samarbeid med personellet på Søgne legesenter. Befolkningen har vært innkalt i grupper til ettermiddags/kveldstid og det har vært opprettet flere "vaksinasjonsstasjoner" innen legesenteret. Både helsepersonell og befolkningen har vært godt fornøyd med denne ordningen.

I forbindelse med en eventuell vaksinasjon mot pandemisk influensa, vil vi bygge på de erfaringene vi har i fra vaksinasjon mot sesonginfluensa og utvikle dem.

Planen nedenfor følger den planmalen som er sendt ut fra Folkehelseinstituttet.

Etter at pandemi er erklært, men før pandemivaksiner er ankommet Norge

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Ansvar	<p>Opprette kontakt med kommunelege/ smittevernlege i alle kommuner.</p> <p>Oppnevne kontaktpersoner for kommunene</p>	<p>Opprette ansvarskontakt.</p> <p>All informasjon fra Folkehelseinstituttet (FHI) til kommunen vedrørende masse-vaksinasjon går til kommunelege/ smittevernelege og vise versa.</p>	<p>Kommuneoverlege/smittevernlege Finn Georg Birkeland er faglig ansvarlig kontaktperson for Folkehelseinstituttet. Han er tilgjengelig døgkontinuerlig på tlf. 970 84 288.</p> <p>Stedfortreder er ass.kommuneoverlege, Frank R. Andersen, som også er døgkontinuerlig tilgjengelig på tlf. 905 27 091.</p> <p>Koordinator som skal håndtere den praktiske delen av vaksinedistribusjonen er Merethe Solheim som er tilgjengelig på tlf. 905 99 835.</p>
Prioritering	<p>Be om innsending av kommunens prioriteringsliste for planlegging av pakking og forsendelse av vaksinedoser etter prioriteringskriterier gitt av HOD.</p>	<p>Sende inn prioriteringsliste.</p>	<p>Prioriteringslister vil bli utarbeidet og innsendt til Folkehelseinstituttet.</p>
Distribusjonsplan	<p>Lage en detaljert plan for vaksinelevering til kommunene basert på prioriteringskriterier gitt av HOD. Alle sendinger til kommunene registreres som ordre slik at det dokumenteres hvor mange doser det er i hver leveranse.</p>		<p>All vaksine sendes: Søgne kommune, helseenheten v/koordinator Merethe Solheim Helsehuset 4640 SØGNE</p>
Varsling		<p>Varsle vaksinatører. Varsle frivillige hjelpere. Varsle administrativt personell. Varsle sikringspersonell.</p>	<p>Det utarbeides en egen liste over vaksinatører og hjelpere. Det baseres i høy grad på legesenterets personell, men også helsesøstre og frivillige hjelpere som personell fra Røde Kors forutsettes å delta. Det lages en egen liste over disse.</p>

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Klargjøring av lokaler		<p>Klargjøre for mottak av vaksine – kjølelagre, kontrollrutiner og sikring.</p> <p>Forhåndsklargjøre lokaler som skal benyttes til vaksinasjon.</p>	<p>Det vil i stor grad bli benyttet legesenterets lokaler på ettermiddags/kveldstid. Dersom det blir behov for ytterligere lokaler kan andre etasje i helsehuset også benyttes. Vaksinen oppbevares i stor grad i kjøleskap i disse lokaler. Dersom dette ikke er nok er det aktuelt å benytte kjøleskap i kantine og eventuelt rådhus. Pasienter på institusjon må vaksineres på stedet. Dette forutsettes utført av ansatte sykepleiere i institusjon. Pasienter i hjemmesykepleien som har vanskelig for å komme til vaksinasjonsstedet, vaksineres hjemme av sykepleiere i åpen omsorg etter nærmere avtale etter samme system som ved sesonginfluensa. Registrering av disse vaksinasjonene må bringes til vaksinasjonsstedet/koordinator som igjen fører i SYSVAK.</p>
Registrering	<p>Gjøre tilgjengelig system for elektronisk registrering av vaksinasjon (SYSVAK)</p> <p>Sende ut skjema for manuell registrering i SYSVAK-registeret.</p> <p>Sende ut skjema for melding av alvorlige uønskede hendelser.</p> <p>Sende ut mal for vaksinasjonskort.</p>	<p>Klargjøre innkallingslister fra Folkeregisteret/SSB og event. sende ut innkalling/benytte internett/opprette servicetelefon.</p> <p>Klargjøre registrering i SYSVAK-registeret, elektronisk eller event. manuelt.</p> <p>Klargjøre utsendelse av vaksinasjonskort.</p> <p>Klargjøre skjemaer for registrering av alvorlige uønskede hendelser.</p>	<p>Det forventes at innkallingslister blir tilgjengelig fra SSB. Rådmannen er ansvarlig for dette. Registreringen foretas i SYSVAK-systemet elektronisk. Helsesøstrene er behjelpelig med dette.</p> <p>Vaksinasjonskortene skrives fortløpende ettersom vaksinene gis.</p> <p>Alvorlig uønskede hendelser vil som regel bli oppdaget av leger som igjen melder dette til smittevernlegen som fører dette på egen liste.</p>
Informasjon	<p>Utarbeide informasjonsstrategi med tiltak spesielt rettet mot kommunene og massevaksinasjon.</p> <p>Kontinuerlig følge opp situasjonen og gi oppdatert informasjon til helsepersonell.</p> <p>Opprette rådgivningstelefon for helsepersonell.</p>	<p>Utarbeide konkret informasjon til alt helsepersonell.</p> <p>Utarbeide konkrete informasjonstiltak (internett, media, intranett, brosjyrer, dokumentasjon og informasjon v/vaksinering, skilt, plakater, merking av personell).</p>	<p>Forhåndsinformasjon vil i stor grad bli gitt gjennom Fritidsnytt og Budstikka. Til hurtig informasjon vil i stor grad bli benyttet Søgne Radio og NRK Sørlandet. Kommunens internett vil bli benyttet og det vil også bli brukt plakater. Tilgjengelig informasjon fra Folkehelseinstituttet vil i stor grad bli brukt. Ansvarlig for dette er smittevernlege.</p>

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Informasjonsmaterieill	<p>Utarbeide vaksinasjonskort.</p> <p>Utarbeide meldeskjema for alvorlige uønskede hendelser.</p> <p>Utarbeide informasjonsmaterieill om pandemivaksinen.</p>	<p>Utarbeide og trykke opp informasjons- og dokumentasjonsmaterieill:</p> <ul style="list-style-type: none"> • registreringsskjema • informasjon om bivirkninger/allergiske reaksjoner • vaksinasjonskort • event. annet informasjonsmaterieill 	<p>Tilgjengelige vaksinasjonskort, meldeskjema for alvorlige uønskede hendelser og informasjonsmaterieill fra Folkehelseinstituttet vil bli trykt opp og være tilgjengelig på vaksinasjonsstedet.</p>
Prosedyrer	<p>Utarbeide veiledningshefte med praktiske prosedyrer for vaksinasjon med pandemi-vaksinen.</p>	<p>Utarbeide praktiske prosedyrer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaksinasjon (kriterier for kontraindikasjon) • medisinsk beredskap • tilgjengelig medisinsk utstyr • dokumentasjonssystem • registrering i SYSVAK • melding av alvorlig uønskede hendelser • avviksrapportering 	<p>Smittevernlegen er ansvarlig og det vises stort sett til punktene over.</p>
Bestilling/lagring		<p>Sørge for tilstrekkelig engangsutstyr til vaksinasjon</p>	<p>Slikt utstyr vil bli kjøpt inn i samarbeid med legesenteret. Koordinator samarbeider om dette.</p>

Pandemivaksinen er kommet til Norge

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
<p>Tilrettelegging for vaksinasjon</p>	<p>Ta imot vaksine fra vaksineprodusenten, utføre nødvendige kontrolltiltak.</p> <p>Følge opp Statens legemiddelverks godkjenningssprosess for vaksinen.</p> <p>Pakke vaksine for utsending.</p> <p>Varsle om når mottak kan forventes i kommunene (dato og tidspunkt), leveringsmåte, volum og antall vaksinedoser.</p>	<p>Etablere kriseledelse.</p> <p>Bestemme tidspunkt for massevaksinasjon.</p> <p>Innkalle sikringspersonell, vaksinatører, leger og frivillige hjelpere. Varsle kontaktpersoner for prioriterte grupper.</p> <p>Tilrettelegge for nødvendig transporttjeneste for publikum til vaksinasjonssteder.</p>	<p>Kriseledelsen etableres. Ordfører/rådmann er ansvarlig for dette. Bestemmelse at tidspunkt for massevaksinasjon, innkalling av nødvendig personell, tilrettelegging for transport for publikum mm. organiseres av kriseledelsen i nært samarbeid med smittevernlegen og koordinator.</p>
<p>Innkalling til vaksinasjon</p>		<p>Innkalle prioriterte grupper til vaksinasjon via brev, arbeidsgiver eller fastlege.</p> <p>Varsle kontaktpersoner for prioriterte grupper.</p> <p>Innkalle hele befolkningen med bruk av folkeregisterdata og media. Det må planlegges hvem som skal møte hvor – et alternativ er å benytte systemet for valg med lokale valgkretser. Det må fremgå av innkallingen hvor den enkelte skal møte. Det må lages et tilbud for personer som oppholder seg, men som ikke ha bopel i kommunen.</p>	<p>Kriseledelse, smittevernlege og koordinator samordner dette. Koordinator står for det praktiske arbeidet.</p>

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Vaksinehåndtering	<p>Sende ut vaksine med egnet transportmiddel for eksempel kjølebil/bil, fly.</p>	<p>Kontrollere alle leveranser ved mottak i forhold til synlig brekkasje, antall doser og temperatur under transport (frostindikator).</p> <p>Ivareta sikkerhet ved oppbevaring av vaksineleveransen.</p> <p>Overvåke lagringstemperatur – føre temperaturlogg. Lagringstemperatur 2-8 °C. Vaksinen må ikke fryse.</p> <p>Fordele vaksinedoser og lage kjøreplan for utsendelse til vaksinasjonssteder og koordinere med ansvarshavende på lokale mottak/smittevern-kontor.</p> <p>Klargjøre utstyr for medisinsk beredskap som skal være tilgjengelig ved vaksinasjon.</p> <p>Klargjøre engangsutstyr som skal brukes ved vaksinasjon.</p>	<p>Mottak av vaksine, oppbevaring og overvåking av lagringstemperatur mm. utføres av koordinator i samarbeid med smittevernlege. Fordeling av vaksine til de enkelte vaksinsteder gjøres av koordinator. Nødvendig utstyr i forbindelse med vaksinasjon sørger legesenteret for.</p>
Informasjon/merkemateriell	<p>Utvide åpningstid for telefonhenvendelser for helsepersonell</p>	<p>Gi informasjon til publikum via internett, brev, møter, utdeling av brosjyrer, lokal TV, aviser og lignende.</p> <p>Klargjøre materiell til merking av lokaler.</p> <p>Klargjøre materiell til merking av personell.</p> <p>Legge ut informasjon til lokalmedia – pressemeldinger osv.</p>	<p>Informasjon til publikum blir gitt via internett, intranett, aviser og eventuelt utdeling av brosjyrer/brev. Ansvarlig for dette er smittevernlege/koordinator.</p>

Massevaksinasjon iverksettes

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Klargjøring av lokaler for vaksinasjon		Følgende punkter må ivaretas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Åpningstid 2. Merking av lokaler 3. Installering av utstyr/klargjøring av kontorer osv. 4. Ivaretagelse av sikkerhet 5. Parkering, NB spesialtransport 6. Event. bruk av køsystem 7. Logistikkssystem for inn, vente, vaksinasjons, observasjon, ut med tydelig merking av de enkelte områder 8. Lokale tiltak for å redusere smittepress v/vaksinasjon 	Kriseledelse i samarbeid med smittevernlege og koordinator bestemmer og gjør kjent åpningstid, merking av lokaler, installering av utstyr, samt nødvendig logistikkssystem i forbindelse med vaksineringsen.
Forberedelse av helsepersonell	Gi veiledning gjennom rådgivningstelefon for helsepersonell	Følgende punkter må ivaretas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Utpeke lokal ledelse 2. Merking av personell 3. Event. bruk av beskyttelsesutstyr 4. Gjennomgang av prosedyrer for vaksinasjon, kontraindikasjoner, medisinsk beredskap, dokumentasjon og avvikshåndtering 	Lokal ledelse vil være de to kommuneoverlegene. Alt helsepersonell skal ha fått nødvendig informasjon om vaksinasjon, kontraindikasjoner, registrering av vaksinasjon, samt eventuelt avvikshåndtering. Alt personell skal også være merket med navn og type personell.
Forberedelse av helsepersonell (ivaretagelse av ikke medisinske oppgaver)		Følgende punkter må ivaretas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Utpeke lokal koordinator 2. Merking av personell 3. Event. bruk av beskyttelsesutstyr 4. Gjennomgang av prosedyrer for utførelse av arbeidsoppgaver 	Alt personell skal ha nødvendig informasjon om selve vaksinasjonen, prosedyrer og arbeidsoppgaver. Disse skal også være merket med navn og type personell. Koordinator for disse blir en av kommuneoverlegene.
Sikkerhet og annet		Følgende punkter må ivaretas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sikring av lokaler 2. Sikring av vaksinelager 3. Parkering 4. Transport 	Smittevernlege og koordinator er ansvarlig for nødvendig sikring av lokaler, vaksinelager, samt all logistikk i forbindelse med vaksineringsen.

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Informasjon	Legge ut kontinuerlig oppdatert informasjon for publikum og helsepersonell på internett.	Gi kontinuerlig oppdatert informasjon i lokale media og på kommunens hjemmesider. Send ut pressemelinger ved behov. Gi informasjon tidlig til arbeidsgivere slik at nødvendig ressursallokering kan foretas for å sikre at alle kan møte til vaksinasjon.	Smittevernlegen er ansvarlig for å gi kontinuerlig oppdatert informasjon i lokale media og på kommunens hjemmeside, samt holde lokalradioen informert.
Vaksinehåndtering	Sende ut vaksine i henhold til prioriteringslister	Føre temperaturlogg ved alle vaksinelagre. Oppbevaringstemperatur skal være 2-8 °C. (tåler ikke frost). Føre kontroll med alle vaksinedoser som tas ut av lager.	Koordinator fører temperaturlogg for alle vaksinelagre og påser at vaksinene lagres på mellom 2 og 8 °C. Koordinator fører også kontroll med alle vaksiner som tas ut av lageret.
Gjennomføring av vaksinasjon		Følgende punkter må ivaretas: 1. Mottak 2. Utlevering av informasjonsmateriell 3. Registrering av personidentitet 4. Lege tilgjengelig for å vurdere kontraindikasjoner og kunne håndtere akutte situasjoner i samarbeid med annet helsepersonell. 5. Vaksinerings 6. Overvåkning etter vaksinerings 7. Registrering i SYSVAK-registeret 8. Utlevering av vaksinasjonskort	Kommuneoverlegene i samarbeid med koordinator er ansvarlig for at vaksineringsforegår i henhold til ovennevnte plan.
Rapportering av uønskede hendelser etter vaksinasjon	Gjennomgå og registrere alle meldinger og overvåke situasjonen vedr. alvorlige uønskede hendelser, i samarbeid med Statens legemiddelverk.	Innrapportere kontinuerlig meldinger om alvorlige uønskede hendelser.	Uønskede hendelser som blir meldt til leger eller annet vaksinasjonspersonell skal meldes til smittevernlegen som registrer dette og melder eventuelt videre etter alvorlig hendelsesgrad.

Etter at pandemi: Evaluering av egen innsats og revisjon av planverket

Oppgave	Folkehelseinstituttets tiltak	Kommunale tiltak	Ansvar for tiltak i kommunen
Evaluering	Gjennomgå erfaringer fra alle kommuner og gjøre analyser og forbedringstiltak basert på innrapporterte opplysninger.	Utføre egen evaluering av massevaksinasjon med nødvendige endringer ev eget beredskapsplanverk.	Kriseledelse/smittevernlege/koordinator er ansvarlig for tilstrekkelig evaluering.
Forbedringer/revisjon av planverk	Utarbeide forbedring av planverket og samhandling basert på erfaringer fra pandemien.	Revidere planverket hver 2.år.	Smittevernlegen er ansvarlig for at planverket blir revidert minst hvert andre år.

Vedlegg:

Samlet oversikt over prioriterte grupper for vaksinerings (under utarbeidelse)

Godkjenning av beredskapsplan for massevaksinasjon

Denne planen har vært behandlet i tjenesteutvalget og er godkjent 10.06.2009.

Pandemiplan for Søgne kommune

(Vedlegg til smittevernplanen)

Plan for opprettholdelse av kritiske funksjoner i Søgne kommune ved høyt personellfravær pga. infeksjonssykdom.

Formålet med dette plandokumentet er å planlegge hvilke tiltak som må iverksettes hvis en infeksjon setter inntil 40% av kommunens ansatte ute av stand til å utføre jobben sin. Situasjonen er antatt å kunne vare i flere uker.

Utarbeidet av smittevernlegen våren 2009

Innholdsfortegnelse

1. Kriseledelse	2
2. Kommunikasjon og ledelse	3
3. Koordinator kontor	3
4. Kommunens enkelte enheter	4
4.1. Enhet for institusjonstjenester	4
4.2. Enhet for hjemmetjeneste	4
4.3. Enhet for helsetjenester	5
4.4 Skolene	5
4.5. Barnehagene	6
4.6. Tekniske tjenester	6
4.7. Enhet for PPT	8
4.8. Sosial- og barnevernstjenester	8
4.9. Enhet for psykisk helse og habilitering	9
4.10. Enhet for kultur	10
4.11. Enhet for kompetanseutvikling	10
5. Etablering av «sykehusplasser» på Søgne Omsorgssenter	10
5.1. Pasientgrupper	10
5.2. Lokalisering	10
5.3. Utstyr	11
5.4. Personell	11

1. Kriseledelse

Så snart det foreligger begrunnet mistanke om at Søgne kommune vil bli rammet av en pandemi med det omfang som beskrevet ovenfor iverksettes "Beredskap for Søgne kommune – kriseledelse, informasjon og helsemessig- og sosial beredskap". Ordfører kaller inn til møte i kriseledelsen og fordeler oppgaver.

Planen gjennomgås pånytt slik at man sikrer seg at alle opplysningene i planen, slik som navn, telefonnummer, e-post adresser osv. er oppdaterte.

Kriseledelsen sørger for at alt nødvendig planverk gjøres kjent for alle involverte. Det gjelder foruten "Beredskap for Søgne kommune – kriseledelse, informasjon og helsemessig- og sosial beredskap", "Smittevernplan" og "Pandemiplan".

Kriseledelsen sørger for at det legges ut daglig oppdaterte rapporter om situasjonen på kommunens hjemmesider og gir daglige rapporter til massemedia. Dersom situasjonen blir slik at hjemmeside og media ikke blir tilgjengelig gjøres befolkningen kjent med situasjonen ved oppslag på sentrale steder i kommunen.

Kriseledelsen pålegger alle enheter å gi en meget kortfattet tilbakemelding på situasjonen via e-post til en særskilt opprettet adresse innen kl. 09.00 hver dag.

