

Infeksjoner blant barn i barnehager

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

Generelle råd:

- Omhyggelig håndhygiene for voksne og barn. Bare papirhåndkle og såpedispenser bør benyttes
- Sikre best mulig innelima for barna: Luft ofte!
- Pass på at barna er godt kledd og at de holder seg tørre og varme på beina

Når skal barna holdes borte fra barnehagen ved infeksjoner?

Det hadde vært ønskelig med faste, enkle regler som var absolutte og som passet for alle. Dette lar seg ikke gjøre. Hver enkelt situasjon må vurderes av barnets foreldre og barnehagepersonale, og det må utvises sunt skipperskjønn! Nedenfor er argumenter og momenter som ofte tas med i vurderingen, og den medisinske vekt som disse bør tillegges.

1. Hensynet til de andre: For å hindre smittespredning i barnehagen.

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

2. Hensynet til barnet selv. Barnets behov er aller viktigst! Et sykt barn som ikke kan delta i de daglige aktiviteter i barnehagen, vil vanligvis ha det bedre hjemme i ro og fred.

Avgjørende her er barnets *allmenntilstand*, ikke spesielle konkrete symptomer som grønt snørr, feber, øyebetennelse el. lign. Er barnet slapt og dårlig, bør det være hjemme. I sjeldne tilfeller av vanskelige hjemmeforhold vil barnehagepersonalet vurdere det som bedre for barnet å være i barnehagen selv om det er sykt. Sett fra et smittevernsynspunkt er dette greit, dersom personalet ellers følger at de kan påta seg merbelastningen.

3. Feber: Mange infeksjonssykdommer starter med feber. Barnet blir da vanligvis såpass sykt at det uten tvil skal sendes hjem. Vanskeligere kan det være å vurdere feber senere i sykdomsforløpet. De fleste barn er syke mens de har feber, og skal således ikke i barnehagen. I enkelte tilfeller kan barn ha litt feber, men likevel være i så god form at de klarer dagen i barnehagen. Medisinsk er dette ikke uforsvarlig, men erfaringen er at de fleste barn som har feber fra morgenen, blir slappe i løpet av dagen.

4. Antibiotikabehandling.

Et barn som bruker penicillin eller andre antibiotika kan være i utmerket allmenntilstand, og kan derfor gå i barnehagen som vanlig. Også her er det barnets tilstand som er avgjørende. Hvis barn skal ha medisin i løpet av barnehagetiden, må personale være villig til å gi medisin

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

Informasjon om hepatitt B og C

(SMITTSOM LEVERBETENNELSE)

Hepatitt B og C er virussykdommer. De smitter stort sett ved blodsmitte. Hepatitt B og C- 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 el. lign. Det finnes vaksine mot hepatitt B, men ikke mot hepatitt C.

Etter gjennomgått hepatitt B 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 av hepatitt B finner vi blant innvandrere fra Sørøst- Asia og sprøytenarkomane.

Hepatitt C vil ofte ikke gi noen særlige symptomer etter at man er smittet, og opp mot 75% blir kroniske smittebærere.

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,
2. Håndvask etter toalettbesøk og bleieskift både for disse og andre barn gjelder generelt, vanlig vask av kopper og kar i oppvaskmaskin
3. Dersom blødende sår oppstår, skal man også generelt være forsiktig i omgangen med blod, særlig hvis man selv har rifter eller 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.
4. Smittebærere med åpne eller blødende/væskende sår bør ikke benytte felles svømmebasseng. Det bør heller ikke andre med åpne sår gjøre.
5. 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 eller 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.

14.09.16

Christine Arentz
Smittevernlege

Mark i magen

Småbarn får ofte mark i magen, og barnehagene vil støte på problemet. Det er mange myter og misforståelser omkring dette. Småmark gir ikke sykdom, bare ubehag og kløe i og rundt endetarmen, særlig om kvelden og natten. *Mennesket er eneste vert for småmark.*

Det betyr at smitte må gå fra menneske til menneske. Følgende smitteveier er aktuelle:

- Man smitter seg selv gjennom fingerkontakt mellom endetarm og munn
- Man smittes av andre gjennom fingerkontakt med smittede sengeklær, håndklær, undertøy fra smittede personer.
- Man smittes gjennom luften. Egg kan finnes i støv på soverom, i barnehager osv. Eggene pustes inn og svelges.

Den gamle myten om at man fikk småmark utendørs ved å være i kontakt med jord, skitten snø osv, stemmer ikke!

