



SMITSOMME SYGDOMME HOS BØRN OG UNGE

Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.

2013

SMITSOMME SYGDOMME HOS BØRN OG UNGE

Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.

2013

Smitsomme sygdomme hos børn og unge

Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.

© Sundhedsstyrelsen, 2013

7. udgave, 1. oplag, 2013

ISBN (trykt version): 978-87-7104-481-2

ISBN (elektronisk version): 978-87-7104-480-5

Kategori: Vejledning

Emneord: Børn, børnesygdomme, pædiatri, smitsomme sygdomme, hygiejne

Manus ved arbejdsgruppe bestående af:

Kirsten Baggesen, overlæge, Øjenafdelingen, Aalborg Sygehus, *Birgitte Brinck*, kommunallæge, Frederiksberg Kommune, *Lene Flachs*, praktiserende læge, Nørrebro, København, *Henrik Glad*, afdelingslæge, Øre-, næse- & halskirurgisk afdeling, Rigshospitalet, *Anne Hempel-Jørgensen*, embedslæge i Midtjylland, *Johannes Kristensen*, overlæge, Dermatologisk afdeling, Bispebjerg Hospital, *Kåre Mølbak*, afdelingschef, Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, *Inge Nandrup-Bus*, sundhedsplejerske, IBCLC og hygiejnesygeplejerske, Fredensborg Kommune, *Jens Ole Nielsen*, professor, overlæge, Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital, *Freddy Karup Pedersen*, professor, overlæge, Pædiatrisk Klinik II, Rigshospitalet, *Peter Skinhøj*, professor, overlæge, Epidemiklinikken, Rigshospitalet, *Niels Henrik Valerius*, overlæge, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital.

Fagredaktion:

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, ved:

Asja Kunøe, afdelingslæge

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, IBCLC

Tove Rønne, overlæge

Forlagsredaktion:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Illustrationer:

Dina Gellert

Grafisk tilrettelæggelse:

Peter Dyrvig Grafisk Design

Tryk:

Scanprint

Udgivet af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning

Kan bestilles hos:

Komiteen for Sundhedsoplysning

Classensgade 71, 5. sal

2100 København Ø

Fax: 35 43 02 13

kfs@sundkom.dk

www.sundhedsoplysning.dk

Denne publikation kan også læses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk

Trykt med vegetabiliske farver uden opløsningsmidler på miljøgodkendt papir



Forord

Smitsomme sygdomme hos børn og unge. Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v. er 7. udgave, 2013, af Sundhedsstyrelsens publikation på området. I nærværende udgave er der få ændringer i forhold til 5. og 6. udgave. Enkelte steder er teksten justeret, så den er mere læsevenlig. Derudover er nye udgaver af diverse vejledninger og publikationer ført ajour.

Vejledningen indeholder en udførlig beskrivelse af de grundlæggende regler på området og beskriver, hvem der gør hvad.

Vejledningen henvender sig både til institutioner, skoler, forældre og sundhedsvæsenet. Det er et ønske, at vejledningen kan medvirke til at gøre samarbejdet på området lettere.

Når syge børn holdes hjemme, og når der opretholdes god hygiejne både dér, i skoler og i daginstitutioner, mindskes børns sygelighed, til glæde for både børn, forældre og institutioner. At efterleve disse regler kræver en del af alle parter. Vejledningens oplysninger og råd kan bruges i det daglige til forebyggelse af smitte, til forbedring af hygiejnen, i forhold til ansvarsfordelingen og giver viden om de enkelte sygdomme.

Sundhedsstyrelsen skal hermed takke arbejdsgruppen for deres store indsats.

Sundhedsstyrelsen
Januar 2013

Søren Brostrøm
Enhedschef
Sygehuse og Beredskab

Indhold

1.	Indledning	7
2.	Grundlæggende regler	8
2.1	Hvornår må et barn komme i institution?	8
2.1.1	Fremmøde trods smitterisiko	9
2.1.2	Er barnet rask eller syg?	9
2.2	Videregivelse af information om sygdomstilfældet	10
3.	Tegn på smitsom sygdom	11
3.1	Almene symptomer	11
3.2	Specifikke symptomer	11
3.3	Feber	11
3.3.1	Temperaturmåling og feber	11
3.3.2	Feberkrampe	12
3.3.3	Alarmerende tegn hos det syge barn med feber	12
4.	Hvem gør hvad?	13
4.1	Personalets opgaver	13
4.1.1	Sygt barn i institutionen	13
4.1.2	Mange sygdomstilfælde i institutionen	14
4.1.3	Hygiejniske forholdsregler	14
4.1.4	Indskrivning af børn	14
4.1.5	Personalemæssige forhold ved smitsomme sygdomme	14
4.2	Forældrenes opgaver	14
4.3	Den behandlende læges opgaver	15
4.4	Den kommunale sundhedstjenestes opgaver	15
4.5	Embedslægeinstitutionens opgaver	16
4.6	Arbejdstilsynets opgaver	17
5.	Hvad er en smitsom sygdom?	18
5.1	Om modtagelighed for smitsomme sygdomme	18
5.2	Om smitte	21
5.2.1	Smitteveje	21
6.	Forebyggelse af smittespredning	23
6.1	Håndhygiejne	23
6.2	Håndvask	24
6.3	Hånddesinfektion	25
6.4	Handsker	25

6.5	Forebyggelse af smitte fra luftvejene	25
6.6	Forebyggelse af smitte fra mave-tarm-kanalen	26
6.7	Forebyggelse af smitte fra huden	26
6.8	Forebyggelse af smitte gennem madvarer	27
6.9	Skærpet hygiejne	27
7.	De enkelte smitsomme sygdomme	28
7.1	Bakteriel halsbetændelse (tonsillitis acuta) og skarlagensfeber (scarlatina)	28
7.2	Bakterielle hudinfektioner hos børn	29
7.3	Bylder (folliculitis og furuncles)	30
7.4	Børneorm (enterobiasis)	31
7.5	Børnesår (impetigo)	32
7.6	Diaré og opkastning (mave-tarminfektioner)	33
7.7	Fnat (scabies)	35
7.8	Forkølelse (rhinitis, pharyngitis, laryngitis) og virushalsbetændelse (tonsillitis acuta)	36
7.9	Forkølelsessår (herpes)	38
7.10	Fåresyge (parotitis epidemica)	39
7.11	Hepatitis A (smitsom leverbetændelse)	40
7.12	Hepatitis B (leverbetændelse B)	41
7.13	Hiv-infektion (human immundefekt virus)	42
7.14	Hånd-, fod- og mundsygdom (hand-, foot- and mouth disease)	43
7.15	Influenza	44
7.16	Kighoste (pertussis)	45
7.17	Kysseysyge (mononucleosis infectiosa)	46
7.18	Lus (pediculus capitis)	47
7.19	Lussingsyge (parvovirusinfektion, erythema infectiosum, femte børnesygdom)	49
7.20	Mellemørebetændelse med øreflåd (otitis media suppurativa acuta)	50
7.21	Meningokoksygdom (smitsom meningitis)	51
7.22	MRSA (methicillin-resistente gule stafylokokker)	53
7.23	Mæslinger (morbilli)	54
7.24	Røde hunde (rubella)	55
7.25	Skoldkopper (varicella)	56
7.26	Skovflåtoverførte infektioner	58
	7.26.1 Borreliainfektion	58
	7.26.2 Tick-borne-encephalitis, TBE (flåtbåren hjernebetændelse)	59
7.27	Svampeinfektioner (dermatofytoser, ringorm)	60
7.28	Tredagesfeber (exanthema subitum)	61
7.29	Tuberkulose	62
7.30	Vandvorter (molluscum contagiosum)	63
7.31	Vorter (verruca vulgaris)	63
7.32	Øjenbetændelse (conjunctivitis)	64

8. Oversigt over de enkelte smitsomme sygdomme	67
Læs mere	70
Yderligere information	72
Register	73

1. Indledning

Sygdom hos børn er belastende for både børn og forældre, og der kan opstå tvivlstilfælde og mange spørgsmål. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet denne vejledning for at hjælpe med afklaring af disse spørgsmål og stimulere til et godt samarbejde mellem de involverede.

Det overordnede formål med vejledningen er at begrænse udbredelsen af smitsomme sygdomme i daginstitutioner og skoler m.v.¹

Målgruppen er personale i daginstitutioner og skoler m.v., samt forældre og personale i sundhedsvæsenet².

Institutioner og sundhedsvæsen skal overholde gældende regler, men forudsætningen for, at sygdomme kan undgås i videst muligt omfang er god hygiejne, og at forældrene holder børnene hjemme, når de er syge.

Vejledningen knytter sig til en bekendtgørelse³ og erstatter tidligere vejledning⁴ og retningslinjer⁵, der herved ophæves.

Vejledningen omhandler almene forhold vedrørende smitsomme sygdomme og mere specifikke forhold for enkelte sygdomme.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk under *Smitsomme sygdomme hos børn* findes supplerende materiale til vejledningen, herunder informationskrivelser om hver enkelt sygdom der kan benyttes ved opslag i institutionen.

1 Omfatter dagtilbud for børn i alderen 0 år og til skolestart (dagplejer, vuggestuer, børnehaver og aldersintegrerede institutioner) samt skoler, skolefritidsordninger (SFO), ungdomsklubber og andre socialpædagogiske tilbud og gælder private såvel som offentlige institutioner.

2 Omfatter primært de behandlende læger, de kommunale sundhedstjenester og embedslægeinstitutionerne.

3 Bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge, BEK nr. 1515 af 13/12/ 2007.

4 Smitsomme sygdomme hos Børn. Vejledning for daginstitutioner, skoler og forældre, Sundhedsstyrelsen, 1996.

5 Sundhedsstyrelsens retningslinjer om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge", RTL nr. 36 af 21/03/1983.

2. Grundlæggende regler

I lovgrundlaget fastsættes de grundlæggende regler, herunder: hvem der gør hvad, smittebegrænsende forholdsregler samt regler om formidling af information om sygdomstilfælde.

Smitsomme sygdomme kan overordnet inddeles i to grupper:

1. Særlig alvorlige smitsomme sygdomme⁶, fx meningitis, som der foreligger særlige regelsæt for. Hvilke sygdomme, det drejer sig om, kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside under *Smitsomme sygdomme hos børn*. Disse sygdomme er forholdsvis sjældne og ikke dem, der tegner det daglige billede i institutioner, men kan forekomme hos børn og personale samt i tilknyttede husstande. Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte de forebyggende foranstaltninger i forbindelse med disse sygdomme. De behandlende læger har meldepligt, og embedslægeinstitutionen og Statens Serum Institut får på denne måde kendskab til enkelttilfælde af disse sygdomme.
2. De øvrige smitsomme sygdomme, som er langt de hyppigste, forekommer især i daginstitutioner for børn i alderen 0-6 år. Mange af disse sygdomme kan ikke hindres, men smittespredningen kan nedsættes ved en fælles indsats. Som hovedregel har den kommunale sundhedstjeneste⁷ ansvar for rådgivning om begrænsning af udbredelsen af disse sygdomme.

2.1 Hvornår må et barn komme i institution?

En hovedregel er, at syge børn og personale ikke må komme i institutionen, og at et barn med en smitsom sygdom først må komme igen, når det ikke længere smitter.

Barnet skal være rask og kunne deltage i de aktiviteter, det plejer uden at kræve særlig pasning.

Der er dog undtagelser fra hovedreglen, og definitionen af hhv. 'rask' og 'syg' er ikke altid så enkel.

6 Alment farlige og øvrige smitsomme sygdomme, der fremgår af liste A og B og/eller er anmeldelsespligtige i medfør af § 26 i Epidemiloven.

7 Læger og sundheds- og sygeplejersker og andet personale udgør den kommunale sundhedstjeneste i henhold til §28 i bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.

Bagest i denne publikation er der en oversigt over almindeligt forekommende sygdomme med en angivelse af, hvornår barnet må komme i institution igen.

2.1.1 Fremmøde trods smitterisiko

Ved visse sygdomme må barnet *gerne* komme, selv om der kan være en vis smitterisiko, forudsat at barnet er rask (se nedenfor). Det gælder fx for lussingesyge, hånd-, fod- og mundsygdom, forkølelssår, børneorm, vandvorter m.v. Disse sygdomme forløber mildt, og barnet er ofte ikke særligt påvirket. Desuden kan der være raske smittebærere, så smittespredning ikke kan forhindres ved at holde børn med synlige tegn på sygdom hjemme. I andre tilfælde må barnet komme, 'når behandling er iværksat', også hvis der er tale om et behandlingsforløb, der strækker sig over længere tid. Det gælder fx ved lus og fnat.

2.1.2 Er barnet rask eller syg?

Det kan specielt for børns vedkommende af og til være svært at afgøre, om de er syge eller raske, og ofte må man foretage et skøn.

Barnet er rask, når det er feberfrit, og almentilstanden er upåvirket. Barnet skal kunne deltage i de aktiviteter, det plejer uden at kræve særlig omsorg og pasning. Barnet skal fx kunne lege ude og tage med på udflugt.

Hvis et barn kommer i institution uden at være helt rask, har det på grund af nedsat modstandskraft større risiko for at få komplikationer til sygdommen eller pådrage sig en anden sygdom. Det kan derfor være en god idé at lade barnet blive hjemme i mindst 1 dag, efter at det er blevet feberfrit.

Barnet er syg, hvis almentilstanden er påvirket, hvis det har feber, eller hvis der er specifikke tegn på sygdom. Læs om tegn på smitsom sygdom, kapitel 3.

Lederen af institution/skole kan ikke pålægge forældre at kontakte egen læge med henblik på specifikke undersøgelser for at fastslå en diagnose eller opspore smittebærere (blodprøver, podning m.v.). Læs om lægeundersøgelser side 15.

Hvis personalet er i tvivl, kan den kommunale sundhedstjeneste kontaktes. Forældre kan kontakte egen læge. Den kommunale sundhedstjeneste og institutionen må ikke kontakte egen læge uden forældrenes samtykke. Ved fortsat tvivl kan den kommunale sundhedstjeneste kontakte embedslægeinstitutionen, der træffer afgørelse, om barnet kan modtages i institution. Ved de alvorlige sygdomme træffer embedslægen afgørelsen.

2.2 Videregivelse af information om sygdomstilfældet

Lederen af institution/skole eller lederens stedfortræder skal formidle information om smitsomme sygdomme til børnenes (og personalets) hjem. Dette sker i institutioner for 0-6-årige ved opslag.

Ved alvorlig sygdom som fx meningitis skal lederen af afdelingen eller dennes stedfortræder efter aftale med embedslægeinstitutionen formidle information til børnenes (og personalets) hjem. Embedslægeinstitutionen beslutter hvilken personkreds, der skal informeres, samt indholdet og formen af denne information. I integrerede institutioner skal lederen af den afdeling, hvor sygdommen forekommer, også underrette evt. andre afdelingsledere.

Drejer det sig om en alvorlig smitsom sygdom, får lederen af institution/skole informationen fra embedslægeinstitutionen, der også informerer den kommunale sundhedstjeneste.

For de øvrige smitsomme sygdomme, der især er relevante i småbørnsinstitutioner, er lederens formidling af oplysninger afhængig af, at forældrene oplyser om deres barns sygdom, og ikke mindst hvad barnet fejler, hvis der foreligger en lægelig vurdering heraf. I de fleste situationer er det i alles interesse, at andre forældre og de ansatte er bekendt med tilfælde af smitsom sygdom i institutionen.

Der kan dog være helt særlige situationer, hvor dette ikke tjener et formål, fx ved hiv-infektion. Lederen af institution/skole har tavshedspligt i forbindelse med videregivelse af sygdomsoplysninger. Videregivelse kan dog ved behov ske efter samtykke med forældrene.

Et opslag skal kunne ses af alle, og barnets navn må ikke nævnes. Der kan fx være tale om meget smitsom sygdom/tilstand, fx maveinfektion, skoldkopper og lus, eller en sygdom med længerevarende feber, fx tredagesfeber.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside er der forslag til supplerende informationskrivelser til forældre om en række almindeligt forekommende sygdomme. Skrivelserne kan printes ud og hænges op.

3. Tegn på smitsom sygdom

Der kan være mange forskellige tegn, der giver mistanke om, at et barn har en smitsom sygdom:

- Almene symptomer
- Specifikke symptomer, afhængigt af sygdommens art
- Feber.

3.1 Almene symptomer

Når et barn er ved at blive syg, bliver det ofte mat, pylret, uroligt eller grædende. Små børn kan undertiden klage over ondt i maven eller kaste op, selv om det ikke drejer sig om en sygdom i maven.