Kriseledelsens sekretariat samler disse tilbakemeldingene innen kl. 10.00 og presenterer dem for ordfører/rådmann. Kommunelegen må daglig oppdatere kriseledelsen med den epidemiologiske situasjon i kommunen. Disse avgjør om det er forhold som gjør at kriseledelsen må samles. Deltagerne i kriseledelsen vurderes som en kritisk ressurs.

Sentraladministrasjonen består av toppledelse med rådmann, tjenestesjef og plansjef. Likeledes er viktige støttefunksjoner for økonomi, personal- og lønn, It/arkiv, politisk sekretariat og servicetorg en del av sentraladministrasjonen.

Dersom det blir inntil 40% sykefravær, må oppgaver løses slik at det til enhver tid sikres at det er en rådmann som ivaretar ledelse av administrasjonen. Dersom ordfører blir syk, vil varaordfører tre inn. Dersom dette også svikter, vil måtte velges setteordfører.

Ledelse av kommunen vil måtte ivaretas av rådmannen eller den som fungerer som rådmann. Dersom rådmannen ikke kan fungere, vil tjenestesjef fungere som rådmann. Dersom begge er syke, vil plansjefen være fungerende rådmann.

Det er også et krav at kommunen har en økonomisjef. Dersom økonomisjef er syk over lengre tid, vil rådmannen måtte konstituere økonomisjef.

Dersom ansatte i støttefunksjoner blir syke, må en prioritere livsviktige funksjoner og omfordele oppgaver på tvers av dagens funksjoner og oppgaver. Dette vil rådmannen måtte fordele etter behov.

Av prioriterte oppgaver vil være:

- Krisehåndtering
- Kommunens sentralbord og informasjon til befolkningen i forhold til beredskapsplaner.
- Administrative- og politiske beslutninger, fullmaktshåndtering.

- Ivaretagelse av støttefunksjoner i forhold til personalhåndtering,
- Utbetaling av lønninger og håndtering av utbetalinger og innbetalinger til kommunen.
- Samarbeid med andre kommuner i forhold til overtakelse av deloppgaver.

2. Kommunikasjon og ledelse

Det er all grunn til å tro at det vil bli et meget stort trykk på kommunikasjon både via telefon og e-post i en slik situasjon. Det er helt avgjørende at kommunens kommunikasjon via telefon og internett fungerer.

Kommunens IT-personell må gis support slik at de får best mulig arbeidsforhold, og ved siden av best mulig forhold i arbeidssituasjonen, må annet personell gå inn og ta deres plass i familien dersom det foreligger sykdom der.

IT-personell regnes som en kritisk ressurs.

Straks det er klart at en pandemi er underveis trekkes skolenes IT-ansvarlige ut av skolene og inn i kommunens sentrale IT-organisasjon. Det startes opplæring av disse slik at de kan foreta enklere support og feilretting.

Den programvare som anses kritisk og som må opprettholdes til enhver tid er:

- kommunikasjon mot internett
- e-post
- saksbehandlingsprogram
- journalsystem i PO
- journalsystem på helsestasjon
- journalsystem på legesenter

Servicetorg/sentralbord må bemannes i tiden 06.00 – 24.00.

Bemanningen må styrkes betydelig, sannsynlig dobles på dagtid i forhold til dagens bemanning. Dette oppnås ved at man i tillegg til dagens personell i servicetorget trekker inn personell fra følgende enheter/virksomheter:

- Merkantilt personell fra de tekniske enhetene
- Alle ansatte i kulturetaten
- Ansatte fra økonomi, lønn og lignende
- Ansatte i NAV

Det må etableres løsninger slik at vakt-telefonene i teknisk, PO og helse ikke overbelastes. Det må også vurderes om servicetorget skal ”sile” e-post til sentrale personer i kriseledelsen.

3. Koordinator kontor

Det etableres et koordinatorkontor som bemannes med to personer.

Dette kontoret skal ha til disposisjon ca. 10 personer som kan gå inn i omsorgsoppgaver for å hindre at annet personell som vurderes å være en kritisk ressurs blir bundet opp med omsorgsoppgaver. Kontoret bemannes med det samme personell som beskrevet i punkt 2. De 10 omsorgspersonene er personell som frigis fra undervisningssektoren.

4. Kommunens enkelte enheter

4.1. Enhet for institusjonstjenester

Etterspørselen etter virksomhetens tjenester kan øke. Usikkert - avhengig av hvor mange pasienter som etterspør tjenesten. Dette vil berøre hele virksomheten.

Enhetens aktiviteter: Pleie av pasienter. Nødvendig helsehjelp- stell, mat og medisiner, sykepleiefaglige oppgaver.

Personell:

- **Søgne Omsorgsenter:** Dag/kveld: 6 personell hvorav en sykepleier pr.28 pas. Natt: 2 på 28 pas., hvorav 1 er sykepleier.
- **Langenes bokollektiv:** Dag/kveld: 3 personell pr.14 pas. Sykepleier kan hentes fra hj.tjenesten. Natt: 1 på 14 pasienter.
- **Kjøkken:** Kjøkkenet står i stor grad i fare for og måtte stenges. Mat må hentes fra eksternt leverandør. Vaskeri/renhold: Vikarer kan skaffes.

Kritiske funksjoner:

Kjøkkenet og avdelingskjøkkenene står i fare for å stenge.

Nødvendig helsehjelp (medisiner, stell og pleie) må opprettholdes.

Dagsenterfunksjonen kan stenges.

Enheten må samkjøres med andre enheter, eksempelvis hjemmetjeneste og helseenheten.

Identifiser medarbeidere;

Vi vil være avhengig av følgende kompetanse:

Sykepleier/vernepleier. Mulig å gi andre minimumsopplæring på kort tid.

Kritiske funksjoner som krever tilstedeværelse av fagpersonell:

Alvorlig syke og døende pasienter.

Stillings typer som enheten ikke kan unngå:

Legetilsyn, sykepleier, renhold og vaskeri. Mat må kunne leveres eksternt.

4.2. Enhet for hjemmetjeneste

Etterspørselen etter hjelp og hjelpebehovet kan øke da målgruppen for tjenestene er syke og svake som også lettere vil bli rammet av pandemien og dermed bli mer hjelpetrengende.

Kritiske funksjoner:

a) Korttidsplassene (LBA og SOS) må drives videre med minimum en sykepleier tilgjengelig hele døgnet. Annet personell kan være helsearbeider eller opplært vikar. Til sammen ytterligere 2 personer dag og kveld. I disse institusjonsplassene er ofte innlagt svært syke og personellkrevende pasienter, men behovet for kontinuerlig sykepleier tilstede varierer. Her er innlagt døende, demente, slagpasienter, infeksjonssyke m.m. ved en pandemi vil det sannsynligvis bli behov for innleggelse av flere pasienter p.g.a. infeksjonsutløste årsaker.

b) Pasient- hjelp som minimum må videreføres for dagens pasienter er: Nødvendig daglig hygiene/ toalettbesøk, nødvendig hjelp til tilstrekkelig ernæring, nødvendig hjelp til inntak av medisiner/ behandlingstiltak.

c) Sykepleiere (2-3 stk.) må være tilgjengelig på hver vakt dag og kveld for løpende vurdering av minimum helsehjelpsbehov, spesielle prosedyrer og for nødvendig

medisinering. Utdeling av medisiner kan også utføres av annet helsepersonell som har bemyndigelse til dette.

d) Leveranse av matvarer og hygiene artikler forutsettes sikret av andre.

Minimum bemanningsnivå i hjemmetjenesten:

Med **dagens brukergruppe** anslås tjenestene å kunne tåle en reduksjon fra 12 ansatte til ca 8 for å gi minimum av hjelp.(se minimumsoppgaver) til hjemmeboende inkl. omsorgsboligene.

Dersom behovene under (b) øker som følge av pandemi, må bemanningsnivået antagelig økes opp mot normalen for å håndtere dette.

Driften kan ikke være uten:

- Sykepleiere (3 - 4 på dag/kveld)
- Helsearbeidere / opplærte vikarer (6-8 dag/ 4-5 kveld) som kan utføre nødvendig helsearbeid (se punkt b)
- Ledere (2-3) som kan organisere personellet og skaffe vikarer.

Vikarer som er tilgjengelige pr. i dag vil kunne erstatte en del fravær. Ledere og etablerte vikarer vil kunne dekke opp for ca. 10 % økt fravær.

Videre vil reduksjon til å gjøre minimumsoppgaver normalt kunne tåle en bemanningsreduksjon opp til ca. 25 %.

Hjelp ut over dette (Ytterligere ca. 10 % bemanning i 2 -5 ukers verste fase) må dekkes inn med personell fra andre tjenesteområder som for eksempel helsestasjon, psykisk helse eller frivillige som for eksempel Røde Kors.

4.3. Enhet for helsetjenester

Følgende funksjoner kan helt avvikles i en periode, eller i det minste sterkt reduseres:

- Rutinekontroller på helsestasjon og legesenter
- Fysioterapi
- Ergoterapi

Frigitt personell benyttes til å forsterke pleie- og omsorgstjenestene og legesenter.

Legesenteret fortsetter sin drift som nå, men bemannes med ca. 1/3 av dagens arbeidsstokk. Den frigitte kapasitet av leger og helsesekretærer (2-3 leger + 3-4 helsesekretærer) benyttes til å bemanne en infeksjonslegevakt som etableres i helsestasjonens lokaler i helsehuset.

Det arbeid som må foretas av helsestasjonen gjennomføres ved å benytte deler av tilgjengelige lokaler i 3.etasje i helsehuset.

Legene vurderes som kritisk ressurs.

4.4 Skolene

Ved en pandemi som rammer både elever og ansatte planlegger skolen følgende tiltak:

- Skolens drift skal fortsette som før.
- Skjerping av rutiner for hygiene.
- Vikarer så langt mulig innhentes.
- Ansatte omdirigeres til andre oppgaver der fraværet er stort.
- Elevgrupper slås sammen.
- Ved behov for ytterligere tiltak vil det bli vurdert å sende hjem elevene på 5.-7. trinn.

- Svært utsatte elever i Nygårdsgruppa må holdes hjemme.
- Ved ytterligere forverring av totalsituasjonen, smittefare etc. må det vurderes å stenge skolen for en avgrenset periode.

4.5. Barnehagene

Parallelt med at en stor andel av de ansatte er syke må det også forutsettes at en stor andel av barna er syke.

Personellbehovet løses på følgende måte:

- Vikarer innhentes i den grad det er mulig
- Avdelinger, event. hele barnehager slås sammen
- Antall ansatte som må være tilstede begrenses til det strengt nødvendige

4.6. Tekniske tjenester

Eiendomsenheten

Eiendomsenhetens ansvar begrenser seg til teknisk drift og vedlikehold av kommunens bygningsmasse.

I en krisesituasjon over kortere tid (for eksempel i 15 uker) så vil enheten grovt sett kunne innstille det meste vedlikehold og kun prioritere driften av bygg i prioritert rekkefølge.

Dvs at vi vil kunne opprettholde full drift i våre bygg med halv arbeidsstyrke – 5- 6 mann.

Renhold:

Nødvendig renhold vil måtte foretas – **dette må evnt. forsterkes/intensiveres i en slik situasjon**

Kritiske funksjoner antas for oss å være:

1. Drift av Søgne omsorgsenter.
2. Drift av Langenes bo og aktivitetsenter
3. Drift av boliger ved Nygårdshaven
4. Drift av Lundeveien 34 – 36. Tidl Søgneheimen.
5. Drift av boliger for eldre, psykiatri med mer.
6. Drift av skoler, barnehager med mer.

Våre ansatte har god kunnskap om alle disse bygg og vil i en krisesituasjon kunne besørge forsvarlig drift og sikkerhet for de involverte.

Eiendomsenhetens vaktordning (døgnvakt) er i tillegg alltid mulig å få tak i.

Dersom mer enn halvparten av våre ansatte skulle bli slått ut av sykdom samtidig vil man begynne å få problem.

Problemer vil man også få om ikke vann, avløp, renovasjon, elforsyning og snøbrøyting er intakt.

Det vil nok være ganske vanskelig å erstatte våre fagarbeidere og lære opp nye rask på grunn av mye teknikk og kompliserte bygg.

Våre fagarbeidere med funksjonstillegg vil være ekstra vanskelige å erstatte.

Ingeniørvesenet

Kritiske funksjoner og hendelse som må takles i enheten:

Vannforsyning – brudd på vannforsyning, forurensning drikkevann, tilsyn anlegg.
Avløpshåndtering – avløpsrensning, drift/tilsyn pumpestasjoner, utbedre lekkasjer.
Avfallshåndtering – innhenting og transport husholdnings-/hytteavfall.
Samferdsel – holde veger åpen, særlig ved snøfall, kraftig regn.
Slamtømming – særlig tette tanker og krisetømminger.

Minimumsfunksjoner som må opprettholdes samt ansatte i enheten som kan fylle funksjonene:

Vannforsyning:

Tilgang til gravemaskinfører – hentes internt og eksternt

Tilgang til rørlegger/anleggsrørlegger - hentes internt og eksternt

Tilsyn vannanlegg - internt

Tilgang til kabelpåvisning – eksterne enheter som E-verk/telekom (Bravida) må være opp å gå.

Tilgang til media – eksterne media som FVN, Radiosogne, Budstikka om annonsering av kokepåbud mv

Stabil vannforsyning avhenger at TIV leverer Søgne vann.

Avløpshåndtering:

Drift renseanlegg (minimum 2 personer) – internt

Drift/tilsyn pumpestasjoner (minimum 2 personer) – internt

Ved eventuell sykdom må ressurser tilføres fra Høllen vest's mannskaper.

Renovasjon:

Avhenger i all hovedsak av at eksterne firma har sjåfører tilgjengelig slik at tømming blir utført.

Om ikke må det opprettes midlertidige lokale deponi som godkjennes av helseenheten – her kan da folk bringe sin søppel i periode uten hentetjeneste.

Samferdsel:

En pandemi avhenger og utfordringer ift. samferdsel avhenger av på hvilken årstid denne slår inn. Om sammenfall med snøfall kan det bli utfordring ift. å holde veger åpne.

Hovedveger må i så fall prioriteres ift. ambulanse/brann/renovasjon mv. Vi avhenger her av at Vegvesen holder sine veger oppe.

Slamtømming:

Avhenger i all hovedsak av at eksterne firma har sjåfører tilgjengelig slik at tømming blir utført. Om ikke må det godtas mindre lokale forurensninger pga fulle tette tanker.

Administrasjon ingeniørvesenet:

Minimum en på rådhuset bør holde seg frisk. Tilgang til ledningskartverk, administrere informasjon mv mv mv.

Andre eksterne parter vi avhenger:
Tilgang til drivstoff
Tilgang til strømforsyning
Tilgang til rørdelager/andre kommunen

Arealenheten

Virksomheten i denne enheten kan reduseres til et minimum. Personell fra enheten som blir disponibelt benyttes til å forsterke virksomheten i eiendomsenheten, ingeniørvesenet og servicetorget, alt etter kvalifikasjoner.

4.7. Enhet for PPT

Enheten vurderer at en pandemisituasjon betyr at etterspørselen etter virksomhetens tjenester vil være uendret.

Enheten har foretatt en intern prioritering av oppgaver:

1. innsøking til videregående skole, prioritert utdanningsprogram/spesialundervisning
2. sakkyndige vurderinger
3. viderehenvisning til 2.linjetjeneste

Hele virksomheten sees på som viktig, men i en sterkt presset situasjon, må innsøking til videregående skole prioriteres. Dersom pandemien slår til tidlig i vårsemesteret, er det alt sakkyndighetsarbeid som er særlig sårbart.

Vi tenker oss at enheten kan tåle såpass lav bemanning at halvparten av fagpersonene er borte hver for seg i 10 dager dersom man foretar en meget streng prioritering av innsøking til videregående skole. Andre oppgaver settes på vent.

Funksjonene ved enheten er avhengig av spesialkompetanse. Det er ikke mulig å gi noen en minimumsopplæring. Nødvendig kompetanse er psykolog, pedagogisk-psykologisk rådgiver, spesialpedagog med kompetanse på høyt nivå.

4.8. Sosial- og barnevernstjenester

Enheten yter tjenester knyttet til barnevern samt sosiale tjenester knyttet til økonomisk sosialhjelp, edruskap samt boligsosial oppfølging.

Ved en evt. pandemi vurderes etterspørselen etter tjenester til å være uendret.

Barneverntjenesten kan fungere i en periode på 10 dager uten ansatte tilstede. Dette forutsetter at Barnevernvakta i Kristiansand som vi kjøper akutt beredskap av, er i funksjon.

Vedr. sosialtjenesten vurderes det som nødvendig at to ansatte er til stede til enhver tid for å betjene brukerne. Prioritert ytelse vil da være å gi økonomiske sosialhjelp.

Vedrørende spørsmål om tjenesten kan ytes av annet fagpersonell eller ufaglærte vurderes tjenesten til å kunne ytes av ufaglærte etter å ha mottatt basis opplæring. Det presiseres at dette gjelder ved en sykefraværperiode på ca. 10 dager.

Boligsosialt arbeid vil kunne fungere uten ansatte tilstede i den perioden en antar ansatte vil være syke.

4.9. Enhet for psykisk helse og habilitering

Enheten har en bredt sammensatt tjenesteutøvelse. Alt fra botjenester med hel døgns omsorgstjenester, til enklere dagtjenester og støttekontakttilbud.

Dagens tjenester i enheten er følgende:

1. Botjeneste	-	Psykisk helsearbeid
2. Dagtilbud	-	Psykisk helsearbeid
3. Samtaleterapi / hjemmetjeneste	-	Psykisk helsearbeid
4. Avlastning/støttekontakt	-	Psykisk helsearbeid
5. Botjeneste	-	Habilitering til funksjonshemmede
6. Avlastningsbolig	-	Habilitering til funksjonshemmede
7. Dagtilbud	-	Habilitering til funksjonshemmede
8. Privat avlastning	-	Habilitering til funksjonshemmede
9. Støttekontakt	-	Habilitering til funksjonshemmede

Omgivelsenes etterspørsel:

En pandemi antas å bidra til uro og frykt i befolkningen. I så måte vurderes det at etterspørsel etter kompetanse innen psykisk helsearbeid vil øke.

Det er vanskelig å vurdere endring / omfang av etterspørsel. Men enheten vil neppe kunne imøtekomme dette i særlig grad hvis bemanningen allerede er redusert med 30 – 40 %. I en slik situasjon vil de sykeste brukerne (det vi si de som får bistand allerede) bli prioritert.

Vurderingen gjøres også ut fra at enheten ikke er dimensjonert for å yte akutte tjenester.

Vurdering av enhetens ulike tjenester/virksomheter:

Tjenestene nr. 1 og 5 må opprettholdes og videreføres tilnærmet uforandret m.h.t normalt tjenesteomfang og bemanning. Dette er hel døgns omsorgstjenester til svært bistandstrengende brukere. Noe reduksjon kan gjøres ved at naturlige tjenester tilknyttet botjenester kuttes ut for en kortere periode.

Tjeneste nr. 4 bør opprettholdes lengst mulig, om enn i noe redusert omfang. Avlastning til omsorgsansvarlige er i noen tilfeller helt nødvendig på grunn av særlig tyngende omsorg.

