

## Barnehager og smittevern

Barn som går i barnehage er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn. Det er spesielt de nye barna i barnehagen som blir syke. Undersøkelser har vist at forkjølelssymptomer som snue, hoste, halsonde, og ørebetennelse er nesten dobbelt så vanlige hos yngre barnehagebarn sammenliknet med barn som ikke går i barnehage. Mage-tarm infeksjoner er opp til tre ganger så vanlig hos barnehagebarn. I tillegg forekommer det stadig mindre utbrudd i barnehager av bl.a. hodelus, brennkopper og ulike utslettsykdommer. Smittepredning i barnehager skjer hovedsakelig gjennom direkte eller indirekte kontaktsmitte og antagelig i mindre grad gjennom dråpesmitte. En viss smittespredning synes uunngåelig p.g.a. barns generelle atferd.

### Lovverk og veiledere

Kommunehelsetjenesteloven (§ 4a-1) inneholder bestemmelser som beskriver kommunens plikter knyttet til smittevern i skoler og barnehager. Iflg. "Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v." (1995) skal virksomheten planlegges og drives slik at risikoen for spredning av smittsomme sykdommer blir så liten som praktisk mulig. Statens helsetilsyns "Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler" (1998) gir kommunen og barnehagen konkrete råd, og peker på at smittevern er knyttet til internkontrollordningen. Smittevern i barnehager henger nøye sammen med generelle hygieneråd, rengjøringsrutiner og rutiner for mat i barnehagen. Helsedirektoratet utga i 2008 veiledningsheftet "Bra mat i barnehagen" som gir konkrete råd om mat- og håndhygiene i barnehager.

### Smittevernlegens rolle

Smittevernlegen har en overordnet rolle som rådgiver for kommunens øvrige leger og for barnehager. Smittevernlegen må bistå når det er behov for individuell vurdering og informasjon ved mer sjeldne og spesielle infeksjoner som blodsmitte/ bærertilstander. Smittevernlegen må også bistå med en individuell vurdering i andre tilfeller, f. eks. ved påvisning av resistente bakteriestammer eller ved blodsmittesykdommer som hivinfeksjon eller ved varslingspliktige sykdommer. I noen situasjoner når man diagnostiserer en smittsom sykdom hos et barnehagebarn må barnas og ansattes vaksinasjonsstatus gjennomgås for å gjøre en god risikovurdering og valg av smitteverntiltak. Det må også tas hensyn til om smitte med den aktuelle sykdommen kan medføre risiko for fosterskade hos gravide ansatte. Det er i den sammenheng viktig å minne om at kvinner i

fertil alder som er ansatt i barnehager bør være rubellavaksinert.

Smittevernlegen kan henvende seg til Folkehelseinstituttet for nærmere råd eller rådføre seg med barnets behandlende spesialist eller de lokale barne- eller infeksjonsmedisinske avdelinger. Ved opptreden av varslingspliktige sykdommer i barnehage eller skole bør smittevernlegen drøfte tiltak med Folkehelseinstituttet.

### Generell hygiene

Spredning av smittsomme sykdommer i barnehagen forebygges best ved å ha gode generelle hygienerutiner som:

- ha såpedispenser og papirhåndklær ved alle håndvasker. Bruk alltid varmt vann og såpe ved håndvask.
- vask alltid hendene godt etter toalettbesøk eller bleieskift.
- vask hendene når barna kommer inn fra lek og arbeid ute.
- unngå å nyse og hoste på hverandre, vask hendene når barna har pusset nesene
- fellesleker av plast og tre bør vaskes regelmessig med rengjøringsmiddel og varmt vann, forslagsvis én gang per uke. Tøyleker kan vaskes i vaskemaskin
- ved stell av blødende sår og neseblødninger bør engangshansker brukes. Skrubbsår og andre småsår som ikke blør stelles på vanlig måte
- stell og vanlig bleieskift kan foregå uten hansker
- rengjøring ved søl av blod eller avføring på gjenstander, gulv osv, utføres med husholdningsklorin. Bruk vanlige rengjøringshansker.

### Mathygiene

Barnehagen har – dersom det produseres eller serveres mat – ansvar for å melde hva slags mattilbud de har til sitt lokale mattilsyn, Gjennom meldeplikten vil barnehagen kunne få nyttig informasjon om regler som gjelder for å sikre helsemessig trygg mat og at oppbevaring og tilberedning skjer ved tilfredsstillende betingelser. Helsedirektoratet gir i veiledningsheftet "Bra mat i barnehagen" bl.a. følgende råd:

- vaske hendene godt før matlaging og måltider.
- skylle kniver og skjærebrett hver gang man skjærer opp nye matvarer.
- hold kjøkkenbenken ryddig og ren og ha minst mulig stående fremme på kjøkkenbenken.

- skyll kjøkkenkluten godt etter bruk og heng den fritt opp slik at den tørker. Vask den på minst 60°C eller legg den i klor. Kjøkkenpapir er et godt alternativ til kluten.
- sjekk jevnlig at kjøleskapstemperaturen er +4°C eller noe lavere.
- rydd og vask i kjøleskapet jevnlig
- la det ikke gå for lang tid mellom tilberedning og servering av mat. Mat som blir stående lenge i romtemperatur, taper næringsstoffer og får en dårligere hygienisk kvalitet. Melk og melkeprodukter er særlig utsatt.
- mat som barna har med seg hjemmefra bør oppbevares kjølig
- sett pålegg og rester av varm mat raskt til kjøling etter måltidet.

### Håndhygiene og bruk av desinfeksjonsmidler

Barnehagene er pålagt å ha håndvasker med lang hendel eller fotoceller som hindrer hudberøring. Barn og ansatte i barnehagen bør gjennomføre håndhygiene før de spiser og lager mat og etter toalettbesøk. Ansatte gjennomfører i tillegg håndhygiene etter bleieskift og stell, og etter tørking av snørr og andre sekreter. Er hendene synlig skitne gjennomføres håndhygiene ved å vaske hendene med flytende såpe og rennende lunkent vann. Barna tørker seg deretter med engangs papirhåndklær eller de bruker