3.2 Specifikke symptomer

Ud over almensymptomerne kan der være mere specifikke symptomer ved de forskellige sygdomme. Der kan fx opstå snue, hoste, øjenbetændelse med pusflåd, påvirket vejrtrækning eller udslæt. Opkastning og diaré er ofte tegn på mave-tarm-infektioner, men kan som nævnt ovenfor også være tegn på andre sygdomme.

3.3 Feber

3.3.1 Temperaturmåling og feber

Ved temperaturmåling i endetarmen er den normale temperatur 36,5-37,5° C om morgenen og op til 37,9° C om aftenen. Temperaturen ligger ca. ½° lavere ved måling med mund- og øretermometre. Øretermometre kan bruges til børn over 1 år. Hudtermometre (pandestrimler) angiver ikke temperaturen med tilstrækkelig sikkerhed. Temperatur bør måles, når barnet har hvilet i ca. 30 minutter i et ikke for varmt rum. Under almindelig leg og gråd kan temperaturen stige til 38,0° C, uden at barnet fejler noget.

Der er temperaturforhøjelse ved de fleste smitsomme sygdomme. Et barn har feber, hvis temperaturen er 38,0° C eller højere.

Hvis barnets almentilstand er påvirket i institutionen, og man ønsker at måle temperatur, da foretrækkes øretermometre.

Især små børn får let feber, og høj feber (over 39,0° C) er almindelig ved smitsomme sygdomme hos børn. Kun i de færreste tilfælde er det udtryk for alvorlig sygdom.

Ved feber mister kroppen meget væske ved fordampning. Man bør derfor sørge for, at barnet drikker rigeligt for at undgå væskemangel. Dette er specielt vigtigt, når der også er opkastning og diaré. Jo mindre barnet er, jo mere sårbart er det over for væskemangel.

3.3.2 Feberkramper

Nogle børn har tendens til at få kramper i forbindelse med temperaturstigning. Første gang et barn får kramper, bør man straks kontakte læge. Det er meget skræmmende for forældre at opleve deres barn med krampeanfald, men feberkramper er i sig selv ikke farlige. Hvis et barn får feberkramper i institutionen, skal der kaldes en ambulance.

3.3.3 Alarmerende tegn hos det syge barn med feber

Nogle sygdomstegn kan være udtryk for, at barnet er så medtaget af sin sygdom, at man straks skal kontakte en læge.

Det er et særligt alvorligt tegn, hvis:

- barnet er sløvt og apatisk, slapt eller fraværende
- huden trods feberen virker kølig, bleg eller blålig, eller hvis hænder og fødder er påfaldende kolde
- der forekommer kramper
- der er besvær med vejrtrækningen (åndenød)
- barnet græder vedvarende og utrøsteligt
- der forekommer meget høj temperatur eller på anden måde dårlig almentilstand
- der er blodig afføring
- barnet kun drikker ganske lidt, eller har ingen eller få våde bleer
- barnet har punktformede eller større blodudtrædninger i huden, som ikke forsvinder ved tryk (tryk med en gennemsigtig lineal).

Jo yngre barnet er, jo hurtigere er lægehjælp påkrævet.

4. Hvem gør hvad?

4.1 Personalets opgaver

Ud over videreformidling af oplysninger om sygdomstilfælde (se side 10) skal personalet forebygge smitte ved primært at sørge for, at syge børn ikke opholder sig i institutionen og ved at opretholde god hygiejne.

Personalet skal informere forældre i fornødent omfang om de gældende regler, fx på forældremøder.

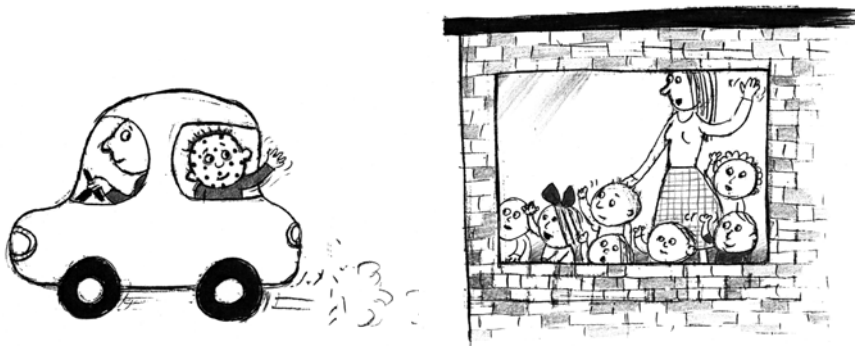
Ved alvorlige smitsomme sygdomme skal personalet videregive oplysninger for at afgrænse relevante personkredse, der derefter kan blive informeret af embedslægeinstitutionen.

4.1.1 Sygt barn i institutionen

Hvis et barn er syg, eller der er mistanke om sygdom, har personalet pligt til at:

- kontakte forældrene med henblik på, at de snarest skal hente barnet hjem
- om fornødent holde barnet adskilt fra de andre børn, men fortsat holde barnet under opsyn. Selv et tilsyneladende fredeligt sygdomstilfælde kan i enkelte tilfælde hurtigt udvikle sig i alvorlig retning.

Medicering bør så vidt muligt foregå i hjemmet. Ved kroniske eller længerevarende sygdomme kan det være nødvendigt at give medicin flere gange dagligt.⁸ Den fulde skrivelse om medicering kan læses på www.retsinformation.dk



⁸ Skrivelse om medicering til børn i dagtilbud, skoler og i skolefritidsordninger. Til personale i dagtilbud, skoler og i skolefritidsordninger. SKR nr. 9575 af 25/10/2010.

4.1.2 Mange sygdomstilfælde i institutionen

Ved mange sygdomstilfælde over kortere tid i såvel institutioner som i skoler, bør lederen af institution/skole kontakte den kommunale sundhedstjeneste for rådgivning om forholdsregler.

4.1.3 Hygiejniske forholdsregler

Lederen af institution/skole bør regelmæssigt gennemgå de hygiejniske procedurer i institutionen og sikre sig, at personalet er bekendt med og overholder procedurerne. Nyt personale skal instrueres i de hygiejniske procedurer. Særlig opmærksomhed gælder ved forekomst af meget smitsomme sygdomme som diaré, børnesår m.v. Lederen af institution/skole kan drøfte de hygiejniske procedurer med sundhedspersonale ansat i den kommunale sundhedstjeneste, idet de skal føre tilsyn med sundhedsforholdene på institutionen samt yde vejledning til institutioner, skoler m.v. om hygiejne m.m.⁹

4.1.4 Indskrivning af børn

Ved institutionsstart bør lederen bede forældrene oplyse, hvilke sygdomme barnet har haft, og hvornår de forskellige vaccinationer er givet. Disse oplysninger bør løbende føres ajour sammen med andre væsentlige helbredsoplysninger af betydning for varetagelse af personalets opgaver i forbindelse med barnet. Navn og adresse på barnets læge bør også være noteret. Lederen skal sørge for, at oplysningerne opbevares forsvarligt, og det skal sikres, at uvedkommende ikke har adgang til dem.

4.1.5 Personalemæssige forhold ved smitsomme sygdomme

Ved smitsomme sygdomme hos personalet gælder generelt de samme regler for personalets fremmøde som for børnenes. Der er dog visse undtagelser, idet personalet kan tage hygiejniske forholdsregler, som børn ikke kan. Personale med fx børnesår kan derfor godt komme i en daginstitution efter en konkret vurdering af, om der kan være smitterisiko, og hvordan denne kan forebygges.

Visse smitsomme sygdomme, som er almindeligt forekommende blandt børn, kan indebære en risiko for gravide. Arbejdstilsynet har fastlagt særlige regler¹⁰ vedr. de smitsomme sygdomme, der kan udgøre en risiko for personalet. Ledelsen i daginstitutioner, skoler m.v. bør være orienteret om ovenstående regler og informere de ansatte.

4.2 Forældrenes opgaver

En forudsætning, for at udbredelsen af smitsomme sygdomme i institutioner for børn og unge kan nedsættes, er, at syge børn holdes hjemme. Dette er sær-

⁹ § 17 i Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. BEK nr. 1344 af 03/12/2010.

¹⁰ Gravides og ammendes arbejdsmiljø. At-vejledning A.1.8. Arbejdstilsynet, januar 2009.

lig vigtigt for småbørn, hvor hyppigheden af infektioner i forvejen er meget stor. Forældrene har her en særlig opgave.

Forældrene bør:

- holde syge børn hjemme
- respektere personalets vurdering af, om barnet er sygt/smittefarligt, når personalet kontakter forældrene med henblik på at hente barnet hjem
- orientere sig om Sundhedsstyrelsens regler for, hvornår barnet må komme i institutionen, se oversigten bagest i vejledningen
- informere institutionen om, hvad barnet fejler, læs om lederen af institution/skoles tavshedspligt side 10 og lægeundersøgelser side 15.
- overholde de generelle hygiejniske forholdsregler og være opmærksom på oplag om evt. skærpede regler i særlige situationer.

4.3 Den behandlende læges opgaver

Den behandlende læge skal overholde gældende regler om anmeldeligt og indhente de krævede oplysninger, herunder om institutionens kontaktadresse.

Lægen skal i øvrigt især kende til reglerne for fremmøde, vurdere smitterisiko og formidle disse oplysninger til forældrene.

Besvarelse af henvendelser fra leder eller kommunalt ansat læge om enkelte børn kræver forældrenes samtykke.

Diagnostiske undersøgelser, som ønskes udført af hensyn til øvrige børn eller ansatte, kan kun kræves¹¹ i helt særlige situationer og da efter aftale med embedslægeinstitutionen. I visse situationer, fx ved mistanke om kighoste, røde hunde eller visse diaré sygdomme kan det dog være hensigtsmæssigt at få en diagnose. De fleste forældre vil forstå dette, men prøvetagning kræver deres samtykke.

4.4 Den kommunale sundhedstjenestes opgaver

Læger, sundheds- og sygeplejersker samt andet personale udgør den kommunale sundhedstjeneste. De ansatte har forskellige opgaver at løse i henhold til deres kompetencer og ansvarsområder. Den kommunale sundhedstjenestes opgaver er beskrevet i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011.*

¹¹ Bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. LBK nr 814 af 27/08/2009 (Epidemiloven).

Den kommunale sundhedstjeneste rådgiver personalet om almindeligt forekommende smitsomme sygdomme. De kan vejlede om generelle hygiejniske forholdsregler og smitteforebyggelse. Dette kan blandt andet være en god idé ved tilfælde af ophobet sygdom, eller hvis behandlende læge skal kontaktes. Desuden skal den kommunale sundhedstjeneste føre tilsyn med bl.a. hygiejne og sygdomsforebyggelse på institutionen.

Den kommunale sundhedstjeneste kan kontaktes i tvivlstilfælde vedrørende smitterisiko og fremmøde, og de bør altid kontaktes ved ophobet sygdom samt ved usædvanlige sygdomstilfælde.

Den kommunale sundhedstjeneste kan kontakte forældre og efter samtykke fra disse evt. kontakte den behandlende læge. Den kommunale sundhedstjeneste kan være behjælpelig med information, herunder med udformning af informationsmateriale.

Den kommunale sundhedstjeneste samarbejder med embedslægeinstitutionen efter gældende regler og i øvrigt ved behov.

4.5 Embedslægeinstitutionens opgaver

Embedslægeinstitutionerne i regionerne er en del af Sundhedsstyrelsen.

Embedslægeinstitutionen skal efter gældende regelsæt iværksætte forholdsregler mod de særlig alvorlige smitsomme sygdomme (se kapitel 2 og liste på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk/Smitsomme sygdomme hos børn](http://www.sst.dk/Smitsomme_sygdomme_hos_born)). For disse sygdomme kan embedslæge/institutionen umiddelbart indhente supplerende lægelige oplysninger.

Embedslægeinstitutionen skal hurtigst muligt informere lederen af de berørte institutioner/skoler samt den kommunale sundhedstjeneste om sygdomstilfældet.

Embedslægeinstitutionen træffer afgørelse om, hvilken personkreds der skal informeres samt om indholdet af denne information.

Embedslægeinstitutionen kan beslutte, at en institution/skole i særlige tilfælde helt eller delvist skal lukkes, og hvornår genåbning må ske, samt om der må optages nye børn.

For øvrige smitsomme sygdomme træffer embedslægeinstitutionen den endelige afgørelse, om et barn må komme i institutionen.

4.6 Arbejdstilsynets opgaver

Arbejdstilsynet varetager bl.a. spørgsmål vedr. personale og sygdom, se side 14 om personalemæssige forhold ved smitsom sygdom, herunder gravide medarbejdere. Læs mere i Arbejdstilsynets vejledning, *Gravides og ammendes arbejdsmiljø*. Personalet kan evt. også kontakte de kommunale instanser, der har med arbejdsmiljø, sikkerhed og sundhed at gøre.

5. Hvad er en smitsom sygdom?

Smitsomme sygdomme skyldes infektioner med mikroorganismer som bakterier, virus, svampe eller parasitter. Smitte overføres fra menneske til menneske eller i sjældnere tilfælde fra dyr til menneske. Smitte kan også overføres fra madvarer, vand eller jord, se senere.

Inkubationstiden er den tid, der går, fra man er smittet, og indtil der opstår symptomer på sygdommen.

Smitteperioden er det tidsrum, hvor man kan smitte andre.

5.1 Om modtagelighed for smitsomme sygdomme

Mennesket har gode muligheder for at forsvare sig mod mikroorganismer. I langt de fleste tilfælde opstår der ikke sygdom, selv om man har været udsat for smitte. Forsvaret sker ved, at hvide blodlegemer slår bakterier og virus ihjel, og ved at der dannes antistoffer, som ødelægger bakterier og virus.



Efter nogle infektionssygdomme bevares evnen til at danne antistoffer mod en overstået sygdom resten af livet. I disse tilfælde kan man kun få sygdommen én gang. Det gælder især børnesygdommene. Man siger, at man er blevet immun over for sygdommen. Man kan også opnå immunitet ved at vaccinere. Andre sygdomme kan opstå igen. Dette skyldes, at antistofferne kun bevares i kortere tid, eller at mikroorganismene ændrer sig. Dette gælder fx for forkølelse, halsbetændelse, influenza og visse maveinfektioner.

Flere forhold har betydning for barnets modtagelighed over for smitte:

Alder og immunitet

Et barn fødes med antistoffer mod nogle af de sygdomme, som moderen har haft. Disse antistoffer forsvinder i løbet af de første 3-6 måneder, hvorefter barnet er særlig modtageligt i en periode. Modermælk bidrager også til beskyttelse af barnet.

Efterhånden som barnet selv overstår infektioner, udvikles modstandsdygtighed (immunitet), og hyppigheden af infektioner aftager derfor med alderen.

Øget modtagelighed

I den første tid efter overstået sygdom er barnet mere modtageligt over for smitsomme sygdomme. Træthed og kulde kan nedsætte modstandskraften. En feberfri dag hjemme efter overstået sygdom er med til, at barnet kan komme sig og forebygge ny sygdom umiddelbart efter.

Nogle børn lider af en kronisk sygdom, som fx hjertesygdom, astma og diabetes. Andre børn har særlige immundefekter. Disse børn kan være mere modtagelige over for smitte. Børn med eksem kan være mere modtagelige over for hudinfektioner. Barnets læge eller speciallæge har sædvanligvis givet forældrene individuel instruktion om forholdsregler, som de kan give videre til daginstitutionen.

Børns modtagelighed for infektionssygdomme øges, når de udsættes for tobaksrøg. Sundhedsstyrelsen fraråder al tobaksrygning. Læs mere i Sundhedsstyrelsens publikation om hygiejne i daginstitutioner.¹²

Børnevaccinationsprogrammet

Vaccination beskytter barnet mod at få sygdomme, der kan være alvorlige, og som kan medføre varige skader eller død.

¹² Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed. 5. udgave. Sundhedsstyrelsen 2013.

Ifølge bekendtgørelse¹³ og vejledning¹⁴ omfatter det danske børnevaccinationsprogram tilbud om gratis vaccination mod:

- Difteri (alvorlig halsbetændelse)
- Stivkrampe (tetanus)
- Kighoste
- Polio
- Meningitis og strubelågsbetændelse forårsaget af bakterien *Hæmophilus influenzae* type b (Hib)
- Meningitis og andre alvorlige sygdomme forårsaget af pneumokokbakterien (Pn)
- Mæslinger, fåresyge, røde hunde (MFR)
- Livmoderhalskræft (piger) (HPV).

Nogle vacciner beskytter mod sygdomme, som kan være livstruende for spædbørn, fx kighoste, Hib-meningitis og pneumokoksygdom.