FOREBYGGELSE OG BEHANDLING:

VASK HENDENE!

- Grundig håndvask bryter smittekjeden. Særlig viktig er dette hos småbarn som ofte putter fingrene i munnen. Pass på at neglene er korte. I barnehager må man bare benytte engangs papirhåndklær.
- La være å bite negler eller suge på fingrene.
- Skift undertøy og håndklær ofte
- Godt renhold, skikkelig støvsuging både hjemme og i barnehagene.
- Medikamentell behandling: Vanquin (reseptfri) eller Vermox (minstepakninger reseptfritt, ellers reseptbelagt). Alle familiemedlemmer bør behandles på likt. Hvis problemer i barnehager er utbredt eller stadig tilbakevendende, kan det være aktuelt å behandle hele barnehagen samtidig.

Det er ingen grunn til å holde barn med småmark borte fra barnehagen. Påbegynt behandling og god hygiene er tilstrekkelig til å hindre videre smittespredning.

Christine Arentz
Smittevernlege

14.09.16

Fotvorter og fotsopp

Fotvorter er en virussykdom som går over av seg selv, selv om det kan ta lang tid.

Fotsopp er en soppsykdom som ikke går over av seg selv. Den er svært vanlig.

Begge sykdommer er lite smittsomme dersom huden på føttene er hel og frisk.

Forebyggelse er enklere og bedre enn behandling. Pass på at huden på føttene er ren, tørr og uten sår og sprekker. Pass på at fottøyet passer og at små sår og sprekker behandles effektivt. Tett skotøy (gummistøvler, joggesko etc.) må tas av i timene. Elevene bør ha tøfler/innesko/sandaler stående på skolen til bruk i timene. Pass på å tørke føttene meget godt etter dusjing/bading, spesielt mellom tærne. Skift sokker ofte.

Badesokker (tette gummisokker) kan brukes for å unngå smitte, men anbefales ikke brukt til vanlig. De er dyre, og må vaskes etter hver gangs bruk. Huden vil lett bli fuktig og lettere mottagelig for smitte. Bruk av strandsandaler eller vanlige sokker i dusj/bad beskytter ikke mot smitte.

Gulv i garderober og svømmehaller må vedlikeholdes og rengjøres grundig med vanlige vaskemidler. Pass på at gulvene blir tørre fra dag til dag, og at sprekker i fliser og gulvbelegg repareres.

Kroppsoving barbert tillates ikke.

Råd for bekjempelse av utbrudd:

Med utbrudd menes at klart flere enn vanlig får fotvorter og/eller fotsopp.

1. Elever og foreldre får informasjon, gjerne skriftlig.
2. Fotbad med 0.5% kloramin i dusjrom brukes av alle.
3. Hovedrengjøring av gulv i dusjrom, garderober og svømmehall etter fukting med 5% kloramin gjøres minst hver måned.
4. Inkubasjonstiden (tiden fra smitte til sykdom) for vortevirus er såpass lang at tiltakene må opprettholdes ut skoleåret for å stoppe videre smittespredning.

Behandling av fotvorter:

Tilstanden går over av seg selv etter en tid. Behandling som gir arr kan derfor være verre enn ingen behandling. Det enkleste er å skjære eller skrape bort toppen av vorten, eventuelt etter forbehandling med Verucid. Dermed blir den ikke vond å gå på. Behandlingen må gjentas ofte. Forøvrig finnes en rekke mer eller mindre omfattende behandlingsmetoder, hvorav frysebehandling er den hyppigst anvendte.

Behandling av fotsopp:

Det finnes meget effektive kremer og puddere som helbreder fotsopp. Disse er nå reseptfrie til dette bruk. Behandlingen må fortsette til huden er helt frisk, deretter blir det ekstra viktig med forebyggende tiltak: *Hold føttene rene og tørre. Skift sokker ofte!*

Christine Arentz
Smittevernlege
14.09.16

Hodelus i barnehager og skoler

Luseepidemier kommer regelmessig. Det blir gjerne meldt fra skoler eller barnehager og andre steder der barn er tett sammen. Imidlertid er det som oftest andre steder barna er smittet. Barn i alderen 5-12 år er mest utsatt for smitte, fordi de har mest kroppskontakt. Smitten skjer oftest i familien, eller i vennegrupper utenom skole og barnehage. Eggene bruker ca. 6 døgn på å bli klekket ut, men det går ofte 3 uker fra smitte til man merker at man har lus. Oftest har barnet hatt lus en god stund før det oppdages: Det er ingen grunn til panikk.