I noen enkelttilfeller kan tjeneste opphøre en kortere periode i samarbeid med den som skal avlastes. Eventuelt at det gis noe sjeldnere frekvens på tjenestetilbudet.

Tjenestene nr. 2, 3, 4, 7, 8 og 9 kan midlertidig legges ned til pandemi avtar.

Minimere, prioritere, identifisere medarbeidere:

Psykisk helsearbeid:

- Laveste forsvarlige bemanning vurderes til ca 5 årsverk. Kun prioritert til tjeneste nr. 1.
- Bør ha spesialkompetanse / erfaring innen psykisk helsearbeid.
- Må tilstrekkelig kompetanse til å administrere medikamenter.
- Minimumsopplæring på kort tid *ikke* tilfredsstillende.
- Profesjonene sykepleier og vernepleier er nødvendige stillingstyper som ikke kan unnværes. Behov i omfang avhenger av det øvrige personalets kompetanse.

Habilitering til funksjonshemmede:

- Laveste forsvarlige bemanning vurderes til ca. 25-26 årsverk. Kun prioritert til tjeneste nr. 5 og dels nr. 6.
- Behov vil bl.a. avhenge av om brukerne er rammet av pandemien. Er de det, vil de naturlig kreve mer ressurs fra oss i det daglige enn normalt.
- Må ha kunnskap om brukergruppen psykisk utviklingshemmede, samt personlig kjennskap til enkeltbrukerne.
- Må tilstrekkelig kompetanse til å administrere medikamenter.
- Minimumsopplæring på kort tid *ikke* tilfredsstillende.
- Profesjonene sykepleier og vernepleier er nødvendige stillingstyper som ikke kan unnværes. Behov i omfang avhenger av det øvrige personalets kompetanse.

4.10. Enhet for kultur

Virksomheten i denne enheten innstilles og disponibelt personell overføres til servicetorg og koordinatorkontor.

4.11. Enhet for kompetanseutvikling

Lærere/kursledere:

- Antallet undervisningstimer reduseres, mer overlates til egenstudium. De som er friske går inn og holder noe undervisning for de som er syke. Kursdeltakerne er voksne personer som en kan forvente kan studere mer på egen hånd en kortere periode.
- Hygienetiltak for å redusere smittespredning. Håndvask.

Saksbehandlere:

- Utbetaling av introduksjonsstønad og andre pengeutbetalinger prioriteres. Annen saksbehandling reduseres til et minimum anhengig av antallet som syke.

Minst en person må være til stede både på Kvalifiseringssenteret og Introsenteret. Ved kritisk bemanning fordeles ansatte på våre to avdelinger.

5. Etablering av «sykehusplasser» på Søgne Omsorgssenter

Formålet med dette tiltaket er å etablere et behandlings og omsorgstilbud til pasienter som er for syke til å klare seg hjemme, men kan bli tatt hånd om av et forsterket sykehjemstilbud.

5.1. Pasientgrupper

Tilbudet vil være særlig rettet mot følgende pasientgrupper:

- Forverring av KOLS
- Pneumoni
- Terminal pleie og smertelindring

5.2. Lokalisering

Det er tilgjengelig inntil 8 enkeltrom i lokalene som ble brukt av «Lille Ternevig» tidligere. Alle nødvendige bygningsfasiliteter er tilstede.

5.3. Utstyr

Senger er tilgjengelig.

Utstyr for iv væsketilførsel leveres fra legevakta ved behov.

SOS kjøper inn 2 iv stativ og 2 ernæringssonder.

Forstøver er tilgjengelig på SOS.

Utstyr til måling av oksygen metning er anskaffet av legevakten.

5.4. Personell

Sykepleier og annet pleiepersonell må skaffes ved omdisponering fra andre deler av sykehjemmet og hjemmetjenestene. Røde Kors kontaktes for å stille med personell.

Legesenteret dekker behov for legetilsyn og laboratoriearbeid inkludert blodprøvetagning.

Det legges opp til daglig tilsyn.

Sak 6: PS 413 Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i økonomiplan 2013-15



Saksframlegg

Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i økonomiplan 2013-15

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
4/13	Tjenesteutvalget	23.01.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Til arbeidsgruppa velges fra tjenesteutvalget:

Bakgrunn for saken:

Vedtak i kommunestyret 20.12.2012

Ang. utbygging av barnehager i Søgne kommune:

På bakgrunn av:

D. Sak om romsituasjonen ved korttids-/rehab-avdelingen-samhandlingsreformen utfordringer, sak 143/12.

E. Solstrålen barnehage disponerer midlertidig lokaler ved Breiteigen. Lokalene er i utgangspunktet bygd som en enhet for pleie og omsorg.

F. I økonomiplan 2012-2016, kapittel 10.3 barnehager heter det:

«Inneværende år er det så mange ledige barnehageplasser totalt sett i kommunen at en ikke ser behov for å opprette nye plasser, selv om en barnehage legger ned. Barnetallet i aldersgruppen er synkende og vil antagelig være det i en periode fremover. Kommunen har passert en topp fra de årene veksten var stor.»

Se oversikt over fremskrevet folkekemengde 1-5 år i perioden 2012-2016 for:

2012	2013	2014	2015	2016
774	753	759	752	771

G. For å holde de kommunale kostnadene nede planlegges det å utvide Sjøstjerna og Torvmoen barnehager. Dette gir muligheter for å legge ned Tomtebo barnehage på sikt.

Forslag til investering barnehager i økonomiplanen 2013-2015:

2012	2013	2014	2015	2016
	10 000		21 000	

H. Vedderheia barnehage, som er en privat barnehage, har også søkt om å utvide med en avdeling.

Sjøstjerna og Torvmoen barnehager utvides ikke i 2013.

Vedderheia barnehage utvides ikke i 2013.

Tomtebo barnehage legges ikke ned i 2013.

Det nedsettes et arbeidsutvalg med 3 politikere som i samarbeid med administrasjonen vurderer fremtidig bruk av lokalene på Breiteigen, slik at en får en avgjørelse mht. om lokalene skal disponeres av pleie- og omsorgsenheten, eller om lokalene skal omdisponeres til barnehage. Det velges to politikere fra tjenesteutvalget og en politiker fra formannskapet til arbeidsutvalget.

Arbeidsutvalget skal også vurdere nedleggelse av Tomtebo barnehage. På bakgrunn av de forannevnte vurderinger, skal arbeidsutvalget fremme forslag om utvidelse av hhv. Sjøstjerna, Torvmoen og/eller Vedderheia barnehage, eventuelt finne andre løsninger

Saksutredning:

En vil i første møte i tjenesteutvalget velge to medlemmer til arbeidsgruppa. Mer spisset mandat og organisering av arbeidet vil bli behandlet i formannskapet.

Sak 7: PS 513 Eventuelt 23.1.2013



Søgne kommune

Arkiv: 033
Saksmappe: 2012/200 -1799/2013
Saksbehandler: Bror Skrede
Dato: 16.1.2013

Saksframlegg

Eventuelt 23.1.2013

Sak 8: RS 113 Prosjekt ufrivillig deltid 20111568



Saksframlegg

Prosjekt ufrivillig deltid

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
1/13	Administrasjonsutvalget	15.01.2013
1/13	Tjenestevalget	23.01.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Administrasjonsutvalget tar saken til orientering

Bakgrunn for saken:

Stortinget bevilget 25 millioner kroner i 2011 til tiltak som kan bidra til å redusere omfanget av ufrivillig deltid og styrke muligheten for de som ønsker økt stillingsandel eller full stilling. Det kom inn 164 søknader og 32 prosjekt ble tildelt midler, herunder Søgne kommune.

Ufrivillig deltid er en form for delvis arbeidsledighet og mest alvorlig er problemet for de som over lengre tid blir værende i en deltidsstilling, men som ønsker økt stillingsandel. Formålet med satsningen er i hovedsak å utvikle tiltak som kan bidra til å redusere ufrivillig deltid blant enkeltindivider gjennom strukturelle grep som for eksempel endret organisering av arbeidstid, mer fleksibel organisering / bruk av arbeidskraften og endret / utvidet bemanning. Utviklingen av kompetanse er også et sentralt virkemiddel i denne sammenheng. Under forutsetning av Stortingets godkjenning, er dette en 3-årig satsning.

Prosjektene som fikk tildelt midler fordeler seg i hovedsak på områdene arbeidstidsordninger, grunnbemanning, helgearbeid, fleksibilitet i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidssted samt formell og uformell kompetanse. FAFO skal evaluere satsningen mot ufrivillig arbeid.

Søgne kommune har fått tildelt kr. 500 000,- i prosjektmidler. Ved overgangen til 2013 gjenstår et ubrukt beløp på kr. 366 000,- igjen på prosjektet. Opprinnelig var Monica Nordnes prosjektansvarlig med Randi Fidje som prosjektleder. I oktober overtok Gustav Skretting som prosjektansvarlig og i november ble Øyvind Seland utnevnt som prosjektleder.

Status for prosjektet

Våren 2012 ble det gjennomført en kartlegging av omfanget av ufrivillig deltid blant ansatte i pleie- og omsorg. 249 ansatte fikk tilsendt spørreskjema hvorav 75 svarte (en svarprosent på drøyt 30 %). Av disse ønsket 29 ansatte (38 %) 100 % stilling, mens 46 ansatte (62 %) ønsket større stilling (men ikke mer enn 85 %). Dersom vi legger til grunn at de som ikke ønsket

større stilling lot være å svare, vil dette si at det er 11,5 % av deltidsansatte i pleie- og omsorg som ønsker 100 % stilling.

I styringsgruppas møte i desember 2012, ble det utarbeidet en fremdriftsplan for 2013:

- Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av prosjektleder, repr. for tillitsvalgte og avdelingsledere ved de aktuelle avdelingene.
- I første omgang iverksettes tiltakene på følgende tre avdelingen (andre avdelinger er også aktuelle, men disse vil bli prioritert i første omgang):
 - Sone Vest i enhet for hjemmetjenester
 - Langtids / dement-avdelingen på Søgne omsorgssenter, enhet for institusjons tjenester
 - Avlastningen ved enhet for psykisk helse og habilitering
- Sentraladministrasjonen jobber med hvilke kriterier som vi må bruke i forhold til utvidelse av stillinger

Det ble videre lagt opp følgende fremdriftsplan for våren 2013:

- Innen utgangen av januar 2013 skal prosjektleder ha gjennomført samtale med aktuelle avdelingsledere, plasstillitsvalgte og eventuelt andre ansatte som jobber mye med turnus.
- Innen utgangen av mars 2013 skal alle avdelingene være besøkt på personalmøter slik at det kan bli satt fokus på prosjektet med mulighet for informasjon til og tilbakemeldinger fra de ansatte.
- Det skal innen mars lages aktuelle rapporter i ressursstyringssystemet, bl.a. oversikter som viser arbeidet stillingsstørrelse i forhold til ansettelsesprosent.
- Innen mai 2013 skal det være utarbeidet konkrete tiltak for reduksjon av ufrivillig deltidsarbeid ved de tre prioriterte avdelingene.

Rådmannens merknader:

Rådmannen anbefaler at fremdriftsplanen følges.

Sak 9: RS 213 Nyhetsbrev desember 2012 2012306



Vår ref.:

Deres ref.:

Kristiansand, 18. desember 2012

NYHETSREV DESEMBER 2012

Vi ønsker med dette nyhetsbrevet og gi en oppdatering for hva som skjer på Jegersberg gård.

Personal;

Prosjekt Jegersberg gård rehabiliterings- og kompetansesenter er nå fulltallig med 4 ansatte;

Prosjektleder Pål Magne Steinsland
Prosjektmedarbeider Karin Marie Rosenløv
Prosjektmedarbeider Trond Offergård
Prosjektmedarbeider Vidar Heyerdal Svendsen

I tillegg er Kristine Løkås Vigsnes fra SOFOT tilknyttet prosjektet i en videreføring av KTP – prosjektet (koordinerende tillitspersoner). Hun skal delta i rekrutteringen av de første 8 beboerne.

Ferdigstillelse av hovedhuset;

Det jobbes for fullt for å få ferdig hovedhuset og i disse dager monteres det inn vinduer, taket er tett, og kledning er i ferd med å komme tilbake på huset. Grunnet råte i reisverk og treverk, er arbeidet mer omfattende enn hva som var forespeilet. Dette krever mer tid og arbeid og vi har derfor fått ny dato for innflytting som er 1. mai 2013.

Rekruttering av de første 8 beboerne;

Det er gjennomført informasjonsmøter med alle kommunene (Lillesand, Vennesla, Søgne, Songdalen og Kristiansand) ang. rekrutteringen av de første beboerne.

Postadresse
Kristiansand kommune
Postboks 417 Lund
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Gyldenløvsgate 23

Vår saksbehandler
Karin M. Rosenløv
Telefon/Telefaks
+47 464 23412

E-postadresse
Karin.marie.rosenlov@kristiansand.kommune.no

Webadresse
<http://www.kristiansand.kommune.no/>
Foretaksregisteret
NO963296746

Kommunene drøfter nå internt hvilke kandidater de mener er aktuelle før inntaksteamet på Jegersberg gård blir koblet på.

Vi starter motivasjonssamtaler med de aktuelle kandidatene i begynnelsen av januar. 2013. I forbindelse med det første inntaket er det utarbeidet en informasjonsbrosjyre (se vedlegg) som er ment til bruk for ansatte og de aktuelle kandidatene. Nye brosjyrer for masseutsendelse vil bli utdelt når vi starter rekrutteringen til neste inntak.

Arbeidsgrupper og status

Oppsummeringsnotat fra arbeidsgruppe «Foretak»:

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 4. oktober 2011, og siste møtet var 10. september 2012. Gruppen har i løpet av perioden hatt følgende medlemmer:

Pål Magne Steinsland	Jegersberg gård (fra aug. 2012)
Karin Marie Rosenløv	Jegersberg gård
Kristine Løkås Vigsnes	SOFOT (fra mai 2012)
Erik Rostoft	Sørlandsparken næringsforening
Wenche Rønning	Kirkens Bymisjon
Ingrid Nilsen	Samfunnsmedisinsk enhet, kommune
Inger Andersen	NAV fylke
Arild Vangstad	NAV Kristiansand
Tine Krumm Haugen	FO (til jan 2012)
Ingvil Ro Tønnessen	FO (fra jan 2012)
Solveig B. Jensen	Songdalen kommune (fra april 2012)

Arbeidsgruppen har i perioden hatt fokus på følgende tema;

- **Kvalifisering;**

Den enkelte beboer på Jegersberg gård skal gjennom oppholdet kvalifisere seg for ordinært arbeid, og med dette bli økonomisk uavhengig. Det legges opp til individuelle kvalifiseringsløp med bakgrunn i den enkelte beboeres interesser, forutsetninger og målsettinger. Vi ønsker at beboerne skal identifisere seg selv som bidragsyttere i arbeidslivet, og at de skal de skal være attraktive for arbeidsmarkedet fordi de er dyktige og har høy arbeidsmoral.

- **Næringsvirksomhet;**

Næringsvirksomheten på Jegersberg gård skal bygges opp gradvis. Vi starter med stalldrift og hundedaghem. Målet med næringsvirksomheten på JG er at vi skal drive sosialt entreprenørskap, og samtidig generere inntekter til driften (jf. prosjektrapport april 2010). Arbeidsgruppen har hele tiden vært tydelig på at arbeidet som skal

utføres på gården, og næringsvirksomhet som skal igangsettes, skal ha høy kvalitet. Det var vært fremmet mange gode ideer til næringsvirksomhet på gården, og ulike kvalifiseringsløp for beboerne. Merkevaren «Jegersberg gård» må bygges opp gradvis. Vi starter med «kun» 8 beboere. Disse skal i tillegg til å drifte egen husholdning og drive generelt vedlikehold av eiendommen, også ha ansvar for stallen og hundedaghjemmet. Først når antall beboere og bygningsmassen øker, vil det være aktuelt å utvikle næringsvirksomheten videre.

- **Stalldrif;**

Videreføring av stalldriften på gården var en forutsetning for at Kristiansand Eiendom fikk kjøpt gården. Prosjektet overtok stalldriften 1. august 2012. Status på stalldriften er i dag følgende;

Stallen har kapasitet til å leie ut 38 stallplasser, med tilhørende paddocker. Det er i dag 25 hester på oppstalling. Det arbeides nå med å sette opp nye paddocker, og en oppgradering av eksisterende ridebaner. Det er forventet at dette arbeidet vil være ferdig innen utgangen av desember 2012. Bygningsmessig er stallen i god stand, men det er mye arbeid som må gjøres i forhold til vedlikehold, opprydding, logistikk og kulturbygging.

Det arbeides også med gode rutiner i forhold til fôr, flis og møkk. Arbeidet som må gjøres i forbindelse med stallen krever en del investeringer. Disse har vi fått inn i budsjettene for de neste 4 årene. Målet er at samtlige stallplasser skal være utleid. I tillegg arbeides det med å utvide tilbudet av tjenester til de som leier stallplass, og det er beboerne på gården som skal utføre dette arbeidet.

- **Hundedaghjem;**

Arbeidsgruppen har besluttet at det skal etableres et hundedaghjem på Jegersberg gård. Prosjektansatte arbeider med dette i forhold til godkjenning fra mattilsynet, samt utarbeidelse av driftskonsept og rutiner. Hundedaghjemmet vil først være i drift når de første beboerne har flyttet inn på gården.

- **Veien videre for arbeidsgruppen «Foretak»;**

Det er besluttet å avslutte arbeidsgruppen i den form den har hatt. Begrunnelsen for dette er at gruppen av prosjektansatte er vokst fra 1 til 4, og har gått over i driftsfasen av prosjektet. Før det igangsettes ny næringsvirksomhet er det viktig at både prosjektansatte og de første 8 beboerne får etablert rutiner og kultur i forhold til det som allerede foreligger av innhold på gården.

Medlemmer i arbeidsgruppen ønskes med i det videre arbeidet i en referansegruppe som møtes ca. 2 ganger i året, i tillegg til at prosjektet ønsker å henvende seg til enkeltmedlemmer ved behov.

Oppsummeringsnotat fra arbeidsgruppe «Rehabilitering»:

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 4. oktober 2011, og siste møtet var 4. september 2012. Gruppen har i løpet av perioden hatt følgende medlemmer:

Pål Magne Steinsland	Jegersberg gård (fra aug. 2012)
Karin Marie Rosenløv	Jegersberg gård
Kristine Løkås Vigsnes	SOFOT (fra mai 2012)
Tobbi Kvaale	Sørlandets sykehus HF, avdeling ARA
Wenche Rønning	Kirkens Bymisjon
Dagfinn Haarr	Kommunelege
Kjell Th. Adolfsen	SOFOT
Reidar Andreassen	A-Larm
Bente Karlsen Røstad	RIO (fra mai 2012)
Tine Krumm Haugen	FO (til jan 2012)
Ingvil Ro Tønnessen	FO (fra jan 2012)
Ingeborg Blekastad	Lillesand kommune (fra april 2012)
Ruth Føreland	Songdalen kommune (fra april 2012)
Kari Severinsen	Søgne kommune (fra april 2012)
Åshild Ljøstad	Vennesla kommune (fra april 2012)

Arbeidsgruppen har i perioden hatt fokus på følgende tema;

- **Rekruttering av mentorer;**

Arbeidsgruppen var tydelig på at mentorene måtte være på plass før rekrutteringen av de første beboerne kunne starte. Det ble foreslått å arrangere et «mini-seminar» for aktuelle søkere til stillingene, og gruppen utarbeidet en invitasjon som ble sendt til aktuelle samarbeidspartnere og selvhjelps- og brukerorganisasjoner over hele landet. Seminaret ble holdt den 29. august 2012 med rundt 40 deltakere. I tillegg til prosjekt Jegersberg gård holdt også A-Larm, ARA og Kirkens Bymisjon innlegg.