13 Bekendtgørelse om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v. BEK nr 903 ad 05/09/2008.

14 Vejledning om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v. VEJ nr 81 af 15/12/2008.

Nogle vacciner beskytter børn mod infektioner, som er så smitsomme, at alle børn normalt ville blive syge ved epidemier med få års mellemrum uden et vaccinationsprogram, fx difteri, polio og mæslinger.

HPV-vaccinen beskytter mod typer af human papillomavirus, der er årsag til livmoderhalskræft.

Hvis en tilstrækkelig stor del af befolkningen er vaccineret eller har gennemgået en sygdom, vil der være mindre smitstof i omløb. Dermed mindskes risikoen for smittespredning. Et uvaccineret barn eller voksen kan dog stadig få en af de sygdomme, der vaccineres mod i vaccinationsprogrammet, fx på udlandsrejser. En række andre vacciner kan være relevante i særlige situationer, oplysning kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside www.ssi.dk

Læs mere om det danske børnevaccinationsprogram på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk, hvor det opdaterede program findes.

5.2 Om smitte

De fleste smitsomme sygdomme overføres mellem mennesker. Smitterisikoen er derfor størst, hvor mange mennesker er samlet – og mest i vinterhalvåret. Infektioner i luftvejene, som forkølelssygdomme og influenza, er gode eksempler på dette. En del sygdomme overføres også fra dyr eller via fødevarer. Disse sygdomme omtales som zoonoser. Nogle mave-tarminfektioner, som fx salmonella og VTEC (verocyto-toksin producerende *E. coli*), er zoonoser og kan både være erhvervet gennem forurenede fødevarer eller ved direkte kontakt med afføring fra dyr, foruden ved smitte fra syge mennesker. Andre smitekilder er miljøet, som fx jord (stivkrampe) og forurenede drikke- eller badevand.

Ved mange sygdomme er smitterisikoen størst i sidste del af inkubationstiden og i de første få dage efter sygdomsudbruddet.

En *rask smittebærer* har sygdomsfremkaldende mikroorganismer, fx i næsen eller på huden eller i afføringen uden at være syg, men kan af og til bringe smitte videre.

5.2.1 Smitteveje

Smitstoffer udskilles på forskellig vis, fx i luftvejssekret, i væske fra bylder og sår eller i afføring. De forskellige smitstoffer optages også på forskellig vis, fx fra slimhinder i næse, mund og øjne, fra maven eller tarmen eller fra luftvejene og gennem brudt hud. Endelig spredes smitstofferne også forskelligt, bl.a. afhængigt af deres evne til at overleve uden for mennesket. Ofte

kan den samme infektion spredes på flere måder. Nedenfor beskrives de mest almindelige smitteveje.

Kontaktmitte er den mest almindelige smittevej. Smitten sker typisk via hænder og forurenede genstande. Smitte overføres enten ved kontakt med væske fra børnesår, øjenbetændelse, snot eller andet sekret fra luftveje, spyt, opkast, afføring m.v.¹⁵ eller kontakt med genstande, som er blevet forurenede hermed. Sidstnævnte sker, når smitstoffer kan overleve og overføres uden for mennesket via sutter, legetøj, spisebestik, dørhåndtag, toiletsæder og håndklæder¹⁶. Med hænderne kan smitten så bringes videre til andre eller til en selv ved berøring af næse, øjne, mund eller til hud med sår eller rifter.

Dråbesmitte gennem luften sker ved, at dråber med smitstof 'lander' på en andens slimhinder eller lander på overflader og dermed kan spredes via kontaktmitte. Dråberne opstår ved hoste, nys, tale eller opkastning. Egentlig luftbåren smitte er ret sjælden og sker, når smitstof i meget små partikler (som aerosoler eller støv) kan holde sig svævende i luften gennem længere tid og evt. indåndes¹⁷.

Smitte ved *indtagelse af smitstof gennem munden* sker typisk med smitstoffer, der stammer fra afføring, hvilket gælder mange mave-tarm-infektioner og hepatitis A (smitsom leverbetændelse). Smitten kan overføres til munden, fx ved indtagelse af forurenede mad eller vand eller via hænderne (se under kontaktmitte ovenfor).

Forurenede badevand fra soppebassiner og lignende kan, ud over mave-tarminfektioner, være årsag til øjenbetændelse, infektioner i det ydre øre og infektioner i sår.

Smitte fra kæledyr forekommer, da en del dyr kan være raske bærere af mikroorganismer, der forårsager sygdom hos mennesker. Krybdyr og skildpadder har ofte salmonella, og børn kan smittes ved fodring og pasning via kontakt med fx vandbassin og andet, der er forurenede med dyrets afføring. Fjerkræ som høns kan have Salmonella og Campylobacter, og drøvtyggere som geder kan have VTEC, som spredes via dyrenes afføring, se side 33. Katte kan bære parasitten Toxoplasma. Læs om dyrehold i dagtilbud¹⁸ på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk

15 Ses fx ved forkølelssygdomme, influenza, visse mave-tarm-infektioner, betændte sår på huden og nogle af børnesygdommene (fx skoldkopper).

16 Ses fx ved børnesår, øjenbetændelse, mange luftvejs- og tarminfektioner samt smitsom leverbetændelse (hepatitis A).

17 Ses fx ved influenza og mæslinger.

18 Dyrehold i dagtilbud. Rådgivningsnotat, Sundhedsstyrelsen, 2009.

6. Forebyggelse af smittespredning

For at begrænse smittespredningen er det vigtigt at overholde reglerne om, hvornår børn må komme i institutionen.

Endvidere har hygiejneniveauet i daginstitutioner en selvstændig betydning for sygeligheden blandt børn og voksne. Det drejer sig bl.a. om:

- at børn og voksne udfører korrekt håndhygiejne på de rigtige tidspunkter
- at institutionen sikrer en god rengøringsstandard med hensigtsmæssig rengøring af overflader og legetøj
- at man har viden om desinfektion, og om hvornår der skal desinficeres
- at man følger de generelle hygiejniske forholdsregler i forbindelse med bleskift
- at man kender til korrekt rensning af sår
- at man håndterer og opbevarer madvarer korrekt.

Disse og andre emner er beskrevet i *Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn indenfor hygiejne, miljø og sikkerhed. Sundhedsstyrelsen 2013*, hvortil der henvises for uddybende vejledning.

Den hyppigst forekommende smittevej er kontakt via hænder eller genstande, fx børnenes legetøj og de kasser det opbevares i, dørhåndtag, stole og borde. Korrekt håndhygiejne, udført på det rigtige tidspunkt både blandt børn og voksne, er derfor den vigtigste metode til forebyggelse af smitsomme sygdomme.



I det følgende beskrives personalets muligheder for at afbryde smittevejene generelt via håndhygiejne og herefter specifikt i forbindelse med henholdsvis smitte fra luftvejene, fra mave-tarm-kanalen og hud. Smitteveje er nærmere beskrevet side 21.

6.1 Håndhygiejne

Ved håndhygiejne forstås håndvask med vand og sæbe, hvad angår børnene, og håndvask eller hånddesinfektion, hvad angår de voksne. I nogle situationer anbefales desuden brug af engangshandsker, fx ved bleskift, hjælp efter toiletbesøg, rensning af sår, og når der skal tørres næse. Håndhygiejne efterfølges evt. af hudpleje.

Håndhygiejne skal udføres, *før* man skal i gang med noget rent (fx før arbejdet i køkkenet, borddækning eller udskæring af frugt), *efter* man har rørt ved noget snavset (fx sandet i sandkassen eller efter at have sorteret vasketøj, efter toiletbesøg og efter bleskift) og *altid* efter brug af handsker. Ingen handsker er 100 % tætte, og hænderne kan forurenes, når handskerne tages af. Desuden kan håndens mikroorganismer opformeres under den varme, fugtige handske, og alle handsker kan afgive kemiske stoffer.

Armbåndsure, armbånd, fingerringe og kunstige negle forhindrer en korrekt håndhygiejne, hvorfor brug af dette frarådes i daginstitutioner.

6.2 Håndvask

Håndvask skal altid ske, når hænderne er synligt snavsede eller våde. Ved håndvask vaskes både det synlige snavs og mange af håndens mikroorganismer væk. Hænderne vaskes i mindst 15 sekunder. Brug en miljømærket sæbe



uden parfume, og dup hænderne helt tørre i et papirhåndklæde eller håndklæde, der lægges til vask efter hver brug. Creme til hænderne bør forefindes ved håndvasken.

6.3 Hånddesinfektion

Hånddesinfektion udføres, når hænderne er tørre og synligt rene, fx før håndtering af mad eller efter brug af handsker. Hænderne indgnides uafbrudt i min. 30 sekunder med 2-5 ml. håndsprit (70-85 % denatureret ethanol tilsat 1-3 % glycerin), indtil hænderne er helt tørre.¹⁹

6.4 Handsker

Pudderfri medicinske engangshandsker (CE-mærkede) skal benyttes, når der er risiko for kontakt med blod, fx næseblod og andre kropsvæsker. Dvs. ved bleskift, hjælp efter toiletbesøg og ved rensning af sår. Hud og ting, der er forurenet med blod, vaskes med vand og sæbe.

Der skal altid udføres håndhygiejne efter brug af handsker.

Ovenstående rutine bør altid gælde, uanset om man kender en konkret smitтерisiko i institutionen eller ej.

Personalet bør have adgang til handsker i den rette størrelse og efter eget valg. Latexhandsker må ikke benyttes til personale med behandlingskrævende håndeksem eller til børn, der ikke tåler latex. Der kan i disse tilfælde anvendes en handske med tilsvarende beskyttende effekt som latex, fx nitril.

6.5 Forebyggelse af smitte fra luftvejene

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften, se side 21 om smitte.

Undgå, at luftvejssekret kommer på hænder eller ud i omgivelserne. Host eller nys derfor ikke i hånden, men i et papirlommetørklæde eller i nødstilfælde i ærmet, efterfulgt af håndhygiejne. Kast papirlommetørklædet væk efter brug, lad det ikke ligge fremme eller i en lomme.

Udfør håndhygiejne efter kontakt med sekret fra luftvejene.

¹⁹ På Statens Serum Instituts (SSI) hjemmeside www.ssi.dk kan man se hvilke produkter, som er vurderet egnede til hånddesinfektion.

Overhold god rengøringsstandard med regelmæssig rengøring af overflader og genstande, som børnene ofte er i kontakt med, samt ved synlig forurening.

Luft ud med gennemtræk i 5-10 minutter flere gange dagligt.

6.6 Forebyggelse af smitte fra mave-tarm-kanalen

Smitte overføres med afføring og opkast, der via hænder eller genstande (fx sutter) kommer ind i munden. Nogle af mikroorganismene kan overleve på fx tøj og overflader i flere dage, se side 21 om smitte.

Undgå, at afføring og opkast kommer på hænder eller ud i omgivelserne.

Benyt handsker og engangsforklæde ved optørring af opkast, og vask det forurenede område af med et universalt rengøringsmiddel. Benyt handsker og forklæde ved bleskift.

Anvend i øvrigt handsker ved enhver situation, hvor der er risiko for kontakt med afføring eller opkast.

Udfør håndhygiejne efter brug af handsker og kontakt med afføring eller opkast.

Rengør forurenede genstande, og vask tøj efter generelle hygiejniske forholdsregler.

Uanset underlaget på puslepuden skal madrassen afsprittes efter hvert barn. Madrassen skal desuden rutinemæssigt vaskes af i et universalt rengøringsmiddel mindst 2 gange daglig, og hvis den er synligt forurenede.

For yderligere vejledning om desinfektion af puslemadrassen henvises til Sundhedsstyrelsens rådgivningsnotat.²⁰

6.7 Forebyggelse af smitte fra huden

Smitstoffer overføres med væske fra bylder, børnesår eller hudskæl, der dryser af i dagens løb via hænder eller genstande. Smitstoffer (fx stafylokokker) kan overleve i miljøet, fx i møbler, sengetøj eller på legetøj meget længe (måneder), se side 21 om smitte.

20 Om desinfektion af puslemadrassen i daginstitutioner . Rådgivningsnotat, Sundhedsstyrelsen, 2010. www.sst.dk

Væske fra børnesår eller bylder er fyldt med bakterier, og da små børn ikke har forståelse for renlighed og hele tiden vil berøre sårene, er det vigtigt at overholde reglerne for, hvornår børnene må komme – også selv om børnene ikke er særlig syge.

I øvrigt er korrekt håndhygiejne (se tidligere) og en god rengøringsstandard vigtig for forebyggelsen af smittespredning.

6.8 Forebyggelse af smitte gennem madvarer

Forebyggelse af smitte til mave-tarm-kanalen gennem madvarer er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation om hygiejne i daginstitutioner²¹. Fødevarerstyrelsen har beskrevet hygiejneregler for køkkener i børneinstitutioner²².

6.9 Skærpet hygiejne

Ved ophobning af sygdomstilfælde kan der i en periode blive tale om at gennemføre en skærpet hygiejne. Dette sker i samarbejde med den kommunale sundhedstjeneste og evt. også embedslægeinstitutionen. Forholdsregler vedr. skærpet hygiejne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation om hygiejne i daginstitutioner.

21 Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed. 5. udgave, Sundhedsstyrelsen, 2013.

22 Vejledning om hygiejneregler for køkkener i børneinstitutioner. Fødevarerstyrelsen 2009.

7. De enkelte smitsomme sygdomme

I det følgende er relevante almindelige smitsomme sygdomme hos børn beskrevet. I oversigten bagest i vejledningen er for de enkelte sygdomme anført inkubationstid, smitteperiode og fremmøde i institution.

Beskrivelsen af nogle af sygdommene er mere omfattende. Det drejer sig om de sygdomme, der ofte medfører usikkerhed i institutionerne.

Forebyggelse af de enkelte sygdomme er beskrevet under de sygdomme, hvor det er relevant for institutionen specifikt at tænke på forebyggelse.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk er der informationskrivelser til forældre om sygdommene. Disse kan printes ud og hænges op.

7.1 Bakteriel halsbetændelse (tonsillitis acuta) og skarlagensfeber (scarlatina)

Bakteriel halsbetændelse skyldes ofte streptokokbakterier. Nogle streptokokker laver et giftstof, der giver et karakteristisk småpletet udslæt. Ved infektion med disse streptokokker og et samtidigt udslæt kaldes tilstanden for skarlagensfeber.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande (legetøj, dørhåndtag m.v.), der er forurenede med luftvejssekret, eller ved dråber, der fx hostes ud i luften, se side 21 om smitte. Der forekommer smitte fra raske smittebærere.

Smitteperiode: Fra barnet er smittet og til 2 døgn efter opstartet behandling med penicillin.

Om forebyggelse

Se side 25 om forebyggelse af smitte fra luftvejene.

Symptomer

Inkubationstid: 1-3 døgn.

Symptomerne er feber, synkesmerter, belægninger på mandlerne og påvirket almentilstand. Der er hævede og ømme lymfeknuder opadtil på siden af halsen. Ved bakteriel halsbetændelse er der almindeligvis kraftigere symptomer end ved virushalsbetændelse.

Når skarlagensfeber begynder som halsbetændelse, fremkommer udslættet et par dage efter halsbetændelsen. Udslættet begynder på maven og breder sig derefter over hele kroppen, af og til også til hals, arme og ben. Ansigtet kan være blussende og tungen rød.

Udslættet viser sig som knappenålsstore røde pletter, der oftest sidder så tæt, at huden får et ensartet skarlagensrødt udseende. Huden virker ru. Uden behandling bleges udslættet af i løbet af 1 uge. 1-2 uger efter udslættet er begyndt, kan huden skalle af på hænder og fødder.

Man kan ikke få skarlagensfeber mere end én gang, men samme bakterie kan senere give infektion uden udslæt, fx halsbetændelse.

Behandling

Streptokokhalsbetændelse og skarlagensfeber behandles med penicillin.

Komplikationer

En byld kan opstå bag den ene mandel, i svælget eller i lymfeknude på halsen.

Alarmerende symptomer

Vejrtræknings- eller synkebesvær. Vanskelighed ved at åbne munden.

Komme i institution

Barnet kan komme i institution 2 dage efter opstartet behandling med penicillin, såfremt barnet er symptomfri.

7.2 Bakterielle hudinfektioner hos børn

På huden har man normalt en række harmløse bakterier. De mest almindelige hudinfektioner fremkaldes af stafylokokker eller streptokokker. Omkring $\frac{1}{3}$ bærer stafylokokker på huden og i næsen. Ind imellem er disse stafylokokker modstandsdygtige (resistente) over for en række antibiotika og hedder MRSA.²³ Hvad angår sygdomssymptomer, er der ikke forskel på MRSA og andre stafylokokker, men da man generelt ønsker at nedsætte smitte-spredning med MRSA, er der særlige regelsæt for disse stafylokokker, se under MRSA.