Forebygging: Unngå å låne luer, hjelmer, kammer, børster ol. av hverandre, selv om dette antagelig er en lite viktig kilde til smittespredning.
Prøv å unngå altfor tett kontakt hår mot hår, da dette er hovedsmitteveien.

Ansvarlig for lusekontrollen: Foreldre/foresatte skal foreta lusekontrollen. Dette er ikke ansvaret til helsesøster, lærere, barnehageansatte eller andre offentlige personer.

Behandling av luseangrep:

1. Når det blir påvist lus i en barnehage/skole, er det viktig at alle barna blir undersøkt. Familiemedlemmer til barn med lus må også undersøkes. Se etter egg/lus, særs innerst på hår
2. Eggene ser man som ganske små, pæreformede dannelser, som sitter fast dersom man tar dem mellom fingrene (i motsetning til flass, som løsner lett).
3. Den som er infisert skal behandles med kjemikalier og kjemming, eller bare med kjemming
Grundig kjemming med lusekam daglig i fuktig hår en uke (uten bruk av kjemikalier), er vist å kunne helbrede over 40%. Lusekam fås på apotek.
4. Dersom man ønsker å prøve kjemisk behandling, skal man velge Prioderm Liniment eller Malation. Dette er de eneste noenlunde sikre preparatene, men lusene er i ferd med å utvikle motstandsdyktighet mot dem. Følg bruksanvisningen nøye, og vær ekstra nøye med å kamme/riste håret kort tid etter at preparatene er påført. Selv om lusa er motstandsdyktig, blir den midlertidig lammet av kjemikaliene og kan da lettere fjernes med kamming og risting. Vi anbefaler derfor daglig kjemming 7-8 dager etter bruk av kjemikalier. Deretter gjentas den kjemiske behandlingen.
5. NIX, Prioderm shampo eller Rinsoderm shampo gir for lav giftdose til å drepe lusene, og skal derfor bare brukes på de som ikke kan bruke Prioderm liniment eller Malation. Her er det ekstra viktig med omhyggelig kjemming!
6. Linicin er en serie produkter som har dårlig dokumentasjon, men som kan forsøkes. Følg bruksanvisningen.
7. Barn og voksne som ikke er smittet, skal ikke behandles.
8. Husk at døde egg kan ses lenge etter behandling. Det har ingen hensikt å gjenta behandlingen med mindre man er 100% sikker på at man ser levende lus.
9. Etterkontroll er viktig. På skoler og barnehager anbefales at alle barn kontrolleres hver annen uke inntil en måned etter behandling.
10. Resten av familien til personer med lus bør undersøkes og eventuelt behandles samtidig.
11. Det har ingen hensikt med bekjempelsestiltak mot lus i bygninger eller møbler - det stopper ikke smitten. Koking/frysing av kammer, børster og hodeplagg er eneste aktuelle tiltak

Smitteoppsporing: Lusa smitter fortere enn den oppdages, dermed har den lett spillerom. Men det går an å drive smitteoppsporing på følgende måte: Mål avstanden fra hodebunnen,

Til det ytterste egget. Håret vokser 1 cm i måneden. Dermed kan man regne seg tilbake til smitte- tidspunkt, og eventuelt varsle de familier de har hatt kontakt med.

Husk: Lus er ufarlig, det sprer ingen sykdommer og er ingen urenslighetssykdom.

Christine Arentz, Smittevernlege, 14.09.16

Barn med øyebetennelser

(KONJUNKTIVITT)

1. Smittevernlegen har fått henvendelser fra barnehager og foreldre vedrørende øyebetennelser. Det viser seg å være ulik praksis i barnehagene, noe som skaper usikkerhet og irritasjon, og kan påføre foreldre og samfunn unødvendige utgifter.
2. Øyebetennelser (konjunktivitt) er alltid en ufarlig, selvbegrensende sykdom. Som oftest skyldes de smitte fra nese/svelg hos barn som allerede er forkjølet. Smitten overføres fra barn til barn på samme måte som forkjølelse, og skyldes virus i flertallet av tilfellene.
3. Sykdommen er verken mer eller mindre smittsom enn andre luftveisinfeksjoner. Viktigste smitteforebyggende tiltak er (som ved alle andre infeksjonssykdommer) omhyggelig håndhygiene hos både barn og voksne.
4. Som ved de andre smittsomme sykdommene, er det også i dette tilfellet en inkubasjonstid. Inkubasjonstid betyr den tiden som går fra man er smittet og fram til symptomene blir synlige, det vil si at barnet er smittefarlig noen dager før en kan se materie på øynene.
5. Nyere forskning viser at det i de fleste tilfeller er helt unødvendig med spesiell behandling av ukomplisert øyebetennelse hos barn, spesielt fordi et flertall av tilfellene skyldes virus, der vi ikke har virksomme medisiner. God rengjøring av øyet med fjerning av materie er godt nok. Dersom betennelsen varer mer enn 3-4 dager, og/eller dersom øyet virker rødt og irritert, bør lege oppsøkes. I alle andre tilfeller er det ikke nødvendig å oppsøke helsevesenet.
6. Ettersom sykdommen er helt ufarlig, og ettersom barnet har vært smittefarlig flere dager før symptomene blir synlige, er det ikke noen medisinsk god grunn til å nekte barn å delta i barnehagen når de har øyebetennelse, dersom de ellers er i god form.
7. Se ellers de generelle retningslinjene for håndtering av infeksjonssykdommer i barnehager og skoler.