Stillingene ble lyst ut i etterkant av seminaret, og det var totalt 32 søkere til stillingene. Totalt ble 8 søkere innkalt til intervju. Ansettelsesgruppen besto av representanter fra Kristiansand kommune, Jegersberg gård rehabiliterings- og kompetansesenter, brukerorganisasjonen A- Larm, Fagforbundet og Knutepunkt Sørlandet.

Jegersberg gård skal være et tilbud til både kvinner og menn. Arbeidsgruppen la likevel vekt på at egnethet, erfaring og kompetanse skulle være det sentrale i ansettelsene av mentorene. De to som nå er ansatt er begge menn. Den første mentoren startet i jobben i begynnelsen av november, og den andre starter i begynnelsen av desember. Arbeidskontraktene har varighet på 1 år, med mulighet for forlengelse avhengig av videre finansiering.

Med bakgrunn i «prosjektrapport april 2010» har arbeidsgruppen drøftet hvorvidt mentorene skal bo på gården den første tiden. Det ble satt ned en egen arbeidsgruppe som undersøkte hvordan en slik ordning ville være mulig i forhold til arbeidsmiljøloven. Konklusjonen fra gruppen som bestod av prosjektmedarbeidere og representanter fra fagforeningen er at det ikke lar seg gjøre å få en turnusordning som dekker hele uken og døgnet med så få ansatte. Arbeidstilsynet er også av den samme oppfatning. Prosjektledelsen og de to mentorene som nå er ansatt vil sammen med fagforeningene jobbe videre med dette temaet. Slik det ser ut i dag vil de 4 ansatte gå inn i en turnus som dekker «våken- tiden» på gården, inkl. helger. Begrunnelsen for dette er, i tillegg til reglene om arbeidstid, at ideologien bak konseptet Jegersberg gård legger til grunn at beboerne selv i mest mulig grad skal ta ansvar for fellesskapet og gården.

- **Rekruttering av beboere;**

Arbeidsgruppen har kommet med forslag om mulige veier inn på Jegersberg gård. Hovedtrekkene er et bredt samarbeid mellom alle aktørene som arbeider med målgruppen, og at det skal være lav terskel for å kunne ta kontakt med Jegersberg gård, og starte på «veien inn».

Prosjektet arbeider nå med rekrutteringen av de første 8 beboerne. Dette er et *særskilt inntak* både med tanke på at disse skal være kulturbærerne på gården, og fordi det er et ønske at samarbeidskommunene i Knutepunkt Sørlandet skal være representert. Med bakgrunn i dette, og drøftinger gjort i arbeidsgruppen er det nå utarbeidet en brosjyre med informasjon om «de virkningsfulle elementene», «målgruppe» og «hvordan få plass» (se eget vedlegg).

Vi har startet rekrutteringsarbeidet ved å ha møter med ansatte og ledere i kommunene; Songdalen, Søgne, Lillesand, Vennesla og Kristiansand. Kommunene har drøftet aktuelle kandidater internt før det i en felles drøfting med prosjektet blir avgjort hvilke kandidater vi skal arbeide aktivt med videre. Målsettingen er at prosjektet har navnet på inntil 12 aktuelle kandidater fra de ulike kommunene innen årsskiftet. Det presiseres at det er menneskene, og ikke kommunetilhørighet som er avgjørende for om man for tilbud om å flytte inn på gården selv om det er ønskelig at alle kommunene er representert i første inntak. Arbeidsgruppen har videre konkludert med at vi trenger representanter fra begge kjønn i det første inntaket.

Forskning og utvikling (FoU);

Arbeidsgruppen ble bedt om å utarbeide forslag til forskningstemaer/mandat for FoU-gruppen. Konklusjonen var at gruppen ville ha fokus på de virkningsfulle elementene; tid, kvalifisering, fellesskap og mentorordning.

- **Veien videre for arbeidsgruppen «Rehabilitering»;**

Det er besluttet å avslutte arbeidsgruppen i den form den har hatt. Begrunnelsen for dette er at gruppen av prosjektansatte er vokst fra 1 til 4, i tillegg til at deler av stilling knyttet opp til KTP- prosjektet er tilknyttet prosjektet. Dette betyr at personalgruppen i stor grad kan implementere tidligere prosjektarbeid i den videre driftsfasen uten bistand fra store arbeidsgrupper. Medlemmer i arbeidsgruppen ønskes med i det videre arbeidet i en referansegruppe som møtes ca. 2 ganger i året, i tillegg til at prosjektet kan henvende seg til enkeltmedlemmer ved behov.

Oppsummeringsnotat fra arbeidsgruppe «FoU»:

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 30. juni 2011, og siste møtet var 27. august 2012. Gruppen har i løpet av perioden hatt følgende medlemmer i tillegg til prosjektansatte:

Anne Marie Støkken	UiA
Trond Stalsberg Mydland	Agderforskning / UiA
Jan Ivar Ekeberg	Ettervern Rus / A-Larm
Bjørg Hjerkin	SSHF avd. ARA
Bjarte Austvik	Songdalen kommune
Mona Michalsen	Søgne kommune

Kristiansand kommune og Institutt for sosiologi og sosialt arbeid ved UiA har søkt Fylkesmannen i Vest- Agder om midler til en separat prosjektorganisering av FoU arbeidet for å utvikle forsknings og utviklingsarbeidet rundt Jegersberg gård rehabilitering og kompetansesenter. Svaret på søknaden ble en tildeling på kr. 63.000,-. Forprosjektet vil utvikle forskningsdesign og prosjektbeskrivelse for et aksjonsforskningsbasert følgeforskningsprosjekt. Produktet fra forprosjektet vil anvendes til å søke finansiering fra kilder som Sørlandets kompetansefond, direktorater, Norges forskningsråd, samt andre kilder.

Bakgrunnen for dette er at ansatte på Jegersberg gård ikke har kapasitet eller kompetanse til å ivareta dette arbeidet på en tilfredsstillende måte. Helse- og sosialdirektøren i Kristiansand kommune ønsker derfor å utvikle et tett forskningssamarbeid med UiA / Praxis Sør og Sørlandet Sykehus for å ivareta behovet for forskning, kunnskaps- og kompetansebygging rundt Jegersberg gård.

Den tidligere FoU-gruppen for senteret vil delta i det videre arbeidet.

Oppsummeringsnotat fra arbeidsgruppe «Bygg»

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 19. oktober 2011, og det siste møtet var 16. mai 2012. Gruppen har i perioden hatt følgende medlemmer i tillegg til prosjektansatte;

Hilde Stokkeland	SOFOT
Jon Holt	Kristiansand Eiendom
Maria Kielland Krag	arkitekt
Ingrun Moen	EBT
Bjarne Lauvås	Hovedverneombud
Reidar Andreassen	A-Larm

Arbeidsgruppen har i perioden hatt fokus på følgende tema;

- **Lån og tilskudd fra Husbanken**

Det var viktig for gruppen å følge opp søknaden til Husbanken. Ansatte ble invitert til omvisning på gården og fikk presentert konseptet Jegersberg gård rehabiliterings- og kompetansesenter. Vi mottok tilsagnsbrevet fra Husbanken 16. februar 2012.

- **Overtakelse av gården og stalldriften**

Kristiansand Eiendom overtok gården 1. august 2012. Samme dag overtok prosjektet driften av stallen, og tok i bruk leiligheten i det gamle fjøset som «pauserom/oppholdsrom».

Gården er på rundt 50 dekar. I tillegg eier Kristiansand kommune arealet i bakkant av våningshuset. Det skal arbeides med en reguleringsplan for det totale arealet kommunen nå eier.

- **Byggeprosessen**

Kristiansand Eiendom valgte å ta hele byggeprosjektet selv v/ prosjektavdelingen. Leder for byggeprosessen er Terje Nor. Restaureringen av hovedhuset startet i august 2012, og er forventet å være ferdig i slutten av april 2013.

Parallelt med arbeidet i hovedhuset jobbes det med utvikling av øvrig bygninger på gården. Den gule driftsbygningen skal renoveres / bygges om til å ta i mot 15/23 nye beboere. I tillegg skal det inneholde lokaler til produksjon og næringsvirksomhet. Dette krever en reguleringsplan og det arbeidet er startet. Vi håper å kunne realisere byggetrinn 2 i løpet av de neste 2 årene.

Oppsummering og status fra arbeidsutvalget i Knutepunkt Sørlandet;

Gruppen har følgende medlemmer;

Svein Rasset	Søgne (leder)
Hilde Engenes	Kristiansand
Brede Skaalerud	Songdalen
Øystein Endresen	Vennesla
Kristin Hognestad	Lillesand
Anne Marie Støkken	UiA

- Arbeidsutvalget har arbeidet med forslag til modell for interkommunalt samarbeid. Forslaget ble presentert for helse- og omsorgsnettverket 15. juni 2012.
- Knutepunktkommunene Lillesand, Songdalen, Søgne og Kristiansand har politiske vedtak på at de er med videre i oppstarten av Jegersberg gård rehabiliterings- og kompetansesenter. Vennesla kommune har valgt å vente med den endelige avgjørelsen til det foreligger en konkret samarbeidsavtale.
- Arbeidsutvalget har sammen med prosjektet satt av 3 dager i begynnelsen av 2013 til å lage forslag til samarbeidsavtalen mellom kommunene. Viktige stikkord er samarbeid, økonomi, ansvar, rutiner/prosedyrer m.m. Knutepunkt Sørlandet vil gi føringer for hva som må inn i en slik samarbeidsavtale.

Ta gjerne kontakt dersom dere har tilbakemeldinger, eller ønsker ytterligere informasjon.

Med de beste ønsker for julen og det nye året!

Med vennlig hilsen

Pål Magne Steinsland
prosjektleder

Karin Marie Rosenløv
prosjektmedarbeider

Fra: Svein Rasset[Svein.Rasset@sogne.kommune.no]
Dato: 18.12.2012 15:06:48
Til: Postmottak
Kopi: Gustav Skretting
Tittel: Inngående dokument

Til postmottak

Ber om at vedlegg scannes som inngående dokument i sak: **2012 / 306.**

Kopi i ephorte til Gustav.

Med hilsen

*Svein Rasset
Enhetsleder, Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering
Tlf: 41 66 30 63
E-post: svein.resset@sogne.kommune.no*

Sak 10: RS 313 Budsjett 2013 Informasjon om innstrammingsiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering 20122061

Gustav Skretting

Saksnr

Snr: 2012/2061- 38

Arkivnr

Lnr: 1547/2013 Ark: 145 /SVRE

Budsjett 2013: Informasjon om innstrammingstiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering

Enheten har fått en innstramming på kr 1 400 000,- for årene 2013 og 2014. Enheten fikk også en innstramming fra 2011 til 2012 på kr 1 700 000,-. I sum betyr dette nødvendigvis reduksjon på enkelte aktiviteter og tjenester med påfølgende reduksjoner i antall årsverk.

Enheten sendte sin konsekvensvurdering av rådmannens budsjettforslag i høst, og står fast ved at en til flere av disse tiltakene må gjennomføres for å sikre aktivitetsnivå på linje med tildelt budsjett.

Enhetens strategi for aktivitets- og årsverksendringer i 2013:

Siden store deler av innstrammingen i 2013 er relatert til reduksjoner i rustilskudd på grunn av endring fra øremerket tilskudd til rammetilskudd, blir enhetens fokus rettet mot tjenesteområdet rus når endringer skal gjøres.

Kommunen har valgt en organisering der rusarbeid og psykisk helsearbeid er samorganisert. Flere tjenestemottagere har kombinasjoner av rus- og psykiske helseproblemstillinger. I tillegg arbeider Søgne kommune med en ny rusplan. Disse momentene er sentrale i forhold til de tiltak enheten til nå har vurdert som aktuelle.

Konkrete tiltak første halvdel 2013

Generelt:

Små og etter hvert større tiltak som følge av innstramming i budsjettet vil i 2013 i hovedsak være rettet mot enhetens rusarbeid og psykiske helsearbeid. Samtidig er det fortløpende fokus på ressursbruk og organisering innen habiliteringstjenestene rettet mot funksjonshemmede. Inntil videre er det mulig å holde noe ressurs vakant innen avlastningen. Dette er imidlertid svært uforutsigbart.

Vi foretar i disse dager en forsiktig aktivitetsendring. Vi velger forsiktige løsninger det første halvåret fordi endringer i tjenesteaktiviteten, organisering av personell og endring i omfang av årsverk utløser relativt stor tidsbruk. Både hos ledere/fagledere og tillitsvalgte. I tillegg vet vi ikke utfallet av rusplanen og hvilke omfang av tjenester politikerne velger å vedta i denne planen.

Tiltak – aktiviteter/tjenester:

- Aktiviteten på kontaktsenteret i Lundeveien 34 reduseres fra dags dato. Det betyr to «brukerstyrte» ukedager (mandag og fredag) uten bemanning fra vår side, i stedet for bemanning alle fem ukedager.
- Noe reduksjon i boligsosial oppfølging fra basen på Stausland, tilsvarende ca 40-50 % stilling. Reduksjonen vil merkes i forhold til tilgjengelighet og fravær av tett oppfølging av enkelte klienter all den tid det boligsosiale teamet ikke er større enn ca 4 årsverk fra før. I tillegg holdes enhetens lavterskelarbeid innen rusarbeid på eksisterende nivå.
- Noe reduksjon av tjenester gjøres i helger innen botjenesten til psykisk helse i Lundeveien 34.
- Det er allerede innført en høyere terskel for tildeling av tjenester innen psykisk helse- og rusarbeid ved at vi i større grad gir avslag på søknader der vi ser at dette ikke går på akkord med kommunens hjelpeplikt. Her henviser vi i flere tilfeller enn tidligere søkeren tilbake til fastlege eller annen instans.
- De nærmeste ukene vil vi i stor grad redusere medisinsk oppfølging innen psykisk helsearbeid. Dette vil gjelde de fleste brukere da vår hjelpeplikt ikke utløses. Dette er oppgaver vi i forhold til mange brukere «har valgt å påta oss» etter henvisning fra lege. Vår vurdering blir fremover at dette er en sak mellom lege og pasient, og der lege alternativt kan henvise pasienten til apotek eller lignende. Med dette tiltaket kan vi i løpet av våren 2013 justere ned denne del av den psykiske helsetjenesten tilsvarende ca 20-30 % stilling.

Tiltak – personell:

- Ingen ansatte blir foreløpig å anse som overtallige. Dette sikres inntil videre som følge av permisjoner og endring i arbeidsoppgaver for enkeltansatte.
- Vi holder igjen en 100 % stilling innen psykisk helsearbeid, og denne benyttes ikke. Stillingen tilhører en ansatt med permisjon ut oktober 2013. En ansatt skal i tillegg ut i fødselspermisjon i mai. Her vurderer vi å holde igjen ca 50 % av stillingen.
- *Vi omprioriterer altså personalressurser som i neste omgang gir utslag ift noe redusert aktivitet/tilbud innen boligsosialt arbeid og på kontaktsenter.*

Konkrete tiltak andre halvdel 2013

Tiltak – aktiviteter/tjenester:

Enheten har allerede strategien klar for høsten i fall det ikke skjer endringer i revidert budsjettbehandling. For å sikre et tjenestenivå som samsvarer med budsjett, avsluttes i stor grad det rehabiliteringsarbeidet vi har bygget opp de senere årene knyttet til boligene på Stausland, og vi må legge det meste av enhetens rusarbeid tilbake på det lavterskelnivå kommunens tjenestetilbud var på for 2-3 år siden. Metode blir å reverserer det boligsosiale teamet som er bygd opp og utviklet de siste 2-3 årene ved hjelp av øremerkede rustilskudd , da 2/3-deler av de samme pengene nå er fjernet fra budsjettet. Strategien her vil for øvrig også framgå som i kommende rusplan.

Hvorvidt flere tiltak må settes inn høsten 2013 for å justere aktivitet i forhold til budsjett, er for tidlig å si.

Tiltak – personell:

Hvis budsjettet pr 01.01.13 opprettholdes videre etter revidert behandling til sommeren, vil det med sikkerhet bli en overtallighetssituasjon i enheten. Med mindre det oppstår naturlige avganger i mellomtiden. I størrelsesorden vil dette ut fra dagens vurdering tilsvare ca 2 – 2,5 årsverk.

Med hilsen

Svein Rasset
enhetsleder Psykisk helsearbeid og habilitering

Saksbehandler: Svein Rasset / Tlf.nr: 416 63 063

Kopi til:
Jorunn Hille

**Sak 11: RS 413 Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012
inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen 20103036**

Gustav Skretting

Saksnr

Snr: 2010/3036- 12

Arkivnr

Lnr: 103/2013 Ark: F07 /ARO

Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen

4. Kvartal har hatt følgende aktiviteter

5 er innvilget langtidsopphold / 1 har fått annet tilbud (for eksempel rulleringsopphold / omsorgsbolig / forsterkede hjemmetjenester)

2 pasienter har langtidsopphold på korttidsavdelingen pr. 31.12.12.

6 pasienter deler på 3 korttidsrom i fast opplegg (rullering)

18 innleggelser korttidsavdeling for utredning – behandling / 1 søknad er gitt annen hjelp

15 innleggelser korttidsavdeling for rehabilitering / 2 søknader er gitt annen hjelp

13 innleggelser korttidsavdeling for annet (avlastning m.m.) / 3 søknader er gitt annen hjelp

46 innleggelser i korttidsavdeling 4. kvartal

1 ledig rom på korttidsavdeling pr. 31.12.12.

19 søkere til omsorgsbolig pr. 31.12.12

	Brukere Innvilget/endret	Avslag /dekkes på annen måte
Hjemmesykepleie	67	1
Psykisk helse	26	7
Praktisk bistand /hjemmehjelp	11	1
Trygghetsalarm	15	0
Avlastning i institusjon	2	1

Enhetene har i løpet av 4. kvartal behandlet 293 saker.

I løpet av hele 2012 har det vært 1357 saker totalt.

Samhandlingsreformen har medført følgende aktiviteter i saksbehandling av helse- og omsorgstjenester

Utskrivninger fra sykehus til

Korttidsavdelingen	Til hjemmesykepleie	Ikke hjelpebehov/annet	
Januar	7	10	4
Februar	5	14	1
Mars	5	13	3
SUM	17	37	8
April	6	17	2
Mai	4	10	5
Juni	7	17	5
SUM	17	44	12
Juli	5	10	1
August	8	12	2
September	2	16	2
SUM	15	38	5
Oktober	4	13	0
November	3	15	1
Desember	4	15	0
SUM	11	43	1

Samhandling:

Den administrative delen av dette er fortsatt betydelig og vi ser frem til at Helsenettløsningen (E –meldinger) blir aktivert forhåpentligvis våren 2013

Ad. Avtalene:

Det var fra begynnelsen av 2012 mange avvik. Dette har vært meldt tilbake til sykehuset. Antall avvik i forhold til samhandlingsavtalene har sett ut til å stabilisere seg til og med forrige kvartal. *I siste kvartal er antall avvik igjen økende.*

Vi har fått EN adresse på sykehuset for tilbakemelding av avvik og det forenkler denne prosedyren.