23 Methicillin-resistente gule stafylokokker.

Børn (og voksne) med eksem har større risiko for at få en bakteriel infektion i huden end andre. Bakterier irriterer eksemet og forværrer det. Derfor er det vigtigt at følge lægens anvisninger vedrørende behandling af eksemet.

De mest almindelige smitsomme hudinfektioner hos børn er børnesår og bylder. Bumser eller filipenser (uren hud), der ofte ses hos unge, er lokaliseret betændelse i en hårsæk og er næsten altid harmløse.

7.3 Bylder (folliculitis og furuncles)

Bylder er en lokaliseret betændelse i hud, oftest forårsaget af stafylokokker.

Om smitte

Smitte overføres med væske fra bylden (pus) via hænder eller genstande. Spredning til andre ses især inden for husstanden.

Smitteperiode: Smitter fra bylden begynder at væske, og indtil bylden er tørret ind.

Om forebyggelse

Se side 26 om forebyggelse af smitte fra huden.

Symptomer

Inkubationstid: Få dage.

På et afgrænset område er der ømhed, rødme, hævelse og senere pusansamling. Ved større bylder kan der være utilpashed eller feber.

Behandling

Bylder kræver normalt lægebehandling.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Hvis der påvises MRSA i en prøve fra bylden gælder særlige regler, se under MRSA.

Komme i institution

Når byldeerne er tørret ind.

7.4 Børneorm (enterobiasis)

Små orm, der lever i tarmen. Ormene bevæger sig uden for tarmen og lægger æg ved endetarmsåbningen.

Om smitte

Æggene er meget modstandsdygtige og kan overleve i sengetøj og støv i et par uger. Smitte sker ved, at børnene får æg i munden ved at sutte på fingre efter at have kløet sig ved endetarmsåbningen.

Smitteperiode: Smitter fra 2 uger efter smitte, og indtil behandling er iværksat.

Om forebyggelse

Konsekvent håndhygiejne efter toiletbesøg samt vask af husstandens sengetøj ved forekomst af børneorm i familien.

Symptomer

Inkubationstid: 2-6 uger.

Det eneste symptom er kløe ved endetarmsåbningen, evt. hos piger ved skridtet, mest udtalt om natten. Ormene kan let ses på afføringen og efter sengetid på huden omkring endetarmsåbningen. De er ca. 1 cm lange, hvide og sytrådslignende.

Behandling

Lægen kan ordinere medicin mod børneorm. Hele husstanden bør behandles samtidigt. Samtidigt med behandlingen bør sengetøj og undertøj vaskes ved min. 60° C. Hænder og kortklippede negle bør vaskes grundigt, neglene med neglebørste.

Komme i institution

Må komme i institution uden begrænsninger.



7.5 Børnesår (impetigo)

Meget smitsomme sår, der skyldes bakterier (primært stafylokokker eller streptokokker).

Om smitte

Smitte overføres med væske fra såret via hænder eller genstande. Smitte kan komme fra raske, der bærer bakterien i næsen.

Smitteperiode: Så længe sårene væsker, og så længe der er skorper.

Om forebyggelse

Se side 26 om forebyggelse af smitte fra huden.

Symptomer

Inkubationstid: Få dage.

Sårene begynder oftest som en lille rød plet, der hurtigt udvikler sig til et væskende sår, der dækkes af gullige skorper.

Sårene kan sidde overalt på huden, men er hyppigst omkring næse og mund. Spredning til andre i familien er hyppig.

Behandling

Børnesår kræver normalt lægebehandling.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Hvis der påvises MRSA i en prøve fra såret, gælder særlige regler, se under MRSA.

Komme i institution

Børnene må ikke komme i institution, før sårene er tørret ind, og skorperne er faldet af. Selv om der er iværksat behandling, kan sårene godt smitte.

Børn i skolealderen kan bedre overholde renlighed i form af håndhygiejne og må derfor komme i skole og institution, hvis sårene kan tildækkes, og hvis ikke sårene er meget udbredte. Instruktion i god hygiejne og hyppig håndvask kan forebygge nye udbrud.

7.6 Diaré og opkastning (mave-tarminfektioner)

Ved diaré forstås pludseligt opståede, vandtynde afføringer eller flere løse afføringer inden for ét døgn. For at man kan tale om diaré, skal der være sket en klar ændring af afføringens konsistens eller hyppighed i forhold til barnets sædvanlige afføringsmønster. Diaré kan skyldes infektioner med virus, bakterier eller parasitter. Diaré ses også ved nogle forgiftninger eller som ledsagesymptom ved andre infektioner.

Mavesmerter, opkastning og diaré kan også skyldes andre lidelser i maven. Desuden får mindre børn ofte opkastning eller diaré ved mange sygdomme uden for mave-tarm-kanalen, fx halsbetændelse, mellemørebetændelse og urinvejsinfektion.

Blandt spæd- og småbørn er det hyppigst virus, der er årsag til diaré. Det drejer sig især om norovirus, der giver Roskildesyge, og rotavirus, som især er hyppige i vinterhalvåret.

VTEC (verocytotoksin-producerende *E. coli*) er en særlig coli-bakterie, der kan forårsage diaré (ofte med blod i afføringen). Få af VTEC-tilfældene kan udvikle en særlig sygdom, hæmolytisk-uræmisk syndrom, som er en alvorlig tilstand med bl.a. nyresvigt. Derfor er tilfælde af VTEC forbundet med særlige skærpede forholdsregler (se nedenfor). VTEC smitter både fra person til person, fra visse dyr (drøvtyggere) og fra fødevarer fremstillet af oksekød eller forurenede med afføring fra drøvtyggere.

I institutioner kan der desuden forekomme sygdomsudbrud med diaré forårsaget af bakterien *Shigella* og parasitten *Giardia duodenalis* (lamblia). Sidstnævnte kan i nogle tilfælde være årsag til vedvarende diaréudbrud i daginstitutioner.

Om smitte

Smitte overføres med afføring og opkast via hænder, genstande eller fødevarer. Især norovirus kan overleve lang tid på overflader og kan være vanskelig at komme af med selv ved omhyggelig rengøring og hygiejne.

Den væsentligste smitteoverførsel i institutioner sker fra personer, der er i inkubationsperioden, har diaré i familien, aktuelt er syge, eller er kommet for hurtigt tilbage igen i institution.

Bakterielle maveinfektioner som *Salmonella* og *Campylobacter* er som regel fødevearbårne og ikke så smitsomme som virus.



Om forebyggelse

På grund af smitte via hænderne er god håndhygiejne, herunder efter toiletbesøg og bleskift, vigtig for at forebygge spredning af diaré. Se kapitel 6 om forebyggelse.

Det er muligt at vaccinere mod rotavirus.

Symptomer

Inkubationstid: Oftest et par dage.

De hyppigste symptomer på maveinfektioner er opkastning, diaré, mavesmerter og evt. feber. Mavesmerterne er ofte turevise. Symptomerne kan variere afhængigt af årsagen. Det er ofte umuligt at afgøre årsagen alene på baggrund af symptomerne.

Behandling

Det er vigtigt, at barnet drikker rigeligt for at undgå væsketab, som er særlig udtalt, hvis der også er opkastning eller feber. Kun i sjældne tilfælde er der grund til at give medicin for maveinfektioner, og i så fald skal det være lægeordineret.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Lægen kontaktes:

- hvis det drejer sig om et spædbarn
- hvis der er blodig afføring eller tegn på smerter i maven
- hvis barnet er sløvt og fraværende
- hvis barnet kun drikker ganske lidt, eller hvis barnet har ingen eller få våde bleer
- hvis den påbegyndte behandling ikke virker, eller der kommer tilbagefald.

Ved visse diaré sygdomme og ophobede tilfælde kan embedslægen foranledige, at barnet (eller personale) først må komme i institution, når personen, udover at være blevet rask, har fået testet afføringen negativ (i to prøver). Det drejer sig især om VTEC og Shigella.

Komme i institution

Når barnet er rask og afføringen er normal. I tilfælde af Roskildesyge (norovirus) anbefales dog 2 dage hjemme, efter at diaré og opkast er ophørt. Ved VTEC og Shigella gælder særlige forholdsregler, se ovenfor.

7.7 Fnát (scabies)

En kløende hudlidelse, der skyldes en mide.

Om smitte

Smitten sker ved tæt og direkte kontakt blandt nære familiemedlemmer (sovefællesskab). Smitte uden for husstanden er sjælden. Da små børn ofte er meget 'i hænder', kan der dog i sjældne tilfælde ske smitte i børneinstitutioner.

Smitteperiode: Smitter kort efter smittetidspunktet, og til behandling er iværksat.

Symptomer

Inkubationstid: Kløe udvikles hos ikke tidligere smittede efter 4 uger og hos tidligere smittede efter få dage.

Fnat viser sig ved kløe, der opstår 3-6 uger efter smitte. Kløen er mest udtalt om natten. Det klør over det meste af kroppen. Børn under 1 år er også angrebet i ansigt og hårbund.

Selv ved udtalt kløe er der ofte kun få kradsemærker og knopper på huden. Det kan være vanskeligt at stille diagnosen især hos personer med høj personlig hygiejne.

Behandling

Ved kløe og mistanke om fnat skal lægen kontaktes med henblik på diagnose og behandling.

Når der er konstateret fnat, bør der gives behandling til alle i husstanden og til personer, der har ligget i samme seng som den smittede. Det er vigtigt, at alle behandles samtidigt, da andre familiemedlemmer kan være smittet, selv om de endnu ikke har fået symptomer. Håndklæder og sengetøj vaskes ved min. 60° C i forbindelse med behandlingen. Efter behandling er der ikke længere smitterisiko, men kløen kan alligevel bestå i nogen tid.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der er ikke grund til at behandle andre børn eller personale i institutionen. Men man bør være opmærksom på kløe og udslæt hos børnene i 3-6 uger efter sidste tilfælde.

Komme i institution

Efter iværksat behandling.

7.8 Forkølelse (rhinitis, pharyngitis, laryngitis) og virushalsbetændelse (tonsillitis acuta)

En sygdomsgruppe, der kan skyldes mange forskellige virus, som særligt angriber slimhinderne i svælg og luftveje. Disse sygdomme er hyppigt forekommende, specielt hos mindre børn.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften.

Smitteperiode: Fra døgnet før symptomerne sætter ind til ca. 5 døgn efter udbrud.

Om forebyggelse

I en institution er god håndhygiejne den vigtigste forholdsregel for at nedsætte smitterisiko. Man bør vaske hænder hyppigt og altid efter at have tørret næse. Jævnlig udluftning er vigtig. Nys/host i et papirlommetørklæde – i nødstilfælde i ærmet. Legetøj bør vaskes hyppigt, når der er mange børn med forkølelse i institutionen. Se kapitel 6 om forebyggelse af smitte, herunder side 25 om forebyggelse af smitte fra luftvejene.

Symptomer

Inkubationstid: 1-7 dage afhængigt af det sygdomsfremkaldende virus.

De mest almindelige symptomer er snue, hæshed, hoste, ondt i halsen og synkesmerter, alt efter hvor infektionen sidder. Ofte er børn trætte, irritable, mister appetitten og trækker vejret gennem munden på grund af tilstopning af næsen. Mindre børn kaster undertiden op. Da små børn ofte får feber ved almindelig forkølelse, kan sygdommen minde om influenza.

Ved stærk forkølelse kan der være temperaturforhøjelse, kraftig snue med pusflåd eller kraftig hoste, der hindrer børnenes almindelige aktivitet.

Hævelse af slimhinden i struben kan hos mindre børn give falsk strubehoste (pseudocroup), som viser sig ved gøende hoste og besværet vejrtrækning.



Nogle virus angriber specielt de nedre luftveje og giver bronkitis eller lungebetændelse. Særligt respiratorisk syncytialvirus (RS) kan i de første leveår forårsage bronkitis og lungebetændelse, mens det hos større børn og voksne oftest kun medfører almindelige forkølelsessymptomer.

Behandling

Sygdommene kan ikke behandles, men man kan søge at lindre symptomerne.

Komplikationer

Viruserinfektioner kan kompliceres af bakterielle infektioner.

Der kan opstå mellemørebetændelse, bihulebetændelse, halsbetændelse, strubelågsbetændelse, bronkitis og lungebetændelse. Ved komplikationer bør man søge læge, som kan tage stilling til behandling.

Alarmerende symptomer

Ved infektioner i luftvejene skal man være opmærksom på følgende symptomer:

- Hvæsende vejrtrækning
- Gøende hoste
- Åndenød
- Blåfarvning af læberne
- Synkesmerter, der er så stærke, at barnet ikke vil synke sit spyt og savler.

Ved disse symptomer skal lægen straks kontaktes. Hos børn med hjertesygdom eller astma kræves særlig opmærksomhed, når der er symptomer fra luftvejene.

Komme i institution

Når barnet er rask. Se side 9 om barnet er rask eller syg.

7.9 Forkølelsessår (herpes)

En virussygdom, der viser sig som grupper af småblærer på huden. De fleste mennesker smittes med sygdommen allerede i barnealderen, men kun en mindre del får symptomer.

Om smitte

Smitte overføres med væske fra blærene, typisk via hænderne. Den hyppigste smitteoverførsel sker fra raske smittebærere, der udskiller virus i spytet.

Smitteperiode: Smitter fra dannelse af blærer og til blærene er tørret ind.

Om forebyggelse

Renlighed og håndvask kan nedsætte smitteoverførsel, men denne kan ikke helt undgå hverken i eller uden for institution, da de fleste smittes af raske smittebærere. Se side 26 om forebyggelse af smitte fra huden.

Symptomer

Inkubationstid: 2-12 dage.

Oftest begynder sygdommen med rødme, prikken og klø af huden på det sted, hvor blærene senere kommer frem. Efter et par dage opstår 1-2 mm store væskefyldte, tætsiddende blærer, hyppigt omkring munden. Blærene brister hurtigt og bliver til sår. Efter 1 uges tid tørrer udbruddet ind.

Ved det første udbrud kan der tillige være utilpashed, hævede lymfeknuder og undertiden temperaturforhøjelse. Mundslimhinden kan også være angrebet. Senere herpesudbrud angriber kun huden, oftest kun på et mindre område.

Udbruddene kommer ofte igen samme sted i forbindelse med anden sygdom, og hos nogle kan solbadning og saltvand være årsag til fornyet udbrud.

Behandling

Forløbet kan afkortes med virusdræbende midler. Når der er dannet blærer, kan man bruge en udtørrende zinkpasta.

Komplikationer

Forkølelssår hos et barn kan undertiden forurenes med bakterier og give anledning til børnesår, læs side 32.

Komme i institution

Et barn med herpesudbrud må gerne komme i institution eller skole. En undtagelse er, hvis der er kommet infektion i forkølelssåret.

7.10 Fåresyge (parotitis epidemica)

En børnesygdom forårsaget af virus, som giver betændelse i spytkirtlerne. Vaccination mod fåresyge indgår i børnevaccinationsprogrammet. Sygdommen er blevet sjælden pga. MFR-vaccination.

Om smitte

Smitten spredes via hænder eller genstande, der er forurenet med spyt, eller dråber, som hostes eller nyses ud i luften.

Smitteperiode: Fra 5 dage efter smitteudsættelse til 5 dage efter sygdommens begyndelse.

Symptomer

Inkubationstid: 2-3 uger.

Fåresyge viser sig typisk ved let feber, hævelse og ømhed foran øret. Symptomerne svinder oftest inden for 1 uge.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger ved tilfælde af fåresyge.

Komplikationer

Hos drenge efter puberteten kan der opstå smertefuld betændelse i testiklerne. En anden komplikation til fåresyge er en form for hjernehindebetændelse, som almindeligvis er ufarlig, men dog kræver indlæggelse på sygehus.

Komme i institution

Tidligst 6 dage efter sygdommens begyndelse.

7.11 Hepatitis A (smitsom leverbetændelse)

En form for leverbetændelse, der skyldes et virus. Da små børn ofte ikke får den typiske gulfarvning af huden, kan smitte af og til ske upåagtet i børneinstitutioner, indtil en voksen i omgivelserne får sygdommen, og udbruddet erkendes. Hepatitis A er udbredt i store dele af verden, og udbrud i børneinstitutioner i Danmark starter ofte med, at et barn er blevet smittet af familie-medlemmer, der har været ude at rejse, eller selv har været med ude at besøge familie i udlandet.

Om smitte

Smitte overføres via hænder eller genstande forurenet med afføring, hvor disse kommer ind i munden.

Sygdommen smitter i den periode, hvor virus udskilles med afføringen fra 2-3 uger efter smitteudsættelse og aftager få dage efter, at sygdommen er brudt ud. Den første smitte sker typisk på udlandsrejser.