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

Barn med Hånd- fot- og munnsykdom

(STOMATITT MED UTSLETT)?

Smittevernet og legevakten har fått henvendelser fra barnehager og foreldre vedrørende hånd - fot og munnsykdom. Følgende gjelder:

1. Sykdommen har ingen ting med munn og klovsyke å gjøre! Sykdommen er vanligvis mild og ufarlig og rammer stort sett bare små barn. Smitten overføres fra barn til barn på samme måte som forkjølelse, dvs. gjennom luften og gjennom nærkontakt. Det kommer gjerne en opphopning av tilfeller, vår og høst ca. hvert tredje år.
2. Sykdommen arter seg som små gulhvite blemmer med rød randsone i munnen, under føttene og i håndflatene, av og til også rundt endetarmen og i skrittet. Feber kan også følge med, men vanligvis virker ikke barna så veldig syke.
3. Som ved de andre smittsomme sykdommene, er det også i dette tilfellet en inkubasjonstid før symptomene blir synlige, det vil si at barnet er smittefarlig 2-6 dager før en kan se utslag av blemmer.
4. Betennelsen skyldes et virus som kalles coxsackie A16. Det er ingen behandling som dreper selve viruset, det ordner barnets eget immunsystem ganske lett. Det skal altså ikke gis penicillin eller annet antibiotikum. Vanligvis er ungene i friske i løpet av under en uke. I mellomtiden må foreldrene passe på at barna får i seg nok drikke, spising er det ikke så farlig med, det tar ungene igjen når de blir friske. Er det mye smerter, kan de få litt paracetamol (Panodil, Pinex, Paracet). Blir det vanskelig med tannpuss, kan et bakteriedrepende munnskyllevann eller dental- gel benyttes.
5. Ettersom sykdommen er helt ufarlig, og ettersom barnet har vært smittefarlig i flere dager før symptomene blir synlige, er det ikke noen medisinsk god grunn til å nekte barn å delta i barnehagen når de ellers er i god form! Når barnet har gjennomgått sykdommen, har det oppnådd immunitet, og vil være godt beskyttet mot å bli syk av denne sykdommen senere.
6. Se ellers de generelle retningslinjene for håndtering av infeksjonssykdommer i barnehager og skoler.

Christine Arentz
Smittevernlege
14.09.16

Brennkopper hos barn i barnehager og skoler

Brennkopper er en hudinfeksjon som stort sett er forårsaket av *gule stafylokokker* eller *streptokokker*. Sykdommen er ikke farlig, men den har en lei tendens til å smitte lett fra barn til barn, og også fra en kroppsdel til en annen. Således kan det bli et problem i barnehager og skoler, der smittekildene er mange og det er vanskelig å få gjennomført effektive tiltak. Vi ser også utbrudd i enkelte familier, der smitten kan være svært vanskelig å bli kvitt.

Bakterien finnes normalt på minst 25% av oss til enhver tid, så den er ikke mulig å utrydde. Målet med tiltakene er å redusere spredning av bakteriestammer som er spesielt hissig.

Hindre smittespredning: Dette er viktig og vanskelig.

1. *God håndhygiene* er alltid viktig, men spesielt viktig når det er utbrudd av brennkopper. Påse også at neglene er kortklippet.
2. *Sanering av miljøet* i barnehage, skole og hjem er viktig: Kokvask håndklær og sengetøy. OBS: Kosedyr bør også kokes - det er en smittekilde man ofte glemmer!