Sykehusets avdelinger ser etter hvert ut til å ha fått større tillit til de kommunale tjenestenes egen kompetanse til å avgjøre arena for omsorgshjelpen og kommunene skal etter delavtale 5 selv vurdere hvor og hvordan de vil yte nødvendig helse- og omsorgshjelp.

Vi mener sykehuset fortsatt kan bli bedre på funksjonsbeskrivelser og indikatorene for helse- og omsorgsbehov slik at kommunen selv blir enda bedre satt i stand til å gjøre riktige vurdering av tiltaksbehovene.

Dette skal standardiseres i E –meldingssystemets PLO –meldinger som skal implementeres i løpet av våren 2013 (april?)

Ad. Mottak av utskrivningsklare pasienter.

Kommunen har fortsatt kunnet ta imot alle pasienter på varslet utskrivningsdato.

Pasienter med uklare behov, men som ut fra epikrise og opplysninger fra sykehuset har omfattende behov eller rehabiliteringspotensiale anbefaler vi (FVT) ofte blir tilbudt et mellomopphold i korttids / rehabiliteringsavdelingen før utskrivning videre til hjemmet.

FVT har i perioden hatt 215 henvendelser / meldinger fra sykehuset.

Dette er en liten økning fra forrige kvartal (210) og antall meldte utskrivningsklare pasienter har også økt noe igjen dette kvartalet. (økt fra 58 til 66 pasienter)

Sett året under ett har antall meldinger nå stabilisert seg rundt 70 meldinger i måneden og antall Utskrivningsklare Pasienter med antatt omsorgsbehov ved utskrivning er gjennomsnittlig rundt 20 i måneden.

Og ca. $\frac{3}{4}$ av alle utskrivningsklare og omsorgstrengende får sin videre hjelp av hjemmetjenestene.

Det er heller ikke mottatt regninger for manglende mottak av utskrivningsklare pasienter dette kvartalet.

Med hilsen

Arnfinn Rodal

Fagleder

Saksbehandler: Arnfinn Rodal / Tlf.nr: 38 05 54 40

Kopi til:

Anne Christin Høyem

Svein Rasset

Trude Ronæs

Sak 12: RS 513 Foreløpig IS 1-2013 - De viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorgsområdet i 2013 201223

Fra: Trykk-Tjenester[Trykk-Tjenester@helsedir.no]
Dato: 11.12.2012 10:01:40
Til:
Kopi: Eivor Bjerkestrand
Tittel: Foreløpig IS 1-2013

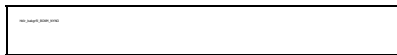
Helsedirektoratet har nå publisert rundskrivet Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013 (IS-1) (foreløpig versjon) på sine nettsider.

Her er lenke til Rundskrivet: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriterte-omrader-for-2013/Sider/default.aspx>

Rundskrivet er basert på satsninger i Prop. 1 S 2012-2013 (statsbudsjettet) og departementets og direktoratets planer for helse- og omsorgsfeltet for 2013.

Etter Stortingets behandling av Prop. 1 S, vil endelig rundskriv bli publisert. Målgruppen for rundskrivet er administrativ og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene samt administrativ ledelse i de regionale helseforetak og hos fylkesmennene.

Rundskrivet gir ikke en fullstendig oversikt over alle aktiviteter som aktørene har ansvaret for, men skal gi informasjon om de viktigste nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. Budskapet er delt inn i egne underkapitler for de fire mottakergruppene. Det forutsettes at mottakerne benytter rundskrivet i sine planer og prioriteringer på helse- og omsorgsområdet i tråd med de føringer som er gitt.



INNHOLD

1	INNLEDNING	3
2	NASJONALE MÅL FOR FOLKEHELSE OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN.....	3
3	PRIORITERTE OMRÅDER.....	4
3.1	KOMMUNENE.....	4
3.1.1	Folkehelsearbeid.....	5
3.1.2	Forebyggende helsetjenester	5
3.1.3	Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	6
3.1.4	Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.....	8
3.1.5	Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn.....	9
3.1.6	Beredskap.....	10
3.1.7	Personell og kompetanse.....	11
3.1.8	Allmennlegetjenester.....	12
3.1.9	Omsorgstjenester.....	13
3.1.10	Psykisk helse og rus.....	13
3.1.11	Habilitering og rehabilitering.....	14
3.2	FYLKESKOMMUNENE	16
3.2.1	Folkehelsearbeid.....	16
3.2.2	Samhandling, kvalitet og helseberedskap	16
3.2.3	Personell og kompetanse.....	17
3.2.4	Tannhelsetjenester	17
3.3	REGIONALE HELSEFORETAK.....	19
3.3.1	Samhandling og kvalitet.....	19
3.3.2	Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten	20
3.3.3	Kvalitetsforbedring	21
3.3.4	Beredskap.....	22
3.3.5	Personell og kompetanse.....	23
3.3.6	Psykisk helse og rus.....	24
3.3.7	Helsefremmende og forebyggende arbeid	25
3.4	FYLKESMENNENE.....	26
3.4.1	Samhandling, kvalitet og helseberedskap	26
3.4.2	Folkehelsearbeid.....	26

3.4.3	Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	26
3.4.4	Spesialisthelsetjenesten	27

1 INNLEDNING

Rundskrivet IS-1 er Helsedirektoratets årlige skriv til fylkesmennene, kommunene, regionale helseforetak og fylkeskommunene. Målgruppen er administrativ og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene, samt administrativ ledelse i regionale helseforetak og hos fylkesmennene.

Rundskrivet videreformidler de **viktigste nasjonale målene og prioriteringene** på helse- og omsorgsområdet i 2013. Det gir ikke en fullstendig oversikt over aktivitetene aktørene har ansvaret for.

Målet med rundskrivet er at mottakerne bruker informasjonen i sin planlegging for 2013, og at en samlet fremstilling bidrar til informasjonsdeling og koordinering på tvers av målgruppene.

Utgangspunktet er statsbudsjettet (Prop. 1 S), departementets tildelingsbrev til direktoratet og direktoratets strategiske plan for 2011-2014.

2 NASJONALE MÅL FOR FOLKEHELSE OG HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Regjeringens mål for helse- og omsorgstjenesten er presentert i statsbudsjettet.

Alle i Norge skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

En trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Når sykdom rammer, skal helsetjenesten behandle og lindre på best mulig måte.

Helsetjenesten skal fortsatt være blant verdens aller beste, medisinsk, teknologisk og når det gjelder omsorg. Tjenestene skal ha høy kvalitet, være trygge, tilgjengelige, effektive, og med kortest mulig ventetider.

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 gir de overordnede føringene for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene.

Målet på folkehelseområdet er flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og reduserte helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Samhandlingsreformen er en reform for økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og helsetjenester som bygges rundt pasientens behov. Reformen legger vekt på å skape et mer helhetlig helsetilbud, der pasienter og brukere har innflytelse, og der det er avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Habilitering og rehabilitering står sentralt. Gjennom samhandlingsreformen styrkes den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å gi pasientene et bedre tilbud nærmere der de bor, og

spesialisthelsetjenesten videreutvikles. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres når dette er til det beste for pasienten. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre best mulig resultater, høy kvalitet og riktig ressursbruk.

I rusmiddelpolitikken står forebygging og tidlig innsats sentralt. Økt oppmerksomhet på innsats for pårørende og såkalt passiv drikking. Behandlingstilbudene skal videreutvikles og samhandlingen mellom de ulike nivåene i tjenesten skal bedres.

Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver. Det skal legges til rette for mer forpliktende samarbeid mellom fastlegen og kommunen.

Alle som trenger heldøgns omsorg skal få dette innen 2015. For å nå målet må også hjemmetjenestene bygges ut, slik at de som ønsker å bo hjemme eller i omsorgsbolig kan motta nødvendige helse- og omsorgstjenester der. Innsatsen til etablering av dagaktivitetstilbud til mennesker med demens skal styrkes.

Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. Reell brukermedvirkning skal vektlegges.

3 PRIORITERTE OMRÅDER

3.1 KOMMUNENE

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunenes ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problem eller funksjonsnedsettelse. Ansvarer omfatter både barn, unge og voksne.

Samhandlingsreformen ble startet i 2012 med to nye lover og en rekke økonomiske og faglige virkemidler. Målet er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Folkehelseloven er et viktig verktøy for å nå samhandlingsreformens intensjoner.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene tilrettelegge for samhandling og de skal samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester og gode pasientforløp.

3.1.1 Folkehelsearbeid

Bakgrunn

I tråd med «Forskrift om oversikt over folkehelsen», skal kommunene legge til rette for et målrettet, samordnet og systematisk folkehelsearbeid basert på lokale folkehelseutfordringer. Utfordringsbildet skal legges til grunn for mål og strategier for folkehelsearbeidet, som igjen skal forankres i planprosesser etter plan- og bygningsloven.

Tiltak i ulike sektorer er nødvendig for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner, som fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse.

Det er viktig at rusfeltet og psykisk helsefeltet ses i sammenheng. Problemer kan forebygges gjennom brede befolkningsrettede tiltak som fremmer inkludering og deltakelse, og ved målrettede tiltak overfor sårbare grupper. God helse fremmes gjennom innsats på tvers av sektorer, faggrupper og tjenester.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for tilstrekkelig kapasitet til koordinering av et tverrsektorielt folkehelsearbeid.
- Videreutvikler arbeidet med oversikten over folkehelsen. Det vises til ny forskrift om oversikt over folkehelsen fra 1.7.2012.
- Skaffer oversikt over helsemessige forhold ved elevenes arbeidsmiljø og iverksetter tiltak i samsvar med gjeldende regelverk (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6, opplæringsloven § 9a). Det forventes at kommunene sikrer nødvendig kompetanse på området.
- Styrker det rusmiddelforebyggende arbeidet gjennom økt bruk av alkoholovens virkemidler. Fra innvilgelsespraksis til kontroll og inndragning av bevilling for å begrense skader.
- Styrker samarbeidet om rusmiddelforebyggende- og psykisk helsearbeid mellom ulike sektorer, for å endre praksis gjennom økt bruk av kunnskapsbaserte metoder. Dette gjelder spesielt overfor barn og unge. Kommunene kan dra nytte av de nasjonale og regionale kompetansesentrene på området.

3.1.2 Forebyggende helsetjenester

Bakgrunn

Et viktig budskap i Samhandlingsreformen er at de forebyggende helsetjenestene i kommunene skal styrkes. Dette gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og frisklivssentraler.

Norge har forpliktet seg til å følge opp WHO's mål om 25 % global reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk luftveissykdommer og diabetes, innen 2025. En stor andel av disse sykdommenes utbredelse kan forebygges med kostnadseffektive tiltak.

Aktiviteter /satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det helsefremmende og primærforebyggende arbeidet til gravide, barn og unge 0 – 20 år. Tjenesten skal oppfylle lov og forskrift og følge veileder med anbefalt program. En faglig forsvarlig tjeneste forutsetter riktig kompetanse og nødvendige ressurser.
- Sørger for at foreldre får tilbud om hjemmebesøk etter fødsel i tråd med forskrift.
- Sørger for at skolehelsetjenesten er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud plassert på skolene med regelmessige daglige åpningstider.
- Bidrar til utvikling og gjennomføring av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Etablerer oppfølgingstilbud for endring og mestring av levevaner til personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer knyttet til fysisk og psykisk helse i henhold til «Veileder for kommunale frisklivssentraler».
- Kommunale frisklivssentraler bidrar med kunnskap og data i forskningsarbeid relatert til endring av levevaner.
- Styrker det forebyggende og helsefremmende arbeidet innen psykisk helse og rus, spesielt arbeidet med tidlig intervensjon.
- Følger opp handlingsplaner og tiltak for forebygging og tidlig behandling i primærhelsetjenesten.
- Kommunene skal bidra til å implementere nasjonal retningslinje for barselomsorgen som publiseres medio 2013.

3.1.3 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak er viktig for at pasienter og brukere med kroniske tilstander eller nedsatt funksjonsevne, og pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, får helhetlige tjenester.

Det er viktig at avtalene fremmer en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide om jordmortjenester. Kravene til kvalitet skal være de samme over hele landet uavhengig av lokale forhold.

Departementet vedtok 1. desember 2012 forskrifter som innfører ny turnusordning for leger. I den nye ordningen skal helseforetak og kommuner selv ansette turnuslegene.

Godt samarbeid mellom helseforetak og kommune vil bidra til gode ansettelser og god kvalitet på tjenesten.

Syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering opplever brudd og svikt i helsetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem.

Den kommunale medfinansieringsordningen gjennomføres etter samme modell som i 2012. Helsedirektoratet informerer kommunene om den a kontobaserte oppgjørsordningen gjennom egne brev. Betalingsgrunnlaget offentliggjøres på helsedirektoratet.no.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at de inngåtte avtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sørger for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere f.eks. tannhelsetjenesten for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innfor alle områdene. Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Legger til rette for samarbeid med frivillige organisasjoner og andre aktører.
- Utvikler samarbeid med høyskoler og universitet om forskning og utviklingstiltak.
- Dokumenterer kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Det er fra 2012 etablert en tilskuddsordning til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Etablering og drift av døgnplassene skal fullfinansieres og er fra 2016 lagt inn i kommunenes rammetildeling.
- Sørger for samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomganger i sykehjem og hjemmetjenester i nært samarbeid med praksiskonsulentene/fastlegene (jf nasjonal kampanje for pasientsikkerhet).
- Etablerer samarbeid med helseforetaket om den nye turnusordningen for leger.
- For rekvirering av blod og blodtransfusjon til pasienter som ikke er innlagt i sykehus, må det lages gode rutiner. Helsepersonell må få nødvendig opplæring slik at de kan utføre oppgaven på faglig forsvarlig måte.

3.1.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Bakgrunn

Arbeid med internkontroll og kvalitet er et prioritert område jf. kvalitetsavtalen mellom Regjeringen og KS, «Nasjonal strategi for kvalitetsarbeid i sosial- og helsetjenesten (veileder IS 1162)» og «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten». Helsetilsynene og undersøkelser påpeker at lokalt kvalitets- og forbedringsarbeid i kommunene kan bli bedre.

All elektronisk behandling av helse- og personopplysninger skal skje i henhold til lovverket. Norm for informasjonssikkerhet skal følges av den enkelte virksomhet og er en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon mellom aktørene.

Det er utviklet elektroniske meldinger som bør benyttes i samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, og mellom pleie- og omsorgstjenesten og helseforetak. Meldingene er videreutviklet i 2013 for å dekke behovet for 24-timers varsel om utskrivningsklar pasient. Vi viser til veileder fra Helsedirektoratet «Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen» IS-1920, 2011».

Etter planen skal alle kommuner ha innført e-resept i løpet av første kvartal 2013. Kommuner som drifter IT-systemene på legekantor har ansvar for å tilrettelegge for dette. Innføring av e-resept kan medføre rutineendring i kommunale enheter som håndterer resepter på vegne av brukere.

Det overordnede formålet med Nasjonal kjernejournal er økt pasientsikkerhet. Det er planlagt en pilot i Trondheim i 2013.

Det er et mål at helsenorge.no skal tilby tilgang til egen helseinformasjon (Min helse), mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsepersonell, og selvbetjeningsløsninger som timebestilling og fornying av resept. I 2013 starter Helsedirektoratet utviklingen av sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter, en digital kommunikasjonsløsning som ivaretar personvern og informasjonssikkerhet.

I 2013 setter Helsedirektoratet i gang et arbeid for å kartlegge behov, definere strategi og vurdere ulike konsepter for fremtidige IKT-løsninger som skal muliggjøre bedre elektronisk samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren og med pasient og bruker. Dette arbeidet vil kreve aktiv deltakelse fra kommunene.

Økt bruk av medisinsk utstyr som eies av spesialisthelsetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gjør det nødvendig å tydeliggjøre hvem som har ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold. Dette gjelder også plikt til å melde uhell.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling innarbeides i samarbeidsavtale med aktuelt helseforetak, og at felles rutiner og håndtering av meldinger utarbeides.
- Knytter seg til Norsk helsenett og tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger og helseforetak. Dette omfatter blant annet bruk av elektronisk melding for varsling av utskrivningsklar pasient.
- Samarbeider med koordineringsenheter for elektronisk meldingsutveksling, opprettet av Norsk Helsenett, om tekniske løsninger og organisatoriske tiltak.
- Følger opp arbeidet med innføring av elektroniske resepter i kommunene.
- Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren, meldes opp i Nasjonalt utvalg for IT- prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) av kommunenes representanter.
- Er forberedt på å gi innspill til arbeidet med utredning av nasjonal e-helsestrategi i helse- og omsorgssektoren, herunder avgi ressurser for intervjuer og arbeidsmøter.
- Følger opp Helsedirektoratets arbeid med sikker digital dialog mellom fastleger og pasienter. Noen kommuner kan bli kontaktet i 2013 for forberedelse av et pilotprosjekt.
- Bidrar i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer.
- Fortsetter arbeidet med å sikre god forankring og kompetanse for å bedre og kvalitetssikre IPLOS data.
- Oppfyller kravene i Normen(www.normen.no). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.
- Klarlegger og avtalefester ansvar for bruk, opplæring og vedlikehold av medisinsk utstyr. Dette gjelder også for plikt til å melde uhell m. m.
- Registrerer og vedlikeholder egne opplysninger i Adresseregisteret. Registeret er en forutsetning for at riktige adresseopplysninger brukes i elektronisk samhandling.

3.1.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn omfatter innvandrere, asylsøkere, flyktninger og den samiske befolkning.

Lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet forutsetter i mange tilfeller tilrettelagt informasjon og kommunikasjon.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer ivaretagelse av svake eller utsatte grupper gjennom faglige prioriteringer.
- Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør «Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene».
- Sikrer at kommunikasjonsarbeidet i helsetjenesten på alle nivåer tar hensyn til innvandrerbefolkningen.
- Sørger for at vurdering av risiko for svikt i kommunikasjon på grunn av manglende språk- og samfunnskunnskap er en del av beredskapsplaner i kommunen.

3.1.6 Beredskap

Bakgrunn

Hendelsene 22. juli 2011 har vært grundig gjennomgått av flere instanser. De har avdekket forbedringspunkter som skal følges opp. Kommunene er en sentral aktør i oppfølgingsarbeidet.

Det nye nødnettet skal bygges ut i hele landet. Legevakttilbudet gjøres også mer tilgjengelig gjennom etablering av et nytt nasjonalt nummer (116 117) til legevakt. Den nye teknologien legger til rette for vesentlig bedre samhandling i helsetjenesten og med de andre nødetatene. Samhandling om, og koordinering av akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar. Gode akuttmedisinske tjenester krever personell med god kompetanse som er opplært og øvet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Planlegger for innføring av nasjonalt legevaktnummer 116117. Det vises til brev fra Helsedirektoratet av 18.7.2011.
- Forbereder kommunens legevaktjeneste og legevaktsentral på innføring av nytt nasjonalt nummer til legevakt og innføringen av nytt Nødnett.
- Sikrer nødvendig opplæring av personell på legevakt og legevaktsentral.
- Bidrar i arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av den helsemessige og sosiale beredskap.
- Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter hos Fylkesmannen, og over kommuneoverlegene og fastlegene i kommunen.
- Inngår samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunens innbyggere.