Om forebyggelse

I tilfælde af hepatitis A i en institution er god hygiejne særlig vigtig. Da sygdommen hos børn ofte forløber uden karakteristiske symptomer, og alligevel kan smitte gennem afføringen, er det altid meget vigtigt at overholde de generelle hygiejniske forholdsregler som beskrevet i afsnittet om forebyggelse af smitte fra mave-tarm-kanal side 26 . Den vigtigste forholdsregel for barnet er håndvask før spisning og efter toiletbesøg.

Vaccination før udlandsrejse forebygger smitte.

Symptomer

Inkubationstid: 3-6 uger.

Sygdommen begynder ofte med ømhed i kroppen, kvalme, nogen temperaturforhøjelse og undertiden mavesmerter, diaré og opkastninger. Efter en uges tid kommer gulfarvning af øjnenes bindehinde ('det hvide') og af huden. Urinen bliver mørk og afføringen lys. Herefter falder temperaturen, og tilstanden bedres.

Hos børn og unge har sygdommen sædvanligvis et mildt forløb, mens man kan se alvorligere forløb hos voksne.

Behandling

Medicin har ingen virkning, hvis man først er blevet syg.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

I tilfælde af udbrud af hepatitis A i daginstitution afgør embedslægen, hvem

der anbefales forebyggende behandling (børn, ansatte, forældre, evt. andre). Som forebyggelse kan gives vaccine (fra 1-års-alderen) evt. immunglobulin.

Komme i institution

Når barnet er rask.

7.12 Hepatitis B (leverbetændelse B)

En form for leverbetændelse, der skyldes et virus.

Om smitte

Sygdommen overføres via blod (fx ved kanylestik), ved seksuel og anden tæt fysisk kontakt samt fra mor til barn ved fødslen. Virus findes i blodet fra 1-3 uger før sygdomsudbrud og i op til flere måneder herefter. Ved kronisk infektion er der virus i blodet i flere år.

Smitte mellem børn sker kun meget sjældent. Det kan tænkes at ske ved fx leg, uheld eller bid, hvor spyt eller blod kommer ind gennem huden eller på slimhinder.

Om forebyggelse

Uanset om man ved, der er hepatitis B i institutionen, bør man bruge engangshandsker ved kontakt med blod, fx næseblod eller ved rensning af sår efterfulgt af håndvask.

Alle gravide tilbydes undersøgelse for hepatitis B, idet den nyfødte lige efter fødslen kan beskyttes mod smitte ved vaccination.²⁴

Symptomer

Inkubationstid: 2-4 måneder.

Sygdommen begynder undertiden med appetitløshed, kvalme og opkastning, smerter i maven og evt. diaré. I andre tilfælde stiger temperaturen ret pludselig, og der kan være hovedpine, muskelsmerter og ledsmerter. I de fleste tilfælde fremkommer herefter gulfarvning af huden. Sygdomsvarigheden er fra få uger til flere måneder. Hos børn og unge har sygdommen sædvanligvis et mildt forløb. Hos nogle få bliver infektionen kronisk. Denne kroniske tilstand er dog sjælden i Danmark og ses især efter smitte til nyfødte eller mindre børn.

24 Vejledning om generel screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immunodefekt virus (hiv) og syfilis, Sundhedsstyrelsen 2010.

Behandling

Der er ingen behandling for den akutte sygdom.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Læger skal anmelde tilfælde af hepatitis B til embedslægen. Hvis embedslægen således ved, der går et barn med hepatitis B i institutionen, tilbydes børn og ansatte gratis vaccination.^{25, 26} Embedslægen afgrænser, hvem der tilbydes vaccination og informerer nærmere om tilbuddet.

Forældre har ikke pligt til at oplyse til de andre forældre, at deres barn har hepatitis B. Personalet har tavshedspligt. Læs mere side 10 om information om sygdomstilfældet.

Komme i institution

Børn og voksne med hepatitis B må komme i institution, når de er raske. Der er ingen begrænsninger i forbindelse med kronisk hepatitis B.

7.13 Hiv-infektion (human immundefekt virus)

En kronisk virusinfektion der ubehandlet langsomt, oftest over en årrække, ødelægger kroppens immunsystem og er årsag til aids.

Om smitte

Smitter kun ved seksuel kontakt, via blod og fra mor til barn under graviditet og fødsel og ved amning. Smitter ikke ved almindelig kontakt eller gennem spyt. Blod smitter ikke gennem intakt hud.

Symptomer

Ud over hævede lymfekirtler sædvanligvis ingen symptomer før sent i forløbet.

Behandling

Medicinen er meget effektiv. Daglig behandling kan holde sygdommen i skak i årevis, så patienten aldrig udvikler symptomer, men behandlingen kan ikke fjerne hiv fra kroppen. Behandlingen reducerer til gengæld smitterisikoen meget betydeligt. Behandling under graviditet og omkring fødselstidspunktet kan stort set eliminere risikoen for smitte fra mor til barn.

Børn under 1-2 år vil altid skulle behandles. Tidspunktet for start af behandling hos større børn afhænger især af, hvor påvirket deres immunsystem er. Som regel vil de først have behov for behandling i 10-12-års-alderen. I denne alder bør de også informeres om deres diagnose.

25 Hepatitis B hos børn i daginstitutioner. Notat, Sundhedsstyrelsen, 2003.

26 Bekendtgørelse om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper. BEK nr 746 af 29. juni 2006.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Ingen ud over generelle hygiejniske forholdsregler. Der er derfor intet krav om, at institutionen informeres om, at barnet er hiv-smittet. Hvis barnet er i behandling, kan det dog være hensigtsmæssigt, at det nærmeste pædagogiske personale er informeret for at sikre, at barnet får sin medicin i forbindelse med koloni- eller lejrskoleophold. Personalet har i så fald tavshedspligt. Læs mere side 10 om information om sygdomstilfældet.

I øvrigt tilbydes alle gravide undersøgelse for hiv, idet den nyfødte lige efter fødslen kan beskyttes mod smitte.²⁷

Komme i institution

Barnet kan komme i institution/skole som raske børn.

7.14 Hånd-, fod- og mundsygdom (hand-, foot- and mouth disease)

En kortvarig virussygdom med udslæt på hud og slimhinder. Ses især hos små børn og især om sommeren. Voksne kan også smittes.

Om smitte

Smitten spredes via hænder eller genstande forurenet med luftvejssekret, afføring eller med væske fra blærerne. Smitten spredes som kontakt eller dråbesmitte. Ofte sker smitten fra raske smittebærere.

Symptomer

Inkubationstid: 5 dage for mundhulelæsioner og 7 dage for hudlementerne.

Sygdommen kan begynde med utilpashed og let feber, men ofte er udslættet første tegn på sygdom. I munden og specielt på hænder og fødder opstår små røde pletter, der udvikler sig til væskefyldte blærer. Oftest er sygdommen overstået efter 1 uges tid.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen.

Komme i institution

Når barnet er rask.

²⁷ Vejledning om generel screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immundefekt virus (hiv) og syfilis, Sundhedsstyrelsen 2010.

7.15 Influenza

En luftvejssygdom med feber og påvirket almentilstand. Sygdommen kan skyldes flere forskellige influenzavirus. Influenza forekommer næsten udelukkende i vintermånederne. Nogle år er der særligt mange tilfælde, og så taler man om en influenzaepidemi.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften. Sygdommen er meget smitsom fra dagen inden sygdomsudbrud til 3-4 dage senere.

Om forebyggelse

God håndhygiejne og host/nys papirlømmetørklæde, i nødstilfælde i ærmet. Se side 25 om forebyggelse af smitte fra luftvejene.

Symptomer

Inkubationstid: 1-4 dage.

Oftest begynder symptomerne meget hurtigt. Der er høj feber, hovedpine, muskelsmerter og almen svækkelse, ofte ledsaget af snue, hals- og synkesmerter samt hoste. Hos små børn kan forkølelse medføre symptomer, der ligner influenza.



Behandling

Hos i øvrigt raske børn og unge er der oftest ingen behov for medicinsk behandling for sygdommen.

Komme i institution

Når barnet er rask.

7.16 Kighoste (pertussis)

En børnesygdom, der skyldes en bakterie. Sygdommen kendes på karakteristiske hosteanfald.

Selv om de fleste børn er vaccineret mod kighoste, forekommer sygdommen af og til, da vaccination ikke giver fuldstændig beskyttelse. Kighoste kan være farlig for spædbørn. Vaccination mod kighoste indgår i børnevaccinationsprogrammet.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes ud i luften. Der er størst smitterisiko i forkølelsesstadiet. Efter de typiske hosteanfald er begyndt, aftager smitten gradvist og er svundet 6 uger efter sygdommens start.

Ved udsættelse for smitte kan børn i en periode blive raske smittebærere. Hvis der i en daginstitution er tilfælde med kighoste, bør forældre være opmærksomme på, at deres børn kan være raske smittebærere, som kan smitte uvaccinerede søskende i spædbarnsalderen. I disse tilfælde vil det være hensigtsmæssigt at kontakte lægen for at få rådgivning og eventuelt forebyggende antibiotisk behandling, da sygdommen kan være farlig for spædbørn.

Om forebyggelse

Den mest effektive forebyggelse er vaccination.

Symptomer

Inkubationstid: 7-10 dage.

Sygdommen begynder som en almindelig forkølelse med snue og tiltagende tør hoste, der optræder i anfald. Efter 1-2 uger fremkommer de karakteristiske hosteanfald. I disse hosteanfald kommer hostestødene lige efter hinanden og forhindrer barnet i at trække vejret, så det bliver blårødt i ansigtet. Derefter kommer der en hivende indånding (kigen). Ved anfaldet ophostes sejt slim, og der kan også komme opkastninger. Disse anfald kan følge hurtigt efter hinanden, så barnet bliver helt udmattet.

Efter 2-4 uger aftager de karakteristiske anfald gradvis, og sygdommen er oftest overstået efter 6-8 uger, men der kan fortsat være hoste i nogen tid. Hos uvaccinerede småbørn kan sygdommen få et alvorligt forløb med udtalt vejrtrækningsbesvær, hvorfor sygehusindlæggelse kan være nødvendig.

Behandling

Oftest kræver kighoste ingen medicinsk behandling. Antibiotika kan dog nedsætte sygdomsvarighed og smitteperiode.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger i daginstitutioner og skoler ved tilfælde af kighoste.

Komme i institution

Børn med kighoste, som i øvrigt ikke virker syge, må gerne komme i institution eller skole i den periode, hvor der stadig er en vis smitterisiko. Dette skyldes, at langt de fleste børn er vaccinerede.

Børn må dog ikke komme, så længe hosteanfaldene giver udtalt vejrtrækningsbesvær eller opkastning. Anfaldene kan være så hyppige, at der kræves et særligt opsyn.

7.17 Kysesyge (mononucleosis infectiosa)

En virusinfektion med halsbetændelse og evt. hævede lymfeknuder på halsen, i armhuler og i lysken.

Om smitte

Smitten sker ved tæt og direkte kontakt med spyt, fx ved kys. Ved almindelig social omgang er sygdommen kun meget lidt smitsom. De fleste får sygdommen allerede i barnealderen uden at få symptomer. Symptomer på sygdommen ses oftest hos unge. 95 % af voksne har haft sygdommen, som efterlader livsvarig immunitet.

Smitteperiode: Virus kan findes i spyt fra udbrud af sygdommen og i nogle tilfælde i op til 1 år.

Symptomer

Inkubationstid: 4-7 uger.

Sygdommen begynder ofte med influenzalignende symptomer med træthed, appetitløshed og hovedpine. Herefter opstår halsbetændelse med udtalt hævelse og belægninger af mandlerne, som kan gøre det vanskeligt at synke. Vejr-

trækningen kan være besværet. Der kan opstå hævelse og ømhed af lymfeknuderne, specielt på halsen, men også andre steder på kroppen. Der er feber, som kan vare i et par uger. I nogle tilfælde opstår påvirkning af leveren og forstørrelse af milten. Der kan være udslæt. Hos små børn er der ofte ingen eller kun lette symptomer.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

På grund af udtalt træthed kan det være nødvendigt at holde sig i ro i længere tid. Mens sygdommen er aktiv, bør kraftig fysisk aktivitet undgås.

Komme i institution

Barnet kan komme i institution, når dets almene tilstand tillader dette.

7.18 Lus (*pediculus capitis*)

Hovedlus smitter meget og er meget generende for den, der har dem. Det er oftest børn i alderen 3-10 år, der får lus. Tilfælde med hovedlus optræder hele året, men der er flest i august til november og februar til april.

Om smitte

Hovedlus lever på mennesker helt nede ved hovedbunden i både rent og snavset hår. Lus kan hverken hoppe eller flyve og spredes derfor næsten udelukkende ved direkte kontakt mellem mennesker, fx hvis man sover tæt sammen, deler hue eller børste/kam. Hovedlus kan leve op til 48 timer, hvis de kommer væk fra hovedbunden. Man kan ikke blive smittet med luseæg, og hovedlus overfører ikke sygdomme mellem mennesker.



Smitteperiode: Fra smittetidspunktet til der ikke er levende lus i håret længere.

Om forebyggelse

I hjemmet:

- Undersøg barnet jævnligt – helst én gang om ugen og altid, når deres kammerater har fået lus.
- Giv besked til institutionen, skole og omgangskreds ved lusefund.
- Har et familiemedlem lus, efterses hele familien ved kæmning.
- Ved fund af lus iværksæt da effektiv lusebehandling enten ved kæmning alene eller ved et lægemiddelgodkendt lusemiddel *og* kæmning.

I daginstitution/skole:

- Informér alle forældre hver gang, der er konstateret lus hos et barn.
- Kontrollér evt. om barnet er startet i behandling, når det møder op dagen efter, at institutionen eller skolen har konstateret lus.
- Tag emnet op på forældremøder, så forældrene kender deres ansvar.
- Aftal evt. faste lusekampagner i årets løb, gerne efter ferier.

For yderligere vejledning se www.dpil.dk eller www.sst.dk

Symptomer

Inkubationstid: Når lus har bevæget sig fra et hoved til et andet, har man fået lus. Lusene lægger æg, der udvikler sig til nye lus. Æg til æg-cyklus varer ca. 3 uger.

Smitte med hovedlus giver kløe i hovedbunden, men der kan gå flere uger, fra en person har fået lus, til det begynder at klø. Kløe er derfor en dårlig målestok for, om man har lus eller ej. Selv få lus kan give problemer. Mange lus eller hyppig smitte kan medføre sår eller infektioner i hovedbunden.

Lusene kan ses i håret nede ved hårbunden, hvor de suger blod. En nyudklækket nymfe er under 1 mm lang. Nymferne kan være vanskelige at finde. De voksne lus er 2-3 mm lange insekter, farven varierer fra gråhvid til meget mørk, og de kan bevæge sig hurtigt.

Lusene lægger deres æg på hårene helt nede ved hårbunden. Æggene er knap 1 mm store, hvidgule og fastklæbede til håret. Æggene kan ligne skæl, men kan i modsætning til skæl ikke trækkes af hårene med fingrene. Æg, som sidder mere end 1 cm fra hårbunden, er døde eller udklækkede æg. Lus og æg findes i størst mængde i nakken og bag ørerne.

Behandling

Behandling består af kæmning alene eller brug af lægemiddelgodkendt luse-shampoo og efterfølgende kæmning.

Kæmning er en effektiv, billig og uskadelig metode til at fjerne lus. Metoden kræver, at man er meget omhyggelig, og at kæmningen gentages hver anden dag i en periode på 14 dage. Kæmmevejledning²⁸ kan findes på Skadedyrlaboratoriets hjemmeside, www.dpil.dk. En film om kæmning kan ses på www.farvellus.dk Læs også mere i vejledning om hovedlus.²⁹

Resistens mod insektgiftene i luseshampoo er udbredt. Anvendes luseshampoo, skal brugsanvisningen følges nøje, og effekten skal kontrolleres. For at sikre, at alle levende lus er døde, foretages efterfølgende kæmning.

Kun personer med lus skal behandles. Kamme, børster, huer og lignende kan enten lægges i sulfovand eller vaskes i vaskemaskine, lægges i fryseren eller isoleres i 48 timer.

Forældrene har ansvar for forebyggelse og behandling af lus. Personalet i daginstitutioner og den kommunale sundhedstjeneste er behjælpelig med råd og vejledning.

Lusemidler bør ikke benyttes af børn under 2 år uden lægens anvisning.

Komme i institution

Barnet må først komme i institution igen, når behandlingen er iværksat. Hvis personalet opdager lus hos et barn, kan barnet ikke sendes hjem af den årsag.