Behandling:

1. Vask med Klorhexidin (reseptfritt på apotek). Bruk rene kluter som kastes eller kokvaskes etterpå, rens bomull eller usterile kompresser.
2. Dersom det er få, vel avgrensede sår: Smør på Brulidine krem og dekk til med plaster eller kompress.
3. Dersom dette ikke virker, eller det er mange eller store områder som er infisert: Kontakt lege for prøvetaking og eventuell behandling med mikstur eller tabletter.
4. Vi anbefaler at barna holdes borte fra skole/barnehage til tilstanden er under kontroll, det vil si at sårene ikke væsker.
5. Dersom smitten blir værende i en familie, slik at det stadig kommer nye utbrudd hos familiemedlemmene, kreves det meget omfattende tiltak. Smittevernet har en oppskrift på hvorledes dette kan gjøres.

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

Vannkopper i skole og barnehager

Vannkopper er en sykdom som vi ikke vaksinerer mot i dag. Det finnes vaksine, men den er kun beregnet for personer som går på cellegift, skal transplanteres eller har visse alvorlige sykdommer, eller nærkontakter til slike pasienter.

Vannkopper er minst plagsomme dersom man får dem som barn. Gjennomgått sykdom gir varig beskyttelse mot ny smitte. Derfor er det ikke spesielt viktig å unngå smitte blant normale barn. Sykdommen smitter også i *inkubasjonstiden*, det vil si den tiden som går fra barnet er blitt smittet til sykdommen bryter ut, 2-3 uker. Vannkopper smitter gjennom luft, men man kan også bli smittet gjennom væske fra koppene.

Enkelte barn får andre sykdommer i forbindelse med vannkoppene, slik som øreverk eller lungebetennelse.

Dermed kan følgende råd være fornuftige å følge:

1. Barnet skal holdes borte fra skole/barnehage fordi de er syke og ikke bør være i altfor stor aktivitet, ikke først og fremst for å hindre smittespredning.
2. Dermed skal barnets *allmenntilstand* (altså hvordan barnet har det, hvor sykt er det?) avgjøre om de kan være i skole og barnehage. Et barn har ikke godt av å bli presset til aktiviteter det ikke klarer.
3. Stort sett vil det være fornuftig å holde barnet borte fra skole/barnehage de første dagene av sykdommen, dvs. fra utslettet bryter ut og til det har begynt å tørke inn. Da er faren for komplikasjoner svært liten.

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

Kikhoste

Tilsynelatende har det vært en økning av antall tilfeller med kikhoste de senere årene. Det er usikkert om økningen egentlig har vært så stor, fordi det er først i det siste at diagnosen er blitt lett å stille ved hjelp av blodprøver. De fleste tilfellene blir meldt hos eldre barn, voksne og eldre. Symptomene er langvarig hoste, men ofte uten den karakteristiske kikingen. Det ser ut til at antibiotika har en viss effekt, selv et stykke ut i forløpet av sykdommen, men sykdommen går til slutt over av seg selv, så behandling med antibiotika er ikke strengt tatt nødvendig.

Kikhoste kan være farlig for små spedbarn. Vi vaksinerer mot kikhoste først og fremst for å beskytte de helt små barna. I Flekkefjord er det praktisk talt ikke meldt om kikhoste hos barn under 3-4 år, til tross for at det åpenbart er svært mye smitte i befolkningen. Det betyr at det tiltaket vi har mot kikhoste (vaksinering) er effektivt og sikrer de minste barna mot sykdommen. Vaksinen er nå mindre plagsom enn tidligere. Det er en viss beskyttelse allerede etter første dosen med vaksine.

Kikhoste smitter lett ved dråpesmitte. De første symptomene ligner en vanlig forkjølelse i ett par uker, og det er da smittefaren er størst. Når hosten setter inn, er smittefaren mindre.

1. Kikhostesmitten kan ikke fjernes fra befolkningen. Vi må regne med at det alltid vil finnes et stort antall barn og voksne som skiller ut smittestoffet. Dessuten er pasientene mest smittefarlige før vi vet at de er smittet! Det vil derfor ikke ha noen effekt å forsøke å isolere personer som har fått påvist kikhoste. De kan gå på skole, barnehage og jobb som vanlig dersom de er i form til det.
2. Det er av meget stor betydning at alle foreldre får vaksinert sine barn mot kikhoste så tidlig som mulig. Foreldre og helsestasjoner må samarbeide om å følge vaksinasjonsprogrammet mest mulig korrekt, og spesielt unngå utsettelse av kikhostevaksineringen.
3. Dersom det påvises kikhoste hos nærkontakter (foreldre, søsken) til uvaksinerte spedbarn, bør kontaktene gis antibiotika, slik at man reduserer smittefaren mest mulig. I enkelte sjeldne tilfeller kan det være aktuelt å behandle spedbarnet forebyggende med antibiotika, men dette må drøftes i den enkelte situasjon ut fra den konkrete smitterisikoen.
4. Fastlegen må vurdere behovet for antibiotikabehandling hos andre med påvist sykdom i forhold til hvor lenge sykdommen har vart og i forhold til hvor plagsom sykdommen er for den enkelte.
5. I perioder med kikhosteutbrudd, bør alle som har kontakt med smittede og syke, gis tilbud om vaksinering med Boostrix Polio eller Repavax.