- Sikrer at samarbeidsavtalene med helseforetakene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser.

3.1.7 Personell og kompetanse

Bakgrunn

Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en hovedutfordring i fremtidens folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjeneste. For kommunene innebærer dette kontinuerlig vurdering av kompetansebehovet og etablering av kompetansehevende tiltak i tjenestene. I tillegg bør det jobbes systematisk med ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, seniorutfordringer og gode rekrutteringstiltak. Helsedirektoratet har satt i gang arbeid for at ansatte i helse- og omsorgstjenesten skal få styrket sin kompetanse i aktiv omsorg. Verktøy og metoder er utviklet og lagt ut på helsedirektoratet.no, og et opplæringsprogram skal etter planen starte opp andre halvår 2013.

Gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell er et viktig virkemiddel for god kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Både arbeidsgivere og myndighetene har ansvar for å sikre at helse- og sosialpersonell er kvalifisert til jobben de skal gjøre.

I 2013 implementeres nye forskrifter som sikrer den nye turnusordningen for leger. Kommunene får, sammen med helseforetakene, en ny rolle i å ansette leger i turnusstillingene. Innholdet i turnustjenesten endres ikke. Kommunene skal i sin rekruttering av helsepersonell være kjent med WHO-koden om retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Bidrar i utdanning av helse- og sosialpersonell ved å etablere gode praksisplasser, og sørge for god praksisundervisning.
- Implementerer ny turnusordning for leger, inklusivt, i samarbeid med fylkesmannen, etablerer turnusstillinger for leger.
- Utarbeider kompetanse- og rekrutteringsplaner i samarbeid med fylkesmannen og helseforetak.
- Styrker ledelseskompetansen i omsorgstjenestene, eventuelt ved å benytte lederopplæringspakke fra Helsedirektoratet (tilbys med gunstige betingelser).
- Etablerer gode læreplaner i helsearbeiderfaget og følger opp Kompetanseløftet 2015.
- Styrker kompetansen i aktiv omsorg og arbeider for økt faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene.
- Styrker kompetansen på legemiddelhåndtering i omsorgstjenestene.
- Etablerer tverrfaglige team (lege, farmasøyt og sykepleier) som kvalitetsforbedrende tiltak med tanke på riktig legemiddelbehandling, særlig ved gjennomføring av legemiddelgjennomganger.

- Sørger for gode rutiner ved tilsetting av helse- og sosialpersonell, jf. HelseDirektoratets veileder «Gode rutiner – gode tilsetninger (IS-1902)»
- Sørger for at helse- og sosialpersonell i kommunen deltar på kurs i pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid.
- Styrker kompetansen i systematisk folkehelsearbeid og helsefremmende og forebyggende arbeid.

3.1.8 Allmennlegetjenester

Bakgrunn

Den reviderte fastlegeforskriften stiller tydeligere kvalitets- og funksjonskrav til alle deler av allmennlegetjenesten inklusive legevakt.

Kommunen har det overordnede ansvaret for at kravene innfris og samhandlingsreformen kommer på plass. Det medisinsk faglige ledelsesansvaret i kommunene og samarbeidet med fastlegene er sentrale virkemiddel for å nå målene for allmennlegetjenesten. Kommunenes engasjement for allmenntilleggsvidere- og etterutdanning, forskningsarbeid og kvalitetsutvikling er viktig for kunnskapsbasering av tjenestene. Organisering av den akuttmedisinske kjeden og legevakten er sentrale elementer i tjenestetilbudet til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

HelseDirektoratet ber om at kommunene:

- Sørger for at fastlegene tar del i det individrettede forebyggende arbeidet. Personer som har risiko for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner bør henvises til oppfølging ved frisklivssentraler i kommunene som har dette tilbudet.
- Sikrer at leger i vakt er tilgjengelige i Nødnett.
- Utarbeider en plan sammen med fastlegene for iverksetting og implementering av den reviderte fastlegeforskriften.
- Styrker allmennlegetjenesten. Kommunene kan søke om rekrutteringstilskuddet for etablering av fastlegehjemler, eller for ansettelse av leger i rekrutteringssvake stillinger.
- Formaliserer og styrker samarbeidsarenaene med fastlegene. Gi føringer for elektronisk samhandling mellom fastlege, pasient og pleie og omsorg gjennom avtaleverket.
- Har en god styringsdialog med fastlegene og allmennlegetjenestene i kommunen. Kommunelegen kan vurderes å inngå i den helsefaglige ledelse av fastlegeordning og allmennlegetjenesten.
- Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter.
- Bruker den eksisterende praksiskonsulentordningen i arbeidet med å bedre pasientløpene i samarbeid med helseforetakene.

3.1.9 Omsorgstjenester

Bakgrunn

Omsorgsplan 2015 dekker hele livsløpet og er en satsing for alle brukere av omsorgstjenesten uavhengig av alder, diagnose eller funksjonshemming. Den har i tillegg tre delplaner med tilhørende tiltak og satsinger: Demensplan 2015, Nevroplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 (se pkt 3.1.7).

Omsorgsplan 2015 har utover dette en rekke tiltak og satsinger: forskning og fagutvikling, Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, lindrende behandling og omsorg ved livets slutt, investeringstilskudd, og aktiv omsorg/partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Har framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunens planarbeid.
- Har fokus på strategier, målsettinger og tiltak i Omsorgsplan 2015. Dette omfatter blant annet fagutvikling og implementering av ny kunnskap. Her er fylkesnettverkene i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester en viktig arena.
- Følger opp revidert Demensplan 2015, med spesielt fokus på: økt kapasitet i tilrettelagt dagaktivitetstilbud (egen tilskuddsordning), bedre informasjonstilbud, tilpassede boenheter, tilbud til pårørende og tiltak for å øke kunnskap og kompetanse om demens.
- Oppfyller kravet om at boenheter som bygges med tilskudd fra Husbanken skal ha universell utforming og være tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt.
- Følger opp satsingsområdene i Nevroplan 2015.
- Styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom å stimulere til fysisk aktivitet, sunt kosthold og sosial og kulturelle aktiviteter, samt deltakelse i samfunnet. Kommunene skal særlig ha fokus på fall- og ulykkesforebygging, forebygging og behandling av underernæring, samt egenmestring hos brukere av omsorgstjenester, som omtalt i strategiene «Aktiv omsorg» og «Partnerskap med familie og lokalsamfunn».

3.1.10 Psykisk helse og rus

Bakgrunn

De overordnede mål og verdigrunnlag fra Opptappingsplanene legges fortsatt til grunn for regjeringens politikk overfor kommunene, i tråd med Meld. St. 30 (2011 – 2012) Se meg! Det er viktig å opprettholde, videreutvikle og styrke kapasiteten innenfor både psykisk helse arbeid og rusarbeid. Tjenester av god kvalitet utvikles gjennom målrettet kompetansebygging og utvikling av kunnskapsbasert praksis.

Fra og med 2013 er størsteparten av de øremerkede tilskuddene til kommunalt rusarbeid innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Gjennom veksten i kommuneøkonomien er kommunene satt i stand til å opprettholde og videreføre kompetansen som er opparbeidet gjennom tiltakene i Opptappingsplanen på rusfeltet, og å sikre videre drift av tiltak som har vist seg effektive. Dette er særlig viktig i lys av gradvis innføring av kommunal medfinansiering på psykisk helse- og rusfeltene.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Opprettholder, videreutvikler og styrker kapasitet og kompetanse innen rusarbeid og psykisk helsearbeid ut fra lokale forhold, og bidrar til kartlegging av omfang og utfordringer innen fagfeltene. Bedre tilgjengelighet, tidlig intervensjon og styrking av kvalitet og innhold skal vektlegges.
- Ser innsatsen på fagfeltene psykisk helsearbeid og rusarbeid i sammenheng med folkehelsearbeid, sikrer samhandlingen internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunene, frivillig sektor og andre aktører. Styrker tilbudet til barn og unge med sammensatte problemer gjennom godt koordinerte tjenester bygget på internt tverrfaglig samarbeid, samarbeid med fylkeskommunen om å forebygge «drop out» fra videregående skole og etablering av samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten. Vektlegging av lavterskeltilbud og oppsøkende tjenester.
- Styrker tilbudet til personer utsatt for vold/traumer, og har høy oppmerksomhet rettet mot rammede og berørte etter terrorhandlingene 22.juli.
- Sikrer nødvendige helsetjenester til innsatte i fengsel.
- Styrker tilbudet til eldre med psykiske problemer og/eller rusrelaterte problemer.

3.1.11 Habilitering og rehabilitering

Bakgrunn

Kommunene skal ha et tydeligere og større ansvar for habilitering og rehabilitering. Det innebærer blant annet økt kapasitet, større faglig bredde og god brukermedvirkning. Gjennom de økonomiske insentiver som ligger i reformen har kommunene nye muligheter til å prioritere habilitering og rehabilitering. De mindre kommunene oppfordres til å samhandle for å sikre nødvendig kompetanse og robuste tilbud. Pasienter og brukere som har et potensial i å forbedre sitt funksjonsnivå må få tilbud om målrettet rehabilitering.

Det er nødvendig med samhandling på tvers av fag og sektorer. Samhandling mellom helse og utdanning er særlig sentralt innen habiliteringstilbudet til barn og unge. Både kommuner og helseforetak skal ha synlige koordinerende enheter med

god forankring og tydelige funksjonsbeskrivelser i tråd med nytt lovverk. Økt bruk av individuell plan og koordinator er fortsatt et nasjonalt mål, ref. Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering, dok 3:11 (2011-2012).

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at kommunene:

- Sikrer at koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering er etablert og at KE er synlig og godt forankret i organisasjonen.
- Avklarer ansvars- og oppgavefordeling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
- Arbeider for økt bruk av individuell plan (IP).
- Styrker habilitering- og rehabiliteringstilbudet, med særlig vekt på tilbudet til personer med kroniske sykdommer og tilstander.
- Sikrer at driftsavtaler med private fysioterapeuter tilpasses befolkningens behov for tjenesten.

3.2 FYLKESKOMMUNENE

Tannhelsetjenesteloven og lov om folkehelsearbeid angir fylkeskommunenes ansvar på tannhelseområdet og folkehelseområdet.

3.2.1 Folkehelsearbeid

Bakgrunn

Fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet omfatter å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler fylkeskommunen har. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket og ha nødvendig oversikt over helsetilstanden.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Viderefører arbeidet med å implementere folkehelseloven for å oppnå et systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid.
- Videreutvikler arbeidet med oversikt over helsetilstanden i fylket og positive og negative faktorer som kan ha innvirkning på den. Vi viser til «Forskrift om oversikt over folkehelsen» fra 1. juli 2012. Fylkeskommunen skal tilgjengeliggjøre opplysninger for kommunene.
- Sørger for at folkehelse fremmes innen fylkeskommunens oppgaver, som i regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og gjennom tiltak som kan møte regionale helseutfordringer. Fylkeskommunen bes om å drøfte og videreutvikle rollen som regional utviklingsaktør, i lys av fylkeskommunens folkehelseansvar.
- Er pådriver for, og samordner, innsatsen i det sektorovergripende folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. En viktig oppgave er planveiledning etter plan- og bygningsloven. Fylkeskommunen bes om å drøfte og videreutvikle rollen som understøtter av kommunenes folkehelsearbeid.
- Sikrer at elevenes arbeidsmiljø i videregående opplæring er i samsvar med gjeldende regelverk (forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6, opplæringsloven § 9a).

3.2.2 Samhandling, kvalitet og helseberedskap

Bakgrunn

For å bidra til å oppnå målene i samhandlingsreformen, må fylkeskommunene legge vekt på samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet bør formaliseres med samarbeidsavtaler.

Elever i videregående skole med behov for langvarige og koordinerte tjenester ivaretas ikke godt nok i dag. Det er behov for at ansatte i videregående skole deltar i koordinering og samarbeid om individuelle planer.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Samarbeider med kommune- og spesialisthelsetjenesten og andre relevante aktører i tråd med samarbeidsavtaler.
- Samarbeider med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunene om koordinering og oppfølging av elever i videregående skoler med behov for langvarige og koordinerte tjenester – herunder samhandling om individuell plan og koordinator.

3.2.3 Personell og kompetanse

Bakgrunn

God tilgang på helsefagarbeidere er avgjørende for å møte personellutfordringene i helsetjenesten framover.

Fylkeskommunen fikk i 2010 ansvar for fagskoleutdanning, og fikk dermed ansvar for videreutdanningstilbudet for helsefagarbeidere og andre med videregående opplæring.

Aktiviteter /satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Jobber aktivt med frafallsproblematikken og andre utfordringer for helsearbeiderfaget og utdanningen for tannhelsesekretærer.
- Gjør kjent for kommunene hvilke ordninger som gjelder for kvalifisering av voksne til helsearbeiderfaget, herunder realkompetansevurdering.
- Som regional utviklingsaktør med ansvar for kompetanseutvikling arbeider for å synliggjøre mulighetene for videreutdanning i fagskoleordningen.

3.2.4 Tannhelsetjenester

Bakgrunn

Regjeringen har som mål å redusere sosiale helseforskjeller og øke befolkningens tilgjengelighet til tannhelsetjenester, spesielt for dem som trenger det mest. Befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til nødvendige tannhelsetjenester.

Tannhelsetjenesten skal samhandle med de andre deler av sektoren for å gi en helhetlig og forsvarlig behandling av borgerne.

Vi henviser også til punkt 3.1.4 Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og 3.1.5 Helse- og omsorgstjenester i et flerkulturelt samfunn. Innholdet her er også relevant for den fylkeskommunale tjenesteytingen i tannhelsesektoren.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at fylkeskommunene:

- Sørger for at tannhelsetjenesten oppfyller kravene i Norm for informasjonssikkerhet (www.normen.no).
- Samarbeider med kommuner, helseforetak og andre, for å sikre at de som har rett til det, mottar et oppsøkende og regelmessig tilbud om tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.
- Deltar aktivt i folkehelsearbeidet, gir kommunen kunnskap om tannhelsen i befolkningen og er lokal pådriver for at tannhelsen betraktes som en del av helsen.
- Samarbeider med privat tannhelsetjeneste for å løse offentlige oppgaver.
- Har systemer som sikrer gode rutiner for bekymringsmeldinger fra barnevernet.

3.3 REGIONALE HELSEFORETAK

Dette rundskrivet supplerer Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) oppdragsdokument og foretaksmøter. Rundskrivet gir viktig faglig informasjon til helseforetakene og bidrar til samhandling med andre sektorer og tjenestenivåer.

3.3.1 Samhandling og kvalitet

Bakgrunn

Det er viktig at alle som behandler helse-, og personopplysninger sørger for tilfredsstillende informasjonssikkerhet i henhold til lovverket. I dette ligger et ansvar for å gjøre tjenestene kjent med regelverket knyttet til helsepersonells taushetsplikt. Norm for informasjonssikkerhet er et hjelpemiddel i arbeidet med informasjonssikkerhet, og en forutsetning for forsvarlig kommunikasjon mellom aktørene.

Helsedirektoratet har en koordinerende rolle ved etablering, oppfølging og videreutvikling av et enhetlig nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til at pasientene raskt skal få lik tilgang til nye metoder som er dokumentert virkningsfulle, sikre og kostnadseffektive. Målet er at det skal være robust og forutsigbart å håndtere vurdering av nye metoder og ny teknologi.

Nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 omfatter blant annet samarbeid, pasientforløp, forebygging, tidlig diagnostikk, utredning, og behandling, oppfølging, rehabilitering og kompetanse.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Gjør tjenestene og helsepersonell kjent med taushetspliktregelverket.
- Oppfyller kravene i Normen (www.normen.no). Sørger for opplæring og bevisstgjøring av ansatte for å sikre forsvarlig håndtering av helse- og personopplysninger i det daglige arbeidet.
- Sørger for at ansvar og krav til elektronisk meldingsutveksling blir innarbeidet i samarbeidsavtale med kommuner i eget opptaksområde, samt utarbeide felles rutiner for sikker håndtering av elektroniske meldinger.
- Sørger for at behov for IT videreutvikling rettet mot samhandling i helsesektoren meldes opp i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) av regionale helseforetakenes representanter.
- Gjennomfører planer for realisering av elektroniske resepter.
- Gir innspill til arbeidet med utredning av nasjonal e-helse strategi i helse- og omsorgssektoren. Avgi ressurser for intervjuer og arbeidsmøter.
- Tilrettelegger for elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak, pleie- og omsorgstjenesten og fastleger, med spesielt fokus på pleie- og omsorgsmeldinger og varsling av utskrivningsklar pasient.

- Følger opp implementering av Nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 sammen med kommunene.
- Følger opp foretaksprotokollens vedtak om å legge til rette for at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider til Norsk pasientregister fra 2013.
- Sørger for at rapportering til Norsk pasientregister skjer i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Gradvis implementerer det nye systemet for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

3.3.2 Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn

Samhandlingsreformen skal bidra til mer helhetlige og individuelt tilpassede tjenester til pasienter og brukere. Det er viktig at innsatsen settes inn tidligere for å fremme helse og forebygge sykdom, og redusere behovet for spesialisthelsetjenester.

Samarbeidsavtalene mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skal bidra til at pasienter og brukere får helhetlige tjenester. Det er viktig at avtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet vedtok 1. desember 2012 forskrifter som innfører ny turnusordning for leger. I den nye ordningen skal helseforetak og kommuner selv ansette turnuslegene. Godt samarbeid mellom helseforetak og kommune vil bidra til gode ansettelser og god kvalitet på tjenesten.

Syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og andre som trenger rehabilitering, opplever brudd og svikt i helsetilbudet. Særlig i overgangen mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem.

På habiliterings- og rehabiliteringsområdet bør spesialisthelsetjenesten gjøre mer av den spesialiserte, komplekse rehabiliteringen, mens enklere rehabiliteringstiltak kan overføres til kommunen (jfr. Rapport IS-1947 fra Helsedirektoratet om avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet).

Den kommunale medfinansieringsordningen videreføres etter samme modell som i 2012.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Sørger for at de inngåtte samarbeidsavtalene følges opp, evalueres og revideres. Samarbeidsavtalene skal være i tråd med kravene beskrevet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Sørger for samarbeid og dialogmøter mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteytere som for eksempel Tannhelsetjenesten, for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Utvikler gode og riktige tjenestetilbud slik at brukerne sikres forsvarlige helsetjenester innfor alle områdene. Sørge for samarbeid om følgetjeneste, herunder organisering av beredskap for følgetjeneste.
- Etablerer samarbeid med kommunene om den nye turnusordningen for leger.
- Sørger for å rapportere henvisningsopplysninger og data om utskrivningsklare pasienter i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Øker satsning på ambulerende tjenester og andre samhandlingstiltak med kommunene.
- Fordeler ansvar og oppgaver med kommunene i tråd med rapport IS-1947 fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling på rehabiliteringsområdet.
- Tilrettelegger for elektronisk samhandling i pasientforløpene, herunder bestille og utbre standardiserte løsninger jfr. «Bruk av pleie og omsorgsmeldinger i pasientforløp; veiviser for helsepersonell og saksbehandlere», Helsedirektoratet, 7. juli 2012.