7.19 Lussingesyge (parvovirusinfektion, erythema infectiosum, femte børnesygdom)

Sygdommen er en meget almindelig og næsten altid mild børnesygdom. Ca. 65 % af voksne har antistoffer mod sygdommen på grund af tidligere infektion og kan derfor ikke få sygdommen igen. Gravide, der smittes i første halvdel af graviditeten, følges på specialafdeling.

Om smitte

Smitten spredes med luftsvejssekret og overføres enten via dråber, der hostes eller nyses ud eller ved kontakt med sekretet via hænder eller forurenede genstande. Udslættet smitter ikke.

Smitteperiode: 5-10 dage (ca. 1 uge) efter smitte, og indtil udslættet er brudt ud. Dvs. at smitte kan ske, før der er sygdomstegn.

28 Sådan kæmmer du lus ud af dit hår. Kæmmevejledning, Skadedyrlaboratoriet, 2008.

29 Vejledning om hovedlus. Århus Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2012.

Symptomer

Inkubationstid: 13-18 dage (ca. 2 uger).

Sygdommen kan begynde med milde influenzalignende symptomer, men ofte viser sygdommen sig først ved rødme af kinderne efterfulgt af udslæt, specielt på arme og ben. Udslættet på krop, arme og ben ligner kniplinger. Udslættet består et par dage, men kan komme frem igen de følgende uger, især når barnet har været fysisk aktiv og er blevet varm. Der kan være let temperaturforhøjelse, men sygdommen kan forløbe helt uden udslæt eller andre symptomer. Hos voksne er der undertiden ledsmerter. Mennesker, der i forvejen har en blodsygdom, kan blive særlig hårdt angrebet, da virus kan udløse blodmangel. Hvis en kvinde smittes i første halvdel af graviditeten, kan der være en lille risiko for abort eller blodmangel hos fosteret. Misdannelser ses ikke.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen. Gravide, der har været udsat for smitte, bør undersøges nærmere.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der gælder særlige regler for gravide, der ikke har haft lussingesyge, se orientering fra Sundhedsstyrelsen www.sst.dk og side 17 om Arbejdstilsynets opgaver.

Komme i institutionen

Når barnet er rask.

7.20 Mellemørebetændelse med øreflåd (otitis media suppurativa acuta)

Mellemørebetændelse er betændelse i mellemørets slimhinde og opstår som en bakteriel komplikation til luftvejsinfektioner.

Særligt mindre børn har risiko for at få mellemørebetændelse efter forkølelssygdomme.

Om smitte

Mellemørebetændelse smitter ikke i sig selv mellem mennesker. Ofte er det smitte med en forkølelssygdom, der øger risikoen for mellemørebetændelse hos børn, som har tendens til dette. Øreflåd indeholder oftest bakterier, der ikke kan forårsage sygdom hos andre børn. Derfor smitter øreflåd almindeligvis ikke. Kun i få tilfælde indeholder øreflåddet bakterier, der kan fremkalde sygdom hos andre.

Symptomer

Mellemørebetændelse kan give udtalte smerter i ørerne, og små børn tager sig ofte til ørerne. Undertiden er der kun almene symptomer, og børnene er irritable, appetitløse, har let feber, gråd og evt. mavesmerter, opkastning eller diaré. Det første symptom kan være øreflåd på grund af, at trommehinden er bristet.

Behandling

Lægen tager stilling til, om der skal iværksættes behandling.

Alarmerende symptomer

Ved rødme, hævelse og ømhed bag strittende ører skal læge straks kontaktes.

Komme i institution

Børn med øreflåd må komme i institution, hvis de i øvrigt virker raske, og hvis lægen mener, at der ikke er smitterisiko. Det er dog en forudsætning, at tilstanden ikke medfører særlige pasningsproblemer.

Hvis et barn i institution eller skole pludseligt får øreflåd, bør barnet hentes hjem og læge kontaktes.

7.21 Meningokoksygdom (smitsom meningitis)

Sygdommen skyldes bakterier, der kaldes meningokokker. Sygdommen viser sig som meningitis (hjernehindebetændelse) og/eller blodforgiftning.

I Danmark konstateres hvert år mellem 70 og 100 tilfælde af meningokoksygdom. Sygdommen er hyppigst hos børn og unge, men forekommer i alle aldre.

Om smitte

Meningokokker spredes gennem luften med dråber, der opstår, når vi hoster og nyser. Den syge er næsten altid smittet af en rask smittebærer. Derfor forekommer de fleste tilfælde af meningokoksygdom som enkelttilfælde, men af og til forekommer der tilfælde hos søskende eller andre nære kontakter til patienter med meningokoksygdom.

Uden for kroppen dør bakterierne hurtigt.

Smitteperiode: Smitter fra kort før sygdomsudbrud og til et døgn efter behandlingen er iværksat.

Symptomer

Inkubationstid: 1-4 dage.

Det er vigtigt at vide, at meningokoksygdom kan udvikle sig livstruende på få timer. Det almindeligste er dog, at sygdommen udvikler sig i løbet af et par døgn.

I begyndelsen kan sygdommen ligne influenza. Inden for 1-2 døgn stiger temperaturen til 38-40° C eller mere.

Temperaturstigningen kan indtræde pludseligt og være ledsaget af kulderystelser eller kramper. Der er ofte stærk hovedpine, opkastninger og ulyst til at spise og drikke. Den syge bliver døsig eller urolig, forpint og irriteret, måske uklar.

Meningokoksygdom kan også give anledning til blødninger (pettechier) i huden, der viser sig som røde eller blårøde punkter eller mærker. I nogle tilfælde er der spændinger i nakke og ryg, så foroverbøjning af hovedet er smertefuld og vanskelig.

Hos spædbørn kan symptomerne dog være noget anderledes. Børnene kan være mindre aktive, vil ikke spise eller drikke, græder ved mindste berøring, bliver tiltagende sløve og kaster op.

Behandling

Barnet skal indlægges så hurtigt som muligt for at blive behandlet. Meningokoksygdom behandles med antibiotika.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger ved meningokoksygdom.

Hvis der i den nærmeste omgangskreds har været et tilfælde af meningokoksygdom, er den vigtigste forholdsregel opmærksomhed over for sygdomstegn, og såfremt disse opstår, bør man straks kontakte læge.

I en husstand, hvor et familiemedlem har meningokoksygdom, vil der i nogle få tilfælde være risiko for, at der opstår endnu et tilfælde inden for den nærmeste tid.

Husstandsmedlemmer til en patient med meningokoksygdom anbefales forebyggende behandling med antibiotika.

I en mindre del af tilfældene er der mulighed for supplerende forebyggende behandling i form af vaccination. 5-6 dage efter vaccination er man beskyttet, og beskyttelsen varer et par år.

Da risiko for smitte i daginstitutioner og skoler er meget lille, anbefales kun sjældent forebyggende behandling.

Sygdommen overføres ikke via madvarer eller inventar. Der er ikke grund til særlig rengøring af legetøj eller lokaler.

Andre meningitisformer

Meningokokker er de almindeligst forekommende meningitisbakterier, men der kan være andre årsager til meningitis.

De alvorlige meningitistilfælde skyldes bakterier. De kræver omgående behandling.

Hib- og pneumokokvaccinen i børnevaccinationsprogrammet beskytter mod de meningitisformer, der skyldes bakterien *Hæmophilus influenzae* type b og de mest almindelige pneumokokbakterier.

Nogle meningitistilfælde skyldes virus (fx fåresygevirus). Disse sygdomme er ubehagelige, men almindeligvis ufarlige. De kræver ikke behandling, men dog indlæggelse på sygehus.

Komme i institution

Når behandlingen er afsluttet, og barnet er rask. Børn og voksne må komme i skole og institution, når den forebyggende behandling er givet.

7.22 MRSA (methicillin-resistente gule stafylokokker)

Nogle stafylokokbakterier, kaldet MRSA, er modstandsdygtige (resistente) over for gængse antibiotika. Problemet er, at alvorlige MRSA-infektioner kan være vanskelige at behandle. Tidligere blev MRSA især fundet hos patienter, der var indlagt. MRSA spreder sig nu også uden for sygehuse, fx i en husstand eller af og til i en børneinstitution. Hos de fleste raske volder MRSA ingen problemer.

Om smitte

MRSA smitter som andre stafylokokker. Raske kan bære stafylokokker i næsen eller på huden og kan af og til smitte videre, som regel inden for samme husstand. Risikoen for at videregive smitte er større, hvis personen har sår, bylder eller luftvejsinfektion.

Om forebyggelse

Da man ønsker at holde forekomsten af MRSA så lav som muligt har Sundhedsstyrelsen udgivet en særlig vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA.³⁰ Af vejledningen fremgår det, hvornår podning skal foretages, og hvordan man behandler MRSA hos den enkelte og i husstanden. Den enkelte informeres herom af lægen.

30 Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, Sundhedsstyrelsen, 2012.

Ved udbrud på en institution (dvs. hvis 2 eller flere i samme personkreds er påvist at være positive) kan der iværksættes podning og evt. behandling på samme tid for at undgå efterfølgende krydssmitte. Sådanne gruppeundersøgelser iværksættes efter aftale med embedslægeinstitutionen og klinisk mikrobiologisk afdeling. De implicerede skal informeres skriftligt.

Symptomer

Sygdomsmæssigt adskiller MRSA sig ikke fra andre stafylokokinfektioner, og alvorlige infektioner forekommer som regel kun hos i forvejen syge og svækkede. Hudinfektioner som sår og bylder ses som ved andre stafylokokker.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger ved tilfælde af MRSA.

Komme i institution

Hovedreglen er, at det almindelige regelsæt følges, dvs. at raske godt må komme i daginstitutionen, selv om MRSA er blevet påvist. Hvis man har sår eller bylder eller tegn på akut luftvejssygdom, må man ikke komme. Hvis der er tale om et enkelt inficeret sår, der er under behandling og dækket af en tør og tætsluttende forbinding, må børn over skolealderen godt komme i institutionen. Embedslægeinstitutionen kan iværksætte særlige foranstaltninger, hvis specielle forhold taler herfor.

7.23 Mæslinger (morbilli)

En børnesygdom forårsaget af virus. Sygdommen kan være alvorlig og kan medføre komplikationer. Vaccination mod mæslinger indgår i børnevaccinationsprogrammet. Mæslinger forekommer sjældent, efter man er begyndt at MFR-vaccinere.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften. Sygdommen er meget smitsom.

Smitteperiode: Smitter fra 7 dage efter barnet er smittet, eller fra forkølelses-symptomer er begyndt. Smitter indtil 4 dage efter udbrud af udslæt.

Symptomer

Inkubationstid: 10 dage.

Sygdommen består af to perioder. Den første periode varer 2-4 dage med høj feber (39-40° C), utilpashed, snue, hoste og røde, irriterede øjne. Efter 1 døgn

med næsten normal temperatur starter anden periode med ny temperaturstigning og udslæt.

Udslættet begynder i ansigtet og bag ørerne og breder sig i løbet af et par dage over hele kroppen og ud på arme og ben. Det består af små røde pletter, der efterhånden flyder sammen til store pletter. Der er sjældent kløe. Temperaturen begynder at falde, når udslættet har bestået et par dage.

Barnet er ofte betydelig påvirket, og sygdommen varer oftest en uges tid.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen, kun for evt. komplikationer.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger ved tilfælde af mæslinger.

Komplikationer

Hvis temperaturen ikke falder et par dage efter udslættets start, eller hvis der atter opstår feber, kan det skyldes komplikationer.

De almindeligste komplikationer er mellemørebetændelse og lungebetændelse, men i sjældne tilfælde kan der forekomme alvorligere komplikationer som meningitis (hjernehindebetændelse) og hjernebetændelse.

Komme i institution

Mæslinger tærer meget på barnets kræfter og giver nedsat modstandskraft. Barnet bør komme til kræfter, inden det begynder i institution eller skole for at undgå, at det får komplikationer.

7.24 Røde hunde (rubella)

En børnesygdom forårsaget af virus. Sygdommen har et mildt forløb hos børn. Hvis en gravid kvinde smittes, er der risiko for fosteret. Især er risikoen stor i første trimester. Vaccination mod røde hunde indgår i børnevaccinationsprogrammet.

Vaccinationstilbuddet omfatter også kvinder i den fødedygtige alder, der ikke tidligere er vaccineret eller har haft infektionen.

Røde hunde forekommer sjældent, efter at man er begyndt at MFR-vaccinere. I andre lande forekommer sygdommen lidt hyppigere.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften.

Smitteperiode: Smitter fra 1 uge efter barnet er smittet eller 14 dage før udslættets udbrud og indtil 5 dage efter udbrud af udslæt.

Symptomer

Inkubationstid: 2-3 uger. Sygdommen smitter allerede i inkubationstiden.

Sygdommen begynder ofte med utilpashed, let forkølelse og temperatur op til 38° C. Efter 1 døgn tid kan der opstå øm hævelse af lymfeknuderne på halsen og i nakken og samtidigt udslæt. Der er udtalt rødme af ansigtet, mens udslættet på krop, arme og ben er småpletet og svagere rødt. Der kan være kløe. Efter et par dage svinder udslættet, og sygdommen er overstået. Sygdommen kan forløbe uden udslæt, og diagnosen kan ikke stilles på udslættet alene.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der gælder særlige regler for gravide, der ikke har haft røde hunde, se side 17 om Arbejdstilsynets opgaver.

Komme i institution

Når barnet er rask.

7.25 Skoldkopper (varicella)

En børnesygdom, der skyldes virus og viser sig ved blæredannelse på huden. Helvedesild skyldes også skoldkoppevirus.

Om smitte

Smitte overføres med luftvejssekret eller væske fra blærerne (gælder også helvedesild) via hænder eller genstande eller ved dråber, der hostes eller nyses ud i luften. Sygdommen er meget smitsom. De tørre sårskorper smitter ikke.

Smitteperiode: Smitter fra 7 dage efter udsættelse, eller 3 døgn før udslættets frembrud. Smitter til 5 dage efter udslættets frembrud, eller indtil der ikke er fremkommet nye blærer i 2 dage, og blærerne er tørret ind.

Om forebyggelse

God hygiejne mindsker risikoen for smitte ved berøring. Det er vigtigt, at barnet vasker hænder og får klippet negle, for at kradsning ikke medfører en



bakteriel infektion. Børnesår er en hyppig komplikation, men kan begrænses ved at anvende zinkliniment for at tørre blærene og mindske kløen.

Det er muligt at vaccinere mod skoldkopper.

Symptomer

Inkubationstid: 2-3 uger.

Sygdommen kan begynde med utilpashed og let feber, men udslættet er ofte det første sygdomstegn. Det begynder på kroppen eller i hårbunden og breder sig derefter til ansigt og i mindre grad til arme og ben. Først opstår røde pletter, og i disse dannes små, vandklare blærer, der brister eller tørrer ind og danner sårskorper. I løbet af de første 4-5 dage fremkommer nye blærer, og sygdommen plejer at være overstået efter 1 uge, men skorperne kan være længe om at falde af. Der er ofte ret udtalt kløe, og kradning kan give infektion i sårene.

Behandling

Der gives normalt ingen behandling for sygdommen. Imod kløe kan anvendes zinkliniment, som kan købes i håndkøb.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der gælder særlige regler for gravide, som ikke har haft skoldkopper, se side 17 om Arbejdstilsynets opgaver.

Komplikationer

Personer med nedsat immunforsvar kan blive svært angrebet. Det gælder personer med hiv-infektion, leukæmi og evt. personer i behandling med immun-supprimerende stoffer.

Skoldkoppervirus forbliver i kroppen, efter at sygdommen er overstået og kan på et senere tidspunkt blive årsag til helvedesild. Denne sygdom opstår hyppigst hos voksne og viser sig ved et smertende udbrud af blærer på et begrænset hudområde. Væske fra disse blærer kan i den første uge efter fremkomsten indeholde virus og forårsage skoldkopper hos personer, der ikke tidligere har haft skoldkopper. Smerterne kan bestå i længere tid. Helvedesild forekommer også hos børn. Personer med nedsat immunforsvar kan udvikle meget udbredte udbrud (generaliseret Herpes Zoster). Disse tilfælde behandles bl.a. med antivirale midler.

Komme i institution

Når skorperne er tørret ind, er smittefaren overstået.

7.26 Skovflåtoverførte infektioner

Skovflåter kan overføre Borrelia eller TBE.