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

Vedrørende barn under 4 år og reiser til tropiske/ subtropiske strøk

Det er enighet blant ledende norske reisemedisinske eksperter at man ikke anbefaler å ta de minste barna med på reiser til tropiske/subtropiske strøk. Dette fordi det er opptil ti ganger høyere hyppighet av infeksjonssykdommer blant de minste på slike reiser, blant annet fordi immunapparatet er dårligere utviklet hos dem. For eksempel vil en mage/tarminfeksjon med oppkast og diaré kunne gi alvorlig væskemangel raskere hos de minste barna, og dette kan være en farlig lidelse. Også de typiske tropiske sykdommene som gulfeber, denguefeber og malaria kan gi alvorlig sykdom hos små barn.

Når familiene kommer for å få sine råd og vaksiner på reisevaksinasjonskontoret etter å ha bestilt og eventuelt betalt sin reise, oppstår av og til mye frustrasjon og bekymring når ovennevnte råd blir gitt. Noen velger å avbestille turen og ønsker en dokumentasjon fra Vaksinasjonskontoret i den forbindelse.

I den anledning vil vi presisere:

- Det er alltid den enkelte families ansvar å vurdere risiko og ta avgjørelser i slike saker ut fra den informasjon de innhenter.
- Vaksinasjonskontoret gir råd etter beste faglige skjønn og i tråd med hva ledende norske eksperter på området har uttalt.
- Vaksinasjonskontoret kan ikke påta seg noe ansvar for hvorledes familiene vurderer informasjonen de får og hvilken avgjørelse de da tar i sakens anledning.

Christine Arentz, Smittevernlege (14.09.16)

NOROVIRUS (omgangsyke/gastroenteritt)

Norovirus infeksjon er en infeksjon som rammer magetarm systemet og fører til oppkast og diare.

Norovirus er ansvarlig for omlag 50 % av alle epidemiske gastroenteritter i verden.

Inkubasjonstid er 24-48 timer, dvs. at barna kan være noe smittsomme mens de er i barnehage/skole før de selv viser symptomer på sykdommen.

Sykdommen smitter gjennom mat/vann som inneholder viruset, eller via dråpesmitte

For å begrense smitte anbefales det at barn som har hatt oppkast eller diare holdes hjemme i 48 timer etter siste episode med diare eller oppkast da sykdommen er svært smittsom.

Sykdommen har stort sett et kort forløp

Symptomer er som oftest uvelhetsfølelse, kvalme, brekninger, magesmerter, muskelverk, rennende vandig avføring.

Studier har vist at hånddesinfeksjon med alkoholholdig middel har begrenset effekt mot norovirus.

VIKTIG er god håndhygiene med SÅPE og VANN

Christine Arentz, Smittevernlege (30.11.16)

6.0 Oppdatering av planen

Planen oppdateres fortløpende når ny kunnskap eller informasjon foreligger.

Smittevernlege er ansvarlig for oppdatering av planen og for distribueringsplanen og endringene i denne.

Full revisjon bør skje hvert 4 år, neste gang i 2021.

Viktige navn og telefonnumre, Flekkefjord kommune

Navn	Funksjon	Epostadresse	Telefon
Bernhard Nilsen	Rådmann	Bernhard.nilsen@flekkefjord.kommune.no	95 96 67 67
Marianne Omland	Kommune-overlege	Marianne.omland@flekkefjord.kommune.no	97 73 10 84
Christine Arentz	Stedfortreder for kommune-overlege	christine.arentz@flekkefjord.kommune.no	91 61 64 19
Inger Marethe Egeland	kommunalsjef	egeing@flekkefjord.kommune.no	98 46 06 32
Tone Lende	Ledende Helsesøster	tone.lende@flekkefjord.kommune.no	91 70 21 80