3.3.3 Kvalitetsforbedring

Bakgrunn

De lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommuner skal legge til rette for å utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp. De skal følge faglige retningslinjer og veiledere. Helseforetakene skal etablere system som sikrer at kvalitetskravene gjennomføres og følges opp. Kravene til kvalitet skal være de samme over hele landet uavhengig av lokale forhold.

Trygge og effektive tjenester forutsetter at forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, pleie og omsorg bygger på best mulig forskningsbasert kunnskap. Det samme gjelder beslutninger om å innføre nye metoder, utarbeidelse av retningslinjer og kvalitetsindikatorer og organisering av tjenester.

Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. De skal også bidra til riktigere prioriteringer, løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp.

Økt pasientsikkerhet er et innsatsområde i nasjonal helse- og omsorgsplan, og en nasjonal pasientsikkerhetskampanje for å redusere pasientskader pågår.

Riksrevisjonen la i 2012 fram en undersøkelse om rehabilitering som blant annet pekte på for dårlige aktivitetsdata på rehabiliteringsområdet i spesialist-helsetjenesten.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Etablerer og videreutvikler gode systemer for implementering av gjeldende retningslinjer og veiledere.
- Etablerer koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle helseforetak.
- Sikrer tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habilitering- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.
- Setter i verk tiltak for økt pasientsikkerhet.
- Viderefører arbeidet med organdonasjon ved sykehus som er godkjent for organdonasjon, herunder implementere «Handlingsplan for forebygging og behandling av kroniske nyresykdommer (2011-2015)».
- Ivaretar forebyggende tannhelsetjenester for pasienter på sykehus.
- Sikrer at helsepersonell får økt kunnskap om hvordan bruke tolk, jamfør veileder om bruk av tolk i helse- og omsorgstjenesten.
- Bedrer kodingskvaliteten for å sikre mest mulig korrekt dokumentasjon og rapportering til helse- og kvalitetsregistre.
- Gjennomgår rutiner og prosedyrer rundt pasientforløpet til hjerneslagpasientene og sette i gang tiltak som kan bidra til at flere pasienter kommer raskt til sykehus (jf Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag).
- Det forventes at helseforetaket har klare rutiner for omdisponering og overdragelse av medisinsk utstyr for å ivareta trygg og sikker bruk. Bidrar til utvikling og gjennomføring av en desentralisert og differensiert svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal særlig samarbeide om organisering og beredskap for følgetjenesten.

3.3.4 Beredskap

Bakgrunn

Hendelsene 22. juli 2011 har vært grundig gjennomgått av flere instanser. De har avdekket forbedringspunkter som skal følges opp. Regionale helseforetak/helseforetak er sentrale aktører i oppfølgingsarbeidet.

Det nye nødnettet skal bygges ut i hele landet. Samhandling om, og koordinering av, akuttmedisinske tjenester skal omfattes av avtaleinstituttet som trer i kraft fra 1. januar. Gode akuttmedisinske tjenester krever helsepersonell med god kompetanse som er opplært og øvet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Forbereder AMK, akuttmottak og ambulansetjenesten på innføring av nytt nødnett.
- Inngår samarbeidsavtale med kommunene for å sikre et helhetlig akuttmedisinsk tilbud til kommunenes innbyggere.
- Sikrer at samarbeidsavtalene følges opp gjennom gode rutiner, opplæring av helsepersonell og regelmessige øvelser.
- Sørger for at nødmeldetjenesten bruker systemer som sikrer at informasjon om aktiviteter kan følges opp av andre aktører innen medisinsk nødmeldetjeneste (f.eks. kartsystemer, oppdatering av hendelser).
- Sørger for at AMK-sentralene registrerer og rapporterer data til Norsk pasientregister i henhold til gjeldende spesifikasjoner.
- Følger opp arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter 22.juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av den helsemessige og sosiale beredskap.
- Har en oppdatert oversikt i krisestøtteverktøyet over beredskapskontakter og varslingspunkter.

3.3.5 Personell og kompetanse

Bakgrunn

Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering, gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell og kompetanseheving. Det er behov for å kartlegge kompetanse i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer.

Helseforetakenes rolle i å bidra til kompetansebyggingen i kommunene er vesentlig. Den skal sikres gjennom samarbeidsavtalen mellom kommunene og RHF/HF.

For å sikre tilgang på gode læreplasser må helseforetakene ta inn lærlinger i helsearbeiderfaget og ambulansefaget.

I 2013 implementeres nye forskrifter som sikrer den nye turnusordningen for leger. Helseforetakene får, sammen med kommunene, en ny rolle i å ansette leger i turnusstillingene. Innholdet i turnustjenesten endres ikke.

Det er satt i gang en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Den skal også omfatte om det skal innføres tydeligere læringsmål og krav til kompetansetesting og resertifisering av legespesialister. Arbeidet pågår frem til sommeren 2013.

Nasjonalt nettverk for ledere i habiliteringstjenesten kartla høsten 2012 bemanningssituasjonen i habiliteringstjenestene for barn, unge og voksne. Resultatet viser en sterk underbemanning og at kompetansen i habiliteringstjenestene ikke

samsvarer med behov for legetjenester. Kartleggingen viser også samme utfordringer når det gjelder psykologstillinger.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Sikrer en god oversikt over egne personellressurser og kompetanseprofil.
- Bidrar i utdanning av helsepersonell ved å etablere gode praksisplasser og sørge for god praksisundervisning.
- Implementerer ny turnusordning for leger.
- Bidrar, sammen med fylkesmannen, i arbeidet med kompetanse- og rekrutteringsplaner i kommunene.
- Bidrar til kompetansehevende tiltak for kommunene som undervisning og veiledning, og etablere gjensidige hospiteringsordninger.
- Sikrer at den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene styrkes.

3.3.6 Psykisk helse og rus

Bakgrunn

Rus og psykisk helse skal fortsatt ha høy prioritet. Det er fortsatt behov for en betydelig omstrukturering av tjenestene i det psykiske helsevernet for å sikre at behandling gis på laveste effektive omsorgsnivå. DPS-strukturen skal legges til grunn for framtidige tjenester til personer med rus- og avhengighetsproblemer, der lokale og regionale forhold tilsier dette. Tjeneste- og behandlingstilbudene innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling må gjøres mer tilgjengelige. Det må legges vekt på en faglig og kompetansemessig oppgradering innenfor begge sektorer for å sikre pasientene trygge tjenester av god kvalitet. Det må legges til rette for sammenhengende og helhetlige behandlingsforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Fortsetter omstillingsarbeidet i det psykiske helsevernet fra hovedtyngde på institusjonsbehandling og til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging.
- Dimensjonerer ressursfordelingen mellom DPS (distriktpsikiatriske sentre) og sykehusavdelingene i tråd med i befolkningens behov og sørge for at DPS har nødvendige akutfunksjoner.
- Knytter tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tettere sammen.
- Sørger for at de private institusjonene knyttes tettere opp til de offentlige tjenestetilbudene og integreres med øvrige tjenester.

- Bidrar i realiseringen av den nasjonale strategien for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene gjennom å iverksette planer lokalt og regionalt.
- Sørger for at foretakene har IT- systemer som muliggjør korrekt og komplett rapportering av blant annet tvangsbruk og situasjonsdata ved behandlingsstart TSB til Norsk pasientregister.
- Bistår i arbeidet for å redusere overdoser.
- Prioriterer arbeidet med å få ned selvmordsratene samt å redusere selvskading gjennom oppfølging av handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading.
- Prioriterer psykisk helsevern for barn og unge med vekt på å redusere ventetid og etablere gode samarbeidsrutiner med kommunene.
- Implementeringen av faglige nasjonale retningslinjer både i psykisk helsevern og innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør prioriteres.

3.3.7 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Bakgrunn

Lov om spesialisthelsetjenester pålegger helseforetakene å bidra til å fremme folkehelse og forebygge sykdom. Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade og lidelse kan konkretiseres i tre hovedområder: Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåking av sykdom og risikoforhold samt kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har satt mål om 25 % global reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, avgrenset til hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk luftvegssykdommer og diabetes, innen 2025. Norge har forpliktet seg til å følge opp dette målet.

Aktiviteter/satsningsområder i 2013

Helsedirektoratet ber om at regionale helseforetak/helseforetak:

- Har opplæring og veiledning overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med samarbeidsavtaler om helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Henviser personer som er i risiko for å utvikle sykdommer knyttet til levevaner til oppfølging ved frisklivssentraler i kommuner som har dette tilbudet.
- Etablerer tilbud om tobakksavvenning før operative inngrep, gjerne i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Sørger for at rapportering av skadedata til Norsk pasientregister (NPR) har høy kompletthet og kvalitet. Disse opplysningene er viktige for å kunne følge opp Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade.

3.4 FYLKESMENNENE

Fylkesmennene får sine oppdrag gjennom embetsoppdraget som publiseres på FMnett i januar/februar 2013.

Hovedprioriteringene for 2013 framkommer i punktene under.

3.4.1 Samhandling, kvalitet og helseberedskap

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- Lovforståelse og lovanvendelse med særlig vekt på samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunen for å nå målene i samhandlingsreformen.
- Arbeidet med oppfølging av erfaringer og anbefalinger etter terrorangrepet 22. juli 2011. Delta i kompetanseutvikling og andre aktiviteter som er rettet mot forbedringer av helsemessig og sosiale beredskap i fylker og kommuner.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 76.

3.4.2 Folkehelsearbeid

Fylkesmannen bes spesielt å prioritere:

- Å videreføre arbeidet med å formidle og forklare folkehelseloven til kommunene og fylkeskommunen.
- Å medvirke til at kommunene og fylkeskommunen ivaretar helse i samfunnsplanlegging.
- Tiltak for å styrke skolemiljøet i tråd med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv., § 6.
- Å styrke kommunenes kompetanse på forvaltning av alkoholloven, med vektlegging av folkehelsehensyn.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 83.

3.4.3 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- At kommunenes innsats på feltene psykisk helsearbeid og rusarbeid overfor barn, unge og voksne opprettholdes og videreutvikles i tråd med mål og verdigrunnlag i de avsluttede opptrappingsplaner og i tråd med Stortingsmelding nr. 30 (2011-2012).
- At tiltak innen kommunale helse- og omsorgstjenester videreutvikles i tråd med føringene i samhandlingsreformen.

- Utviklingsarbeid for å sikre faglig bredde og god kvalitet innen habilitering og rehabilitering.
- Å følge med i dimensjoneringen av allmennlegetjenesten. Legetjenesten i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og utviklingen i legedekningen på sykehjem skal vies særlig oppmerksomhet.
- Å bistå kommunen i deres arbeid med å nå målsettingene i Omsorgsplan 2015, spesielt når det gjelder å sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i kommunalt planverk, (jfr. Omsorg i plan).

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 84.

3.4.4 Spesialisthelsetjenesten

Fylkesmannen bes spesielt prioritere:

- At klagebehandling av vedtak etter psykisk helsevernloven om behandling uten eget samtykke er rask, korrekt og enhetlig.
- Lovpålagte oppgaver, herunder særlig områder som omhandler enkeltpersoners rettigheter.

Det vises til embetsoppdraget, resultatområde 85.

Sak 13: RS 613 Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 2811-2012 2005221



Deres ref:

Vår ref:

2005/221 -37515/2012

Saksbehandler:

Karin Weiseth

Arkivkode:

B41

Dato:

28.11.2012

Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 28/11-2012

Ref.nr: 01-2012/2013:	Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SAU) på Nygård skole og kompetansesenter 28/11-2012
Til stede:	Svend Jørgen Karlsen (FAU), Bente Heimdal (FAU), Anne-Kathrine Sefland (repr. lærerne), Mette Aulin Stedjan (repr. lærerne) og Oda Tønnessen (nestleder elevråd)
Forfall:	Grethe Jakobsen (politisk repr.), Frida Netland (leder elevråd) og Siri Haslem Kittelsaa (repr. andre tilsatte).
Møtereferat sendes:	Samarbeidsutvalget Nygård skole og kompetansesenter, kommunalsjef Liv Landaas, skolefaglig rådgiver Tor Johan Haugland, Tjenesteutvalget.
Møtetid og sted:	Onsdag 28. november 2012 kl. 19.00-21.00. Personalrommet på Nygård skole
Saksliste:	
07-2012/2013	Referat fra møte 10.10.2012 Referat godkjent.
08-2012/2013	Fra elevråd Innspill fra elevråd på å utvikle lekearealet i Trollskogen. Slik det er nå er det litt kjedelig.
09-2012/2013	Nasjonale prøver – status så langt Gjennomføringen har gått problemfritt og det har vært godt forberedt. Resultatene så langt ser bra ut.
10-2012/2013	Økonomi status og neste år Status pr dato er at regnskapet skal gå i balanse. Rammene for neste skoleår er stramme, men omtrent som inneværende år i forhold til elevtallet.
11-2012/2013	Revidert møteplan for skoleåret 2012/2013 Revidert møteplan godkjent. 28.11.2012, 30.1.2013, 13.3.2013 og 22.5.2013. Møtedatoene er onsdager. Alle datoer: FAU-møte 17.00-19.00
12-2012/2013	Tilbakemelding fra FAU på revidert forebyggende del av handlings plan mot mobbing Forebyggende plan er revidert og FAU er tilfreds med denne. Planen er derfor å anse som godkjent.
13-2012/2013	Referat/info fra FAU FAU har valgt en person som er kontaktperson fra FAU i forbindelse med skolens 90-årsjubileum. De ordner kiosk og gevinster. Prosjekt ”Bry deg”. Allerede opplevd effekt med at foresatte tar kontakt med hverandre. . Presentasjon av hvordan FAU organiserer seg for å sikre informasjonsflyt til og mellom foresatte. Presenterte også framdriftsplan for prosjektet og hva som skjer i januar/februar 2013. Viste et forslag på foreldrekontrakt. Tilbakemelding fra skolen at dette foreldreengasjementet er utrolig flott og viktig. Samtale om hvordan foreldre kan bidra
Ref.:	Dag Røise Fungerende rektor/enhetsleder

Sak 14: RS 713 Rapport fra høsten 2012 - Pårørendeskole 2010734

Fra: Gustav Skretting[Gustav.Skretting@sogne.kommune.no] Dato: 17.12.2012 10:28:28 Til:
Postmottak Kopi: Trude Ronæs Tittel: VS:
[Legges inn i ephorte.](#)
Hilsen Gustav.

Fra: Inger Reidun Fosse
Sendt: 17. desember 2012 10:02
Til: Trude Ronæs
Kopi: Reidunn Fossdal; Arnfinn Rodal; Ingunn Helmersen; Zeljka Matic; Gustav Skretting
Emne:

Hei!

Til orientering:

Det ble gjennomført pårørendeskole som et interkommunalt tiltak i høst.
Søgne og Songdalen samarbeidet på 3. året.
Her er deltakernes evaluering og rapporten vi har laget i etterkant .
Sender også med regnskapet.
I noen år har Helsedirektoratet gitt tilskudd til gjennomføring av pårørendeskole. Dette vil trolig fortsette til 2015, men etter det kan det være slutt.

Opplæring og oppfølging av pårørende kan hjelpe de til å takle situasjonen bedre . De får større forståelse for den syke og skjønner bedre hvordan de kan støtte og hjelpe i hverdagen.
Dette kan i noen tilfeller kanskje utsette institusjonsinnleggelse.

God lesning ☺

Vennlig hilsen
Inger Reidun Fosse
Demenskoordinator Søgne kommune
Mandag og torsdag kl 08 - 15.30
Kleplandsveien 15
4640 Søgne
Tlf 95 83 30 72
Mail : inger.reidun.fosse@sogne.kommune.no

Rapport fra høsten 2012 Pårørendeskole for pårørende til personer med en demenssykdom i Søgne og Songdalen

Bakgrunn/hensikt

- Gi pårørende økt kunnskap om demenssykdommene
- Gi innsikt i metoder for kommunikasjon og samhandling med personer med demens.
- Bidra til at pårørende får bedre kjennskap til rettigheter og aktuelle lover.
- Informasjon om hjelpeapparatet og hvordan man kommer i kontakt med dette.
- Tilby støtte gjennom å møte pårørende som er i samme situasjon (gruppesamtaler etter faglige forelesninger)

Organisering

Arrangør:

- Samarbeid mellom Søgne kommune v/demenskoordinator og Songdalen kommune v/Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Samarbeidspartnere:

- Kompetansesenteret for Aldring og Helse

Markedsføring:

- Søgne og Songdalen Budstikke – omtale / intervju og annonse
- Fritidsnytt – omtale / intervju og annonse
- Brosjyre distribuert til noen brukere av hjemmetjenester, dagsenter, institusjon + venteliste fra 2011
- Brosjyre lagt ut på Servicetorg/Rådhuset og Omsorgssenteret / Songdalstunet
- Plakater en del steder i kommunene, butikker – apotek – legesenter - frivilligsentralene

Personell og økonomi

Planlegging og kursledere: sykepleier og demenskoordinator Inger Reidun Fosse (Søgne) og spesialergoterapeut og fagkonsulent Inger Lise Markussen (Songdalen)
Gruppeledere: Inger Reidun Fosse og Inger Lise Markussen

Kostnader totalt – kr. 40.804,-. Se eget regnskapsoppsett. (overskuddet..)

Inntekter: Tilskudd fra Kompetansesenteret for aldring og helse på kr 40.000,- Et stimuleringsstilskudd til i gangsetting/drift av pårørendeskoler i hht. Demensplan 2015. Bruken av pengene skal innrapporteres.

Deltakeravgift kr. 300,- pr. person.

Faglig innhold

1. Demenssykdommene; forekomst, årsak og symptomer. Utredning og diagnostisering
Innføring i temaet v/Inger Reidun Fosse. DVD v/ prof. Knut Engedal
2. Kommunikasjon og holdninger
Innføring i temaet v/ Inger Lise Markussen. DVD v/ psyk.sykepleier og dr.gradsstipendiat Anne Marie Mork Rokstad
3. Pårørendes situasjon v/ Inger Reidun Fosse
Når atferd endrer seg. DVD v/ sykepleier og universitetslektor Anne-Margrethe Støback
4. Sosiale aktiviteter, praktiske råd og hjelpemidler v/ Inger Lise Markussen
5. Lovverket / rettigheter. DVD v/ jurist og seniorrådgiver Ellisiv Hegna.
Kommunenes tilbud til personer med demens og pårørende. v/ Inger Reidun Fosse.
Informasjon om pårørendeforeningen i Søgne/Songdalen v/ Solveig Lindqvist

Hver kurskveld varte fra kl. 18.00 – 20.30. Foredrag, kaffe/mat, gruppesamtaler
Alle kveldene på Songdalstunet.

Deltakelse og pårørendes evalueringer

19 påmeldte ved oppstart. Av disse hadde to meldt avbud første gang.
En person kom ny til 2. kvelden, en person kom ny til 3. kvelden (De kom med pga familiemedlemmer ønsket å ha de med)

Totalt antall deltakere: 21

Oppmøte var på gjennomsnittlig 18 personer pr. gang. Varierte fra 17 til 19.

Av 21 deltakere var 4 ektefeller, 15 sønner/døtre og 2 andre (niese, hjelpeverge)

1 var pårørende til person innlagt på institusjon, Resten var pårørende til hjemmeboende person.

Alle fikk utdelt evalueringsskjema. 15 personer svarte. Se eget vedlegg med oppsummering av evalueringen.

Konklusjon og planer for videreføring av pårørendeskole

Svært gode erfaringer og tilbakemeldinger fra deltakerne. På spørsmål om kurset har bidratt bedre takling av hverdagen med den syke, svarer 5 "uforandret" 8 svarte "av og til bedre", og 1 svarer "ofte bedre".

Nytt kurs planlegges 2013 med oppstart i slutten av september om det blir godkjent fra kommunene.

Det fungerte godt med to grupper i år. Det ble derfor ikke behov for ekstra gruppeledere.

Vi vurderer å sette grense på 20 deltakere neste år, da dette fungerte greit.

Viktig at pårørendeskolen forankres som en del av kommunens tilbud hvert år og at de som skal planlegge og gjennomføre pårørendeskolen får et tydelig mandat fra ledelsen om at dette skal gjøres.

Deltakerne syntes det var akseptabelt med deltakeravgift på kr. 300,-.

Dato 14/12-2012: Inger Reidun Fosse og Inger Lise Markussen

Regnskap

Pårørendeskolen i Søgne og Songdalen 2012

FOR PERIODE: oktober – november 5 kvelder	Regnskap	Budsjett	Avvik
INNTEKTER			
Tilskudd fra kommune	0		
Tilskudd fra samarbeidsparter	0		
Tilskudd fra det private næringsliv	0		
Kursavgift 21 antall à kr. 300,-	6.300,-		
Egeninnsats innenfor ordinært driftsbudsjett	0		
Prosjektmidler; søknadsbeløp	40.000,-		
SUM INNTEKTER	46.300,-		

UTGIFTER			
Lønn kursledelse og gruppeledere, inklusive sosiale utgifter (se notat – med oversikt)	31.600,-		
Honorar forelesere, inklusive sosiale utgifter	0		
Reiseutgifter forelesere	0		
Markedsføring; annonse, trykk brosjyre osv.	220,-		
Kopiering	1.500,-		
Pårørendehåndbok	2.100,-		
Porto – utsendelse	450,-		
Leie av kurslokaler	0		
Beverting	4.934,-		
Diverse - gaver forelesere	0		
SUM UTGIFTER	40.804,-		

DRIFTSRESULTAT	5.496,-		
-----------------------	----------------	--	--

Notat til regnskapet for Pårørendeskole Søgne og Songdalen 2012

Kostnader - lønnet arbeid, ansatte i Søgne og Songdalen (ca. kr.)

Planlegging, markedsføring, forberedelse til egen undervisning og å se igjennom DVD-ene
- (ca. 3 dagsverk hver)

Inger Reidun Fosse (IRF) (timepris ca. 300,- inkl.sos):	kr. 6.750,-
Inger Lise Markussen (ILM) ”	kr. 6.750,-

Gjennomføring av kurskveldene:

Forbredelse, rydding, kursledelse og gruppeledelse IRF og ILM 4 timer x5 pr. person m/kveldstillegg (40,- / time)	kr. 13.600,-
--	--------------

Oppsummere evalueringsskjemaer, skrive rapport <u>og regnskap (IRF og ILM) – 1 dagsverk pr person totalt 15 timer</u>	<u>kr. 4.500,-</u>
--	--------------------

<u>Totalt lønnskostnader :</u>	<u>Kr. 31.600,-</u>
--------------------------------	---------------------

Kostnadene til lønn er stipulert, muligens beregnet for lite. Man sitter ofte litt innimellom vanlige arbeidsdager og gjør oppgaver som hører til pårørendeskolen. Forberedelse til egen undervisning er gjerne gjort på kveldstid, vanskelig å tidfeste konkret. Vi måtte kjenne innholdet i DVD- ene godt for å kunne bruke dem pedagogisk riktig i forhold til deltakerne, det har tatt tid.

Alle inntektene (kr. 46.300,-) er ført i Songdalen kommune, mens begge kommunene har hatt lønnsutgifter. Søgne må få overført midler fra Songdalen til å dekke sine lønnsutgifter – kr. 15.800,-

Øvrige utgifter:

Begge kommunene har hatt utgifter til porto, trykking av brosjyre og plakater. Innkjøp og trykking av informasjonsmateriell, samt bevertning til deltakerne er belastet Songdalen.

Matbudsjettet betydelig mindre i år pga færre deltakere og en kveld mindre enn i fjor.

Overskuddet:

Overskuddet vil bli brukt til innkjøp av fagstoff og materiell som kan brukes i arbeidet for personer med demens og deres pårørende.

6/12-12

Inger Reidunn Fosse og Inger Lise Markussen
(sign)

Evaluering, pårørendeskolen 2012. Oppsummering.

Samarbeid mellom Søgne og Songdalen. Ansvarlige kursleder: Inger Reidun Fosse og Inger Lise Markussen.

Antall påmeldte: 21 totalt (1 kom ny 2. kvelden, 1 kom ny 3.kvelden, 2 hadde meldt avbud 1. kvelden)

Gjennomsnitt fremmøte: 18

Antall besvarelser på evalueringsskjema: 15

1. Hvilken betydning har kurset som helhet hatt for deg?	Ingen betydning	
	Litt	
	Middels	3
	Stor	11
	Ubesvart	1

2. Takling av hverdagen med den du er pårørende til?	Uforandret	5
	Av og til bedre	8
	Ofte bedre	1
	Ubesvart	1

3. I hvilken grad har temaene på kurskveldene vært nyttig?	Ubesvart	Ingen	Litt	Middels	Stor nytte
Hva er demens - sykdomslære	2		1	1	11
Kommunikasjon og holdninger	0		1	4	10
Pårørendes/pasientens situasjon. Når adferd endrer seg	1		1	3	10
Praktiske råd, sosiale aktiviteter	2		1	8	4
Lover, rettigheter, kommunale tilbud	6		1	6	2

4. Gruppesamtaler – i hvilken grad har det vært nyttig?	Ingen nytte	1
	Til en viss grad	8
	Stor nytte	6
	Ubesvart	0

5. Innhold – tidsforløp. Har kurskveldene hatt ok balanse på faginnhold, egenaktivitet og pauser?	Ja	15
	Nei	
	Ubesvart	0

6. Ønsker du å delta i samtalegruppe i 2013?	Ja	4
	Nei	9
	Ubesvart	2

Kommentarer:

- Kunne ha droppet pausen, heller tatt med mat og kaffe i samtalegruppen. Kanskje spart et kvarter av kvelden.
- DVD-fremvisningen har vært utrolig bra. Godt med proffer som underviser
- Siste dagen kunne vært noe mer eksempler for at det ikke ville bli så tungt
- Jeg føler absolutt at jeg har hatt mye igjen for dette kurset, kommer til å anbefale det til andre.

- Lover og rettigheter: ta bort alt om paragrafer, fokus på lærdom ikke paragrafer
- Dere har vært gode lærere – i et veldig interessant tema
- Litt kjedelig å høre på DVD – en person som snakker om prøver å ”kunne det utenat”. Blir litt påtatt. Hva med at to personer kunne samtale, evt. dele på å informere?
- Fint å høre på dere, Inger Reidun og Inger Lise. Og fint i gruppa.
- DVD-en med juristen – tungt stoff. Bør finne på noe annet neste gang.
- Mer om hjelpevergeordningen
- Ikke bruke DVD-ene for lenge.

Sak 15: RS 813 Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles... 20122621



Deres ref:

Vår ref:
2012/2621 -
38348/2012

Saksbehandler:
Kristian Strøm-Fladstad

Arkivkode:
076

Dato:
06.12.2012

Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles...

Mathias Dønnestad og Benedikte Sofie Ribe!

I år kom det mange gode søknader, og det har vært vanskelig for oss å ta en avgjørelse. Til slutt landet vi på to vidt forskjellige søkere. Likevel har de noe til felles – de er målrettet og talentfulle med det de holder på med. De ønsker begge to å utvikle seg videre, og å løfte en pasjon til et levebrød.

Benedikte Sofie Ribe (24 år) starter sin søknad med følgende setning: *Om ti år synger jeg rollen Tosca av Puccini på Den Norske Operaen.* Og det tror vi på!

Benedikte er ei målrettet Søgnejente som begynte med privatundervisning da hun var 12 år gammel. Via musikklinje på vgs, Toneheim musikkfolkehøgskole og privat-undervisning i Tyskland er hun nå student ved musikkonservatoriet, UiA. I dag studerer Benedikte under mezzosopranen Birte Myhrstad. En gang i måneden reiser hun inn til Oslo og får undervisning av Randi Stene. Benedikte har bare 60 minutter sangundervisning pr uke, og øver selv tre timer hver dag. I tillegg må hun trene på å bli god i fransk og italiensk. Når hun er ferdig på UiA er målet å bli tatt opp på Opera-master programmet ved Kongens Opera Akademi i København. Benedikte vil bruke stipendet til flere undervisningstimer med Randi Stene.

Mathias Dønnestad (22 år) lever og ånder for å tegne. Hans store lidenskap er tegneserier, og Mathias ønsker å realisere drømmen om å bli profesjonell tegneserietegner! Mathias har vært fast tegner og illustratør for Budstikka i over to år. I Budstikka har han med et glimt i øyet kommentert små og store hendelser i Søgne. Ingen for små og ingen for store. Siden starten har Mathias utviklet sin egen strek, og det er en merkbar kvalitetsøkning på tegningene fra starten og til nå. Han har deltatt to ganger i UKM lokalt, begge gangene kommet videre til fylkesmønstringen, og den ene gangen helt til landsmønstringen i Trondheim. Mathias deltok våren 2012 i konkurransen "Mindgames" i regi av Agder Energi og Fvn – her kom han på en imponerende 2.plass! Mathias tegner for hånd, og for å utvikle seg profesjonelt trenger han et tegnebrett for digital tegning.

Vi gratulerer Benedikte og Mathias med Søgne kommunes kulturstipend for 2012, og ønsker begge lykke til i fremtiden! De mottar en sjekk hver på kr.5000,-

Med hilsen
Kristian Strøm-Fladstad
enhetsleder

Sak 16: Z Forslag til møteprotokoll etter møtet 23.1.2013



Møteprotokoll

Utvalg: Tjenesteutvalget
Møtested: Undervisningsrom øst/vest, Søgne omsorgsenter
Dato: 23.1.2013
Tid: 09:00

Faste medlemmer som møtte:

Navn	Funksjon	Reprenter
Christian Eikeland	Leder	FRP
Oscar Löhne	Medlem	H
Anne Caroline Bakken	Medlem	H
Janette Kleivset	Medlem	KRF
Jørund Try	Nestleder	SP
Anniken Gray	Medlem	AP
Aslaug Bakke	Medlem	AP
Per Kjær	Medlem	SV

Forfall faste medlemmer:

Navn	Funksjon	Reprenter
Helge Rinden	MEDL	FRP
Grethe Jakobsen	MEDL	H
Benedicte Andresen	MEDL	H

Varamedlemmer som møtte:

Navn	Møtte for	Reprenter
Charlotte Søyland	Helge Rinden	FRP
Vibecke Andersen	Grethe Jakobsen	H
Trond Reitan	Benedicte Andresen	H

Fra administrasjonen møtte:

Navn	Stilling
Liv Landaas	Kommunalsjef oppvekstsektoren
Gustav Skretting	Kommunalsjef pleie- og omsorgsektoren
Dag Røise	Fungerende rektor Nygård skole
Cecilia Mossige Johansen	Rektor Langenes skole
Anne Beth Torkelsen	Rektor Lunde skole
Morten Torkelsen	Rektor Tangvall skole
Jarle Langeland	Rektor Tinntjønn skole
Elin Synnøve Stavenes	Enhetsleder Søgne og Songdalen PPT
Tor Johan Haugland	Skolefaglig rådgiver
Finn Georg Birkeland	Kommuneoverlege

Program:

09.00: Informasjon fra PPT.

09.30: Skolene informerer om hvilke tiltak de jobber med for å gi elevene mestring og tilpassa opplæring.

10.45: Behandling av smittevernplan.

11.00: Behandling av øvrige oppsatte saker.

11.30: Lunsj.

12.00: Fortsatt behandling av oppsatte saker.

Av elleve medlemmer møtte elleve. For Helge Rinden, FrP, møtte Charlotte Søyland. For Grethe Jakobsen og Benedicte Andresen, H, møtte Wibecke Andersen og Trond Reitan. Utvalget var således beslutningsdyktig. Det var ingen merknad til innkalling og dagsorden.

Underskrift:

Vi bekrefter med våre underskrifter at protokollen er ført i samsvar med det som ble bestemt i møtet.

Christian Eikeland
(Leder)

Bror Olav Andreas Skrede
(Utvalgssekretær)

Saksnr	Innhold	U.off.
PS 1/13	Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012	
PS 2/13	Referatsaker 23.1.2013	
RS 1/13	Prosjekt ufrivillig deltid	
RS 2/13	Nyhetsbrev desember 2012	
RS 3/13	Budsjett 2013: Informasjon om innstrammingsiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering	
RS 4/13	Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen	
RS 5/13	Foreløpig IS 1-2013 - De viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorgsområdet i 2013	
RS 6/13	Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 28/11-2012	
RS 7/13	Rapport fra høsten 2012 - Pårørendeskole	
RS 8/13	Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles...	
PS 3/13	Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering	
PS 4/13	Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i økonomiplan 2013-15	
PS 5/13	Eventuelt 23.1.2013	

PS 1/13 Godkjenning av protokoll etter møtet 28.11.2012

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget godkjenner protokoll etter møtet 28.11.2012.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 23.1.2013

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Oscar Lohne, H, poengterte at i sak PS 77/12 burde det ha vært presisert i vedtak/protokoll at arbeidsutvalget, Aslaug Bakke, Helge Rinden og Oscar Lohne, var arbeidsutvalget nedsatt av Tjenesteutvalget, i og med at det har vært to arbeidsutvalg i arbeid med saken.

Oscar Lohne, H, etterlyste også svar på spørsmål angående Tomtebo barnehage som ble fremmet i forrige møte, PS 78/12.

Ellers ingen merknader.

Vedtak:

Tjenesteutvalget godkjenner protokoll etter møtet 28.11.2012.

PS 2/13 Referatsaker 23.1.2013

Rådmannens forslag til vedtak:

Tjenesteutvalget tar referatsakene til orientering.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 23.1.2013**Behandling:**

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Ingen merknader.

Vedtak:

Tjenesteutvalget tar referatsakene til orientering.

RS 1/13 Prosjekt ufrivillig deltid 2011/1568**RS 2/13 Nyhetsbrev desember 2012 2012/306****RS 3/13 Budsjett 2013: Informasjon om innstrammingsiltak i Enhet for psykisk helsearbeid og habilitering 2012/2061****RS 4/13 Rapport om bruk av institusjonsplasser m.m. 4. kvartal 2012 inkl. noen virkninger av Samhandlingsreformen 2010/3036****RS 5/13 Foreløpig IS 1-2013 - De viktigste nasjonale målene og prioriteringene på helse- og omsorgsområdet i 2013 2012/23****RS 6/13 Referat fra møte i Samarbeidsutvalget (SU) på Nygård skole og kompetansesenter 28/11-2012 2005/221****RS 7/13 Rapport fra høsten 2012 - Pårørendeskole 2010/734****RS 8/13 Søgne kommunes kulturstipend for 2012 tildeles... 2012/2621**

PS 3/13 Smittevernplan for Søgne kommune - oppdatering

Rådmannens forslag til vedtak:

Smittevernplanen for Søgne kommune 2012 med vedleggene Pandemiplan og Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune vedtas.

Det forutsettes at planen fortløpende blir supplert med ny kunnskap og ny informasjon og at det blir foretatt en total oppdatering hvert tredje år. Smittevernlegen har ansvar for dette.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 23.1.2013

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Ingen merknader.

Oscar Lohne, H, fremmet forslag om å sende smittevernplanen videre til kommunestyret som referatsak.

Rådmannens forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Lohnes forslag ble vedtatt med seks (6) stemmer (Lohne, Bakken, Andersen og Reitan, H, Kleivset, KrF, og Kjær, SV) mot fem stemmer (Eikeland og Søyland, FrP, Bakke og Gray og Bakke, Ap, og Try, Sp).

Vedtak:

Smittevernplanen for Søgne kommune 2012, med vedleggene Pandemiplan og Plan for massevaksinasjon mot pandemisk influensa i Søgne kommune, vedtas. Det forutsettes at planen fortløpende blir supplert med ny kunnskap og ny informasjon og at det blir foretatt en total oppdatering hvert tredje år. Smittevernlegen har ansvar for dette.

Smittevernplanen sendes videre til kommunestyret som referatsak.

PS 4/13 Oppnevning av medlemmer i arbeidsgruppe for utredning av barnehagebehov - vedtak i økonomiplan 2013-15

Rådmannens forslag til vedtak:

Til arbeidsgruppa velges fra tjenesteutvalget:

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 23.1.2013

Behandling:

Til behandling forelå rådmannens forslag til vedtak.

Oscar Lohne, H, foreslår Anne Caroline Bakken, H, og Christian Eikeland, FrP, som representanter fra tjenesteutvalget.

Lohnes forslag ble vedtatt med sju(Lohne, Bakken, Andersen og Reiten, H, Eikeland og Søyland, FrP, og Kleivset, Krf) mot fire stemmer (Bakke og Gray, AP, Kjær, SV og Try, Sp).

Vedtak:

Til arbeidsgruppa velges fra tjenesteutvalget: Anne Caroline Bakken, H, og Christian Eikeland, FrP.

Saksprotokoll i Tjenesteutvalget - 23.1.2013

Behandling:

Aslaug Bakke, Ap, etterlyser bedre parkeringsløsninger i forbindelse med offentlige bygg, spesielt i forbindelse med snøfall. Det er vanskelig for drosjene å komme til f.eks. legesenteret med pasienter.

Oscar Lohne, H, fremmet følgende forslag: «Tjenesteutvalget ber ordføreren ta initiativ til at lensmannen i Søgne og Songdalen gir kommunestyret en orientering om hvordan politiet vurderer situasjon og utviklingen i Søgne med henhold til rus, kriminalitet o.l.»

Oscar Lohnes forslag enstemmig vedtatt.

Oscar Lohne, H, etterlyser et kommunalt samarbeidsforum for organisasjoner som driver med ungdomsarbeid, vedtatt i Folkehelseplanen 2011. Det etterlyses også årlig rullering av tiltaksplanen.

Charlotte Søyland, FrP, fremmet oversendelsesforslag: «Kinesisk språk vurderes å bli et likestilt tilbud på lik linje med tysk, spansk og fransk i skolen. Tjenesteutvalget ønsker at det utredes om ungdomsskolene i Søgne kommune skal kunne få dette tilbudet. Derfor bes administrasjonen utrede om dette tilbudet skal kunne gis fra 8. trinn i Søgneskolen.»

Charlotte Søylands forslag ble enstemmig vedtatt oversendt.

Per Kjær, SV, etterlyser at Tjenesteutvalget får flere saker hvor utvalget innstiller til kommunestyret, slik at utvalgets rolle og anseelse blir styrket.