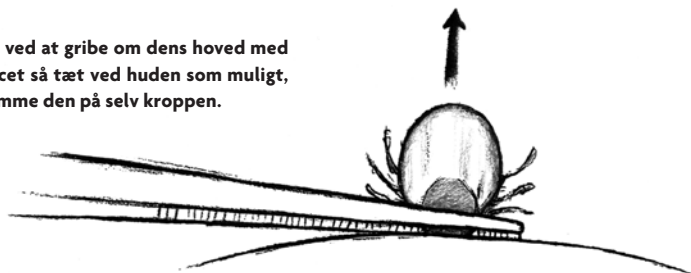
7.26.1 Borreliainfektion

En infektion forårsaget af bakterien Borrelia burgdorferi, som findes i ca. hver tredje skovflåt i Danmark. Et meget stort antal danskere bliver hvert år bidt af en skovflåt uden at udvikle sygdom. Skovflåten træffes fortrinsvis fra maj til oktober.

Om smitte

Smitten overføres med bid af skovflåt, som er inficeret med Borrelia. Skovflåten bider sig fast, hvor huden er tyndest, og hvor den kan skjule sig, fx i knæhaser, lyske, armhuler, bag ører og i navlen, hos børn også i hårbunden. Borrelia overføres først til mennesket, når skovflåten har siddet på huden i et døgn. Fjernes flåten i løbet af det første døgn, er der minimal risiko for smitte. Borreliainfektion smitter ikke mellem mennesker.

Flåten fjernes bedst ved at gribe om dens hoved med en spids (splint) pincet så tæt ved huden som muligt, så det undgås af klemme den på selv kroppen.



Om forebyggelse

Skovflåten findes i skovbundens tætte vegetation eller i områder ved skov med høj vegetation. Når man har opholdt sig i skoven uden for stisystemer, bør man se huden grundigt efter for skovflåter for at undgå borreliainfektion. Går man i knæhøj bevoksning, er det fornuftigt at bruge gummistøvler. Det er også hensigtsmæssigt at tildække arme og ben og iføre sig lyst tøj, så flåterne er nemme at se. Skovflåten fjernes ved, at man tager fat om den helt nede ved huden med en pincet eller speciel tang. Den kan normalt trækkes eller vrækkes ud uden problemer. Skulle nogle af munddelene blive siddende, sker der ikke noget ved det.

Symptomer

Inkubationstid: 3-30 dage.

Skovflåten ses i starten som en 2 mm stor sort prik på huden. Når flåten har suget blod, bliver den noget større. Efter flåtbiddet kan der være en hævelse som ved myggestik eller noget større; det er en normal reaktion på flåtens spyt.

Symptomer på borreliainfektion er udslæt, der kan opstå nogle dage eller op til flere uger efter flåtbiddet. Udslættet er rødt og velafgrænset, og vokser efterhånden i omkreds til over 4 cm i diameter. Efterhånden afbleger udslættet i midten og får ringstruktur. I ca. halvdelen af tilfældene opstår der desuden almensymptomer i form af muskelsmerter, ledsmerter og hovedpine og evt. smerter svarende til udslættet. Ligeledes kan symptomer fra nervesystemet forekomme (nedsat muskelkraft, lammelser) – også uden at der er set et udslæt. Børn kan klage over “ondt i maven”, miste appetitten eller blive initiativløse. Uden behandling kan udslættet vare i uger til måneder.

Behandling

Kommer der symptomer på borreliainfektion, eller vokser udslættet til over 4 cm i diameter, skal lægen kontaktes.

Infektion med *Borrelia* skal behandles med et antibiotikum for at undgå komplikationer. Hovedparten af sygdomstilfælde med symptomer fra nervesystemet helbredes uden mén.

Komme i institution

Barnet kan komme i institution under hele forløbet, når det er alment velbefindende.

7.26.2 Tick-borne-encaphelitis, TBE (flåtbåren hjernebetændelse)

TBE skyldes et virus, der overføres ved bid af skovflåt. I Danmark konstateres et par tilfælde om året på Bornholm, og der har været enkelte tilfælde i Nordsjælland. Skovflåten træffes fortrinsvis fra maj til oktober.

Om smitte

I modsætning til smitte med *Borrelia* overføres virus umiddelbart i forbindelse med bidet. TBE smitter ikke mellem mennesker. Se i øvrigt side 58 om skovflåt under "Smitte".

Om forebyggelse

Folk, der færdes jævnligt i skov med tæt bevoksning og uden for stierne, kan blive vaccineret mod sygdommen. Normalt vaccinerer man ikke børn under 7 år. Se side 58-59 angående forebyggelse af infektion via flåtbid.

Symptomer

Inkubationstid: 7-14 dage.

Symptomerne starter med influenzalignende sygdom, der varer nogle dage. Ca. en tredjedel udvikler herefter tegn på hjernebetændelse med hovedpine, feber og lammelser efter et symptomfrit interval på få dage til uger. Enkelte patienter kan få varige mentale eller neurologiske skader. Børn under 7 år bliver sjældent alvorligt syge.

Behandling

Der findes ingen specifik antiviral behandling af infektionen.

Komme i institution

Må komme i institution uden begrænsninger.

7.27 Svampeinfektioner (dermatofytoser, ringorm)

Hudinfektioner, der skyldes svampe.

Om smitte

Nogle svampe angriber kun mennesker. Oftest sker der smitte fra raske smittebærere ved berøring. Andre svampelidelser skyldes smitte fra dyr, især kattekillinger, kalve, marsvin og hamstere. Især børn smittes fra dyr og udvikler 'ringorm'.

Om forebyggelse

Fodsvamp kan begrænses ved at benytte eget håndklæde, tørre grundigt mellem tæerne, bruge rene sokker hver dag, benytte badesko i skolen og svømmehallen og ved at gå med sko eller sandaler, som tillader tæerne at 'ånde'.

Symptomer

Inkubationstid: Usikker, men formentlig uger til måneder.

På huden ses røde, skallende, kløende pletter. Efterhånden afbleges udslættet fra midten, så det bliver ringformet (ringorm). Udslættet sidder oftest på kroppen, arme og ben. Hårbunden kan også angribes ved smitte fra dyr. Hårene knækker af i pletter, og der optræder skallende hud i pletterne.

Fodsvamp er en anden form for svampesygdom. Huden mellem tærerne er opblødt og evt. revnet. Huden kan også være tør med afskalning.

Behandling

Lægen kan behandle med svampedræbende medicin. Oftest er lokalbehandling tilstrækkelig, men der kan være behov for tabletbehandling, især når hårbunden er angrebet.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der er ingen særlige forholdsregler ved svampelidelser.

Komme i institution

Må komme i institution uden begrænsninger.

7.28 Tredagesfeber (exanthema subitum)

Rammer især børn i alderen ½-3 år og skyldes infektion med et virus. Næsten alle børn bliver smittet inden 3-års-alderen.

Om smitte

Efter at være blevet smittet, udskiller man i perioder virus i spyt resten af livet. Smitte overføres med spyt via hænder eller genstande. De fleste børn smittes af forældre eller ældre søskende. Der ses sjældent større udbrud af tredagesfeber i institutioner.

Symptomer

Inkubationstid: 1-2 uger.

Sygdommen begynder pludselig med feber, der holder sig på ca. 39° C i 2-4 dage. Barnet er som regel ret upåvirket. Samtidig med at temperaturen falder, fremkommer udslættet, som starter på kroppen. Udslættet består af små, blegrøde pletter, som kan brede sig til hoved og hals, men er mest udtalt på kroppen. Udslættet svinder i løbet af 1-2 dage. I mange tilfælde fremkommer der ikke udslæt, og så diagnosticeres sygdommen ikke som tredagesfeber. Feberkrampe er en forholdsvis hyppig komplikation.

Behandling

Der er ingen behandling for sygdommen, og der er ikke behov for forebyggende foranstaltninger.

Komme i institution

Når barnet er rask.

7.29 Tuberkulose

Sygdommen skyldes infektion med tuberkulosebakterier og sidder hyppigst i lungerne, men kan også give sygdom uden for lungerne, hos børn ofte i lymfeknuderne på halsen. Tuberkulosebakterier kan ligge latent i kroppen i mange år uden at give sygdom.

Om smitte

Personer med tuberkulose i lungerne og hoste smitter. Tuberkulose smitter ved dråbeinfektion, men er langt mindre smitsom end andre luftvejsinfektioner. Normalt overføres smitte kun efter nær og langvarig kontakt. Børn smittes overvejende af voksne i husstanden. Børn med tuberkulose smitter sædvanligvis ikke – i modsætning til voksne – da børn udskiller meget få bakterier.

Børn, der får tuberkulose i Danmark, er hovedsagelig efterkommere af og/eller i husstand med indvandrere, som er smittet i deres hjemland. Der forekommer sjældne tilfælde af smitte mellem unge på fx efterskoler.

Symptomer

Inkubationstid: Måneder – år.

De fleste infektioner hos børn og unge giver ingen eller kun forbigående symptomer. Når tuberkulosesygdom udvikles, optræder symptomerne oftest 1-6 måneder efter infektionen og består i feber, vægttab eller manglende vægtøgning, hoste, nattesved og kuldegysninger. Sjældnere kan der optræde symptomer på infektion i lymfeknuder, knogler, led, hud og undertiden meningitis.

Behandling

Behandlingen er effektiv, men langvarig og varer i 6 måneder. Der gives også forebyggende behandling til børn, som er smittede, men ikke syge.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Embedslægeinstitutionen har ansvaret for at iværksætte foranstaltninger ved tilfælde af tuberkulose. Det sker i samarbejde med lungemedicinsk afdeling.

Ved tuberkulose hos et barn bør søskende, forældre og nære kontakter undersøges for, om de har sygdommen og således kan være smitekilder.

Komme i institution

Ved påvist tuberkulose hos et barn foretages en individuel vurdering af, hvornår barnet kan komme i institution. De fleste børn med tuberkulose er ikke smittefarlige. Embedslægen rådgiver.

7.30 Vandvorter (molluscum contagiosum)

En hudsygdom, der skyldes virus.

Om smitte

Smitten overføres ved kontakt med hudelementerne.

Smitteperiode: Smitter fra udbrud og indtil behandling er iværksat.

Symptomer

Inkubationstid: Usikker, formentlig flere uger.

På huden opstår 2-3 mm store halvkugleformede knopper, der efterhånden får indtrækning på midten. Især hos spædbørn kan der være mange knopper, mens der hos større børn og voksne i reglen er 5-10 stk.

Behandling

Sygdommen går over af sig selv, men det kan vare fra ½ til ca. 2 år. Vandvorter kan skrubes væk i lokalbedøvelse, eller der kan fryses med flydende kvælstof. Hos mindre børn anvendes pensling med et svagt ætsende middel. Denne behandling foregår hos en speciallæge.

Komme i institution

Må komme i institution uden begrænsninger.

7.31 Vorter (verruca vulgaris)

En hudlidelse, der skyldes virus. Ca. 10 % af skolebørn har på et givet tidspunkt vorter på hænder eller fødder.

Om smitte

Smitten overføres ved kontakt, og spredning af fodvorter sker ofte i gymnastiksale og baderum, hvor børnene går på bare fødder.

Smitteperiode: Smitter fra udbrud og indtil behandling er iværksat.

Symptomer

Inkubationstid: usikker, formentlig måneder.

Vorterne er fra få millimeter op til centimeter store hævelser af huden. Undertiden er der mørke prikker som tegn på punktformede blødninger.

Behandling

Sker oftest med lokalmiddel og nedfilning af vorten. Evt. anvendes frysning med flydende kvælstof eller ætsende lokalbehandlinger, hvilket foregår hos en speciallæge.

Undertiden skraber lægen vorten væk under lokalbedøvelse. Behandling ned-sætter smitterisiko.

Vorterne kan svinde af sig selv, men det tager adskillige år.

Om forholdsregler ved sygdomstilfælde

Der er ingen særlige forholdsregler over for vorter på hænderne.

Hvis et barn med fodvorter ikke er i behandling, anvendes gymnastik- og badesko.

Komme i institution

Må komme i institution uden begrænsninger.

7.32 Øjenbetændelse (conjunctivitis)

Betændelse i øjets bindehinde. Bindehinden dækker 'det hvide' af øjet og indersiden af øjnlåget.

Om smitte

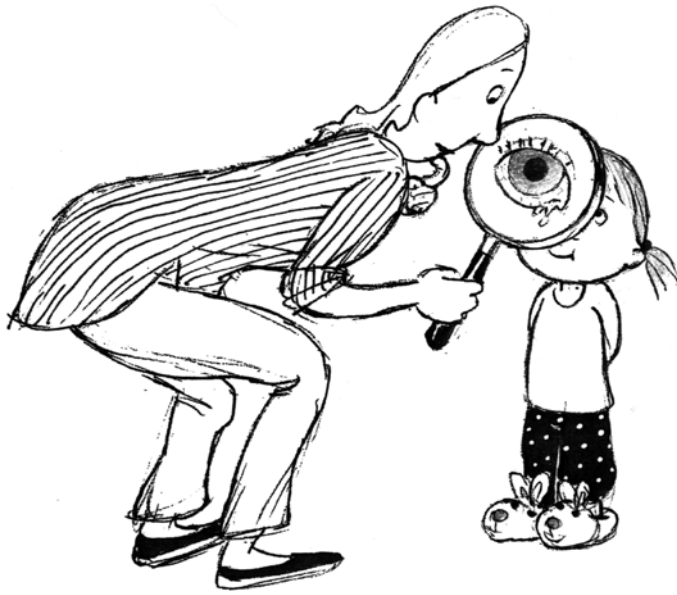
Smitten overføres ved berøring og via genstande som håndklæder og legetøj. Der kan også ske smitte gennem luften med hoste eller nys.

Om forebyggelse

Øjenbetændelse forebygges med god hygiejne. Korrekt håndhygiejne er vigtig. Udfør håndhygiejne efter kontakt med væske fra øjnene. Generelt udføres håndhygiejne før man skal i gang med noget rent (fx før arbejde i køkkenet, borddækning eller udskæring af frugt), og efter man har rørt ved noget snavset. Man bør sikre sig, at øjenbetændelse ikke spredes via vaskeklude og håndklæder.

Symptomer

Øjenbetændelse dækker over både milde og svære medicinske tilstande.



Milde tilstande

Der er to former for meget milde tilstande af øjenbetændelse, der specielt opstår hos forkølede børn.

Den første milde form ses som en mild øjenbetændelse med let rødme, tåreflåd og lidt blakket pusdannelse i øjenkrogen ('gule klatter'), mest udtalt efter søvn. Dette skyldes tilstopning af tårekanalen på grund af hævede slimhinder. Børn med denne form for øjenbetændelse må gerne komme i institution.

Den anden milde form for øjenbetændelse skyldes nogle virus, der kun er lidt smitsomme. Symptomerne ved denne form for øjenbetændelse er ikke ret udtalte, og almentilstanden er ikke påvirket. Antibiotika har ingen virkning. Børn med denne form for øjenbetændelse må gerne komme i institution.

Begge disse to former for øjenbetændelse er meget almindelige, og næsten alle børn oplever det. Hvis problemerne varer i mere end en uge, skal barnet ses af en læge, der skal tage stilling til videre behandling og forholdsregler.

Svære tilstande

I sjældne tilfælde kan der være tale om en sværere form for øjenbetændelse, der enten kan være forårsaget af visse virus eller af bakterier. I disse tilfælde driver øjet med pus, og der er rødme og hævelse, både i det hvide af øjnene og på det indvendige af øjenlågene. Barnet oplever tørhedsfornemmelse, svie og brænden i øjet, og undertiden lysskyhed og tåreflåd. Almentilstanden kan være påvirket.

Denne form for øjenbetændelse er meget smitsom, og barnet må ikke komme i institution. Tilstanden kræver lægebehandling.

Behandling

Ved alle former for øjenbetændelse skal man være meget omhyggelig med oprensning af øjnene for ikke at sprede smitten fra det ene øje til det andet. Man bør udføre håndhygiejne før og efter behandling af øjnene, i form af grundig håndvask og/eller hånddesinfektion.

Et stykke vat vædes med lunkent vand for at fjerne pusset. Bevægelsen er indefra og ud. Man må ikke bruge det samme vat til begge øjne.

Gule klatter i øjnene på grund af forkølelse og de lette virusinfektioner kræver ikke behandling, da de kun giver lette gener, og antibiotika er uvirksomt på disse virus. Oprensning af øjnene er tilstrækkeligt for at mindske symptomerne. Barnet bør ses af læge, hvis symptomerne ikke er svundet i løbet af en uge.

De sværere øjenbetændelser kræver lægebehandling. Det er meget vigtigt at overholde behandlingen, da øjenbetændelsen ellers kommer igen. Ved denne form for øjenbetændelse tager den behandlende læge stilling til, hvornår barnet må komme i institution.

Komme i institution

Børn med svær øjenbetændelse må ikke komme i institutionen:

- hvis der er øjenbetændelse med stærkt pusflåd
- hvis der er øjenbetændelse og tydelig lysskyhed
- hvis der er øjenbetændelse og påvirket almentilstand.

Et barn med de nævnte symptomer bør undersøges af læge og evt. henvises videre til øjnlæge.

Når barnet har været i behandling mindst 2 døgn, og der ikke længere er pusflåd, lysskyhed eller påvirket almentilstand, må det komme i institution, selv om behandlingen skal fortsætte i længere tid.

8. Oversigt over de enkelte smitsomme sygdomme

På de næste sider er der en oversigt over de enkelte smitsomme sygdommes inkubationstid, smitteperiode og hvornår barnet kan komme i institution.

Læs side 9 om hvad der forstås ved et rask og et sygt barn.

Læs mere side 10 om information om sygdomstilfældet.

Sygdom	Inkubationstid	Smitter fra	Smitter til	Komme i institution
Bakteriel halsbetændelse	1-3 døgn	Barnet er smittet	Der er givet penicillin i 2 dage	Efter 2 dages penicillinbehandling, såfremt barnet er rask og feberfri
Bylder	Få dage	Bylden begynder at væske	Bylden er tørret ind	Når bylden er tørret ind
Børneorm	2-6 uger	2 uger efter smitte	Behandling iværksat	Ingen begrænsninger
Børnesår	Få dage	Sårene begynder at væske	Sårene er tørret ind og skorperne faldet af	Når sårene er ophelede, dvs. tørre og skorperne faldet af
Diaré og opkastning	Oftest et par dage	Diarreens udbrud	Afføringen er normaliseret. Dog særlige forhold i tilfælde af roskildesyge, VTEC og Shigella	Se under sygdommen
Fnat	4 uger hos ikke tidligere smittede	Kort efter smittetidspunkt	Behandling iværksat	Når behandling er iværksat
Forkølelse og virushalsbetændelse	1-7 dage	1 døgn inden udbrud	5 døgn efter udbrud	Når barnet er rask, og der ikke er pasningsproblemer
Forkølelæssår (herpes)	2-12 dage	Dannelse af blærer	Blærerne er tørret ind	Ingen begrænsninger, medv mindre der er infektion i såret
Fåresyge	2-3 uger	5 dage efter at barnet er smittet, eller 7 dage inden symptomerne er begyndt	5 dage efter sygdomsudbrud	Når barnet er rask, og kirtel-hævelsen er på retur

Sygdom	Inkubationstid	Smitter fra	Smitter til	Komme i institution
Hepatitis A (smitsom leverbetændelse)	3-6 uger	Sidste del af inkubationstiden	Få dage efter sygdomsudbrud	Når barnet er rask
Hepatitis B (leverbetændelse B)	2-4 mdr.	Se under sygdommen	Se under sygdommen	Når barnet er rask
Hiv				Ingen begrænsninger
Hånd, fod og mundsygdom (hand- foot and mouth disease)	5-7 dage	Udbrud af sygdommen	Udbrud er på retur	Når barnet er rask
Influenza	1-4 dage	1 døgn inden udbrud	Barnet er rask	Når barnet er rask
Kighoste	7-10 dage	7-10 dage efter barnet er smittet, eller fra forkølelses-symptomerne er begyndt	6 uger efter de typiske hosteanfald er begyndt	Når hosteanfald ikke giver anledning til pasningsproblemer
Kysesyge (mononucleose)	4-7 uger	Udbrud af sygdommen	Barnet er rask	Når barnet er rask
MRSA				Se under sygdommen
Lus		Smittetidspunkt	Ingen levende lus	Når behandling er iværksat
Lussingesyge (parvovirusinfektion, erythema infectiosum, femte børnesygdom)	Ca. 2 uger	En uge før udslættets udbrud	Udslættet er brudt ud	Når barnet er rask
Mellemørebetændelse med øreflåd	Komplikation til luftvejsinfektion	Kun i sjældnere tilfælde indeholder øreflådet bakterier, der kan smitte andre		Afhænger af evt. smitterisiko og pasningsproblemer
Meningokoksygdom (smitsom meningitis)	1-4 dage	Kort før sygdomsudbrud	Et døgn efter behandlingen er iværksat	Når behandlingen er afsluttet, og barnet er rask
Mæslinger	10 dage	7 dage efter barnet er smittet eller fra forkølelses-symptomerne er begyndt	Indtil 4 dage efter udbrud af udslæt	Når barnet er rask
Røde hunde	2-3 uger	1 uge efter barnet er smittet, eller 14 dage før udslættets udbrud	Indtil 5 dage efter udbrud af udslæt	Når barnet er rask

Sygdom	Inkubationstid	Smitter fra	Smitter til	Komme i institution
Skoldkopper	2-3 uger	7 dage efter udsættelse eller 3 døgn før udslættets frembrud	5 dage efter udslættets frembrud eller indtil der ikke er fremkommet nye blærer i 2 dage, og blærer er tørret ind	Når skorperne er tørret ind, er smittefaren overstået
Skovflåtover-ført borrelia-infektion	3-30 dage			Når barnet er rask
Svampeinfektioner	Uger-måneder	Udbrud af udslæt	Behandling iværksat	Ingen begrænsninger
TB	Måneder-år			
TBE	7-14 dage			Når barnet er rask
Tredagesfeber (exanthema subitum)	1-2 uger	Ukendt	Ukendt	Når barnet er rask
Vandvorter (moluscum contagiosum)	1 uge-6 mdr.	Udbrud	Behandling iværksat	Ingen begrænsninger
Vorter	2-3 mdr.	Udbrud	Behandling iværksat	Ingen begrænsninger. Fodvorter tilrådes dog tildækket eller behandlet lokalt
Øjenbetændelse, svær*	1-3 døgn	Svær form for øjenbetændelse smitter fra symptomer opstår	Svær form for øjenbetændelse smitter indtil der er givet behandling i mindst 2 døgn	Efter mindst 2 døgn behandling, og symptomerne er forsvundet

* Ved mild øjenbetændelse må barnet gerne komme i institution.

Læs mere

Børnevaccinationsprogrammet. Omtalt af Sundhedsstyrelsen.
www.sst.dk

Dyrehold i dagtilbud. Rådgivningsnotat, Sundhedsstyrelsen, 2009.
www.sst.dk

Forebyggelsespakke om hygiejne til kommunerne, Sundhedsstyrelsen, 2012.
www.sst.dk

Gravides og ammendes arbejdsmiljø. At-vejledning A.1.8. Arbejdstilsynet, januar 2009.
www.at.dk

Hepatitis B hos børn i daginstitutioner. Notat, Sundhedsstyrelsen, 2003.
www.sst.dk

Hygiejne i daginstitutioner. Anbefalinger om forebyggelse og sundhedsfremme for børn inden for hygiejne, miljø og sikkerhed. Sundhedsstyrelsen, 2013.
www.sst.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. BEK nr. 1344 af 03/12/2010.
www.retsinformation.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om gratis hepatitisvaccination til særligt udsatte persongrupper. BEK nr. 746 af 29/06/2006.
www.retsinformation.dk

Om desinfektion af puslemadrassen i daginstitutioner. Rådgivningsnotat, Sundhedsstyrelsen, 2010.
www.sst.dk

Ministeriet for Sundhed- og Forebyggelses bekendtgørelse af lov om foranstaltninger mod smitsomme og andre overførbare sygdomme. LBK nr. 814 af 27. august 2009.
www.retsinformation.dk

Ministeriet for Sundhed – og Forebyggelses bekendtgørelse om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v. BEK nr. 903 af 05/09/2008.
www.retsinformation.dk

Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år. Sundhedsstyrelsen, 2012.
www.sst.dk

Sundhedsstyrelsens skrivelse om medicingivning til børn i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger. Til personale i dagtilbud, skoler og skolefritidsordninger. SKR nr. 9575 af 25/10/2010.
www.retsinformation.dk

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om forholdsregler mod smitsomme sygdomme i skoler og daginstitutioner for børn og unge. BEK nr. 1515 af 13/12/2007.
www.retsinformation.dk

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. BEK nr. 277 af 14/04/2000.
www.retsinformation.dk

Sundhedsstyrelsens vejledning om gratis vaccination mod visse smitsomme sygdomme m.v. VEJ nr. 81 af 15/12/2008.
www.retsinformation.dk

Sådan kæmmer du lus ud af dit hår. Kæmmevejledning, Skadedyrlaboratoriet, 2008.
www.dpil.dk

Undgå smitte. Om hvordan man kan forebygge smitsomme sygdomme i hjemmet. Komiteen for Sundhedsoplysning, 2009.
www.sundhedsoplysning.dk

Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, Sundhedsstyrelsen, 2012

Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2011.
www.sst.dk

Vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis. Sundhedsstyrelsen, 2002.
www.sst.dk

Vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus. Sundhedsstyrelsen, 2013. www.sst.dk

Vejledning om hovedlus. Århus Universitet og Sundhedsstyrelsen, 2012.
www.dpil.dk

Vejledning om screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, human immundefekt virus (hiv) og syfilis. Sundhedsstyrelsen, 2010.
www.sst.dk

Yderligere information

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen

Her findes fx informationer om smitsomme sygdomme generelt, smitsomme sygdomme hos børn, børnesundhed, svangreomsorg og hygiejne i daginstitutioner. Se under Sundhed og Forebyggelse.

www.ssi.dk

Statens Serum Institut

Her findes fx informationer om de enkelte smitsomme sygdomme, børnevaccinationer, hygiejne, herunder håndhygiejne.

www.at.dk

Arbejdstilsynet

Her findes fx informationer om regler for gravide medarbejdere vedrørende smitsomme sygdomme.

www.sundhedsoplysning.dk

Komiteen for Sundhedsoplysning

Her kan bestilles en lang række af Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsens publikationer til forældre, pædagoger og sundhedsfaglige.

Register

A

afføring 12, 21, **22**, 26, 31, **33**, **34**, **35**, 40, 43,
alarmerende tegn 12
almene symptomer 11
alvorlige smitsomme sygdomme **8**, 13, 16
anmeldelsespligtige sygdomme 8
anmeldepligt **8**, 15
antibiotikum 59
antistoffer 18, 19
Arbejdstilsynets opgaver 17

B

badevand 21, **22**
bakterielle hudinfektioner 29
bakterier 18
behandlende læges opgaver 15
bekendtgørelse **7**, 8, 14, 20, 70, 71
bihulebetændelse 37
borreliainfektion 58
bronkitis 37
bumser 30
bylder 30
børneorm 31
børnesår 32
børnevaccinationer 72

C

Campylobacter **22**, 33
conjunctivitis 64

D

dermatofytoser 60
diaré 33
difteri **20**, 21
dråbesmitte 22

E

enterobiasis 31
embedslægens opgaver 16
erythema infectiosum 49
exanthema subitum 61

F

falsk strubehoste 36
feber 11
feberfri **9**, 19, 67
feberkrampe **12**, 61
femte børnesygdom 49
flåtbåren hjernebetændelse 59
fnat 35
folliculitis og furuncles **23**, 30
forebyggelse **23**, 25, 26, 27
forkølelse 36
forkølelsessår 38
forældres opgaver 14
fremmøde 9
fåresyge 39
fødevarebårne infektioner 33

G

Giardia lamblia 33
gravide medarbejdere **17**, 72
gulfarvning 40, 42
gullige skorper 32
gøende hoste 36, 37

H

halsbetændelse 28
handsker 25
hand-, foot- and mouth disease 43
helbredsoplysninger 14
helvedesild 56, 58
hepatitis A 40
hepatitis B 41
herpes 38
herpes zoster 58
hib-vaccination 53
hiv-infektion 42
hjernebetændelse 55, 59, 60
hjernehindebetændelse 39, 51, 55
hovedlus 47
HPV-vaccination **20**, **21**
hvide blodlegemer 18

hvæsende vejrtrækning 37
human immunodefekt virus 42
hygiejne 14
hygiejniske forholdsregler 14
hæmophilus influenzae type b 20, 53
hånd-, fod- og mundsygdom 43
hånddesinfektion 25
håndhygiejne 23
håndvask 24

I

impetigo 32
immunitet 19
immunglobulin 40
indskrivning af børn 14
informationsskrivelser 7, 10, 28
influenza 44
inkubationstid 18

K

kighoste 45
kløe 32, 35, 48, 56, 60
kontaktsmitte 22
krampeanfald 12
kronisk sygdom 19
kulderystelser 52
kysesyge 46
kæledyr 22

L

laryngitis 36
leverbetændelse B 41
luftvejssekret 21, 25, 28, 36, 43, 44, 45, 54, 56
luftbåren smitte 22
lungebetændelse 37, 55
lus 47
lussionsyge 49
lysskyhed 65, 66
lægens opgaver 15
lægehjælp 12
lægeundersøgelser 15

M

madvarer 27

mave-tarminfektioner 33
mediceringivning 13
mellemørebetændelse 50
meningokokker 51
meningokokksygdom 51
methicillin-resistente gule stafylokokker (MRSA) 53
MFR-vaccination 20, 39, 54, 55
mikroorganismer 18
modstandskraft 9, 19, 55
modtagelighed 19
molluscum contagiosum 63
mononucleosis infectiosa 46
morbilli 54
MRSA 53
mæslinger 54

N

norovirus 33, 35

O

ophobet sygdom 16
opkastning 33
opsyn 13, 46
opslag 10
otitis media suppurativa acuta 50

P

parasitter 18, 33
parotitis epidemica 39
parvovirusinfektion 49
pediculus capitis 47
personalets opgaver 13
pertussis 45
pharyngitis 36
pneumokokvaccination 53
polio 20, 21
pseudocroup 36
puslemadras 26, 70

R

rask smittebærer 9, 21, 28, 38, 43, 45, 51, 60
retningslinjer 7
resistens 49
respiratorisk syncytialvirus 37

rhinitis 36
ringorm 60
rotavirus 33, 34
Roskildesyge 33
rubella 55
røde hunde 55

S

salmonella 21, 22, 33
samtykke 9, 10, 15, 16
scabies 35
scarlatina 28
sengetøj 26, 31, 35
skarlagensfeber 28
skoldkopper 56
skovflåtoverførte infektioner 58
skærpet hygiejne 27
smitsom leverbetændelse 40
smitsom meningitis 51
smitteforebyggelse 16
smitteperiode 18
smittorisiko 21
smitteveje 21
Shigella 33, 35, 67
specifikke symptomer 11
stafylokokker 26, **29**, 30, 32, 53, 54
stivkrampe 20, 21
streptokokker 28, **29**, 32
specifikke undersøgelser 9
sundhedstjenestens opgaver 15
svampe 18
svampeinfektion 60
svækkelse 44
sygdomstilfælde 10, 14, 27

T

tavshedspligt 10
temperaturmåling 11
temperaturstigning **12**, 52, 54
tetanus 20
tilsyn 14, 16
tick-borne-encephalitis, TBE 59
tobaksrygning 19
tonsillitis acuta 28
tredagesfeber 61
Toxoplasma 22
tuberkulose 62

U

udlandsrejser **21**, 40

V

vaccinationsprogram 19
vandvorter 63
varicella 56
verruca vulgaris 63
virus 18
virushalsbetændelse 36
vorter 63
VTEC 21, 22, **33**, 35, 67
væskemangel 12

Z

zoonoser 21

Ø

øjenbetændelse 64
øreflåd 50
øretermometer 11

SMITSOMME SYGDOMME HOS BØRN OG UNGE

Vejledning om forebyggelse i daginstitutioner, skoler m.v.

Smitsomme sygdomme hos børn og unge er en vejledning fra Sundhedsstyrelsen om forebyggelse af smitsom sygdom. Vejledningen giver oplysninger om de grundlæggende regler på området, om forebyggelse og om de enkelte sygdomme.

Vejledningen henvender sig både til institutioner, skoler, forældre og sundhedsvæsenet med oplysninger og råd. Det er et ønske, at vejledningen kan medvirke til at gøre samarbejdet på området lettere.

For hver sygdom beskrives: smitteforhold, forebyggelse, symptomer, behandling, forholdsregler ved sygdomstilfælde og hvornår barnet igen må komme i institution.

De vigtigste oplysninger er sammenfattet i en kort oversigt bagest i publikationen.

Fra bogens indhold:

- Grundlæggende regler
- Tegn på smitsom sygdom
- Hvem gør hvad?
- Hvad er en smitsom sygdom?
- Forebyggelse af smittespredning
- De enkelte smitsomme sygdomme.

www.sst.dk

Bogen kan købes hos:
Komiteen for Sundhedsoplysning
Classensgade 71, 5. sal, 2100 København Ø
Telefax 35 43 02 13
E-mail: kfs@sundkom.dk
Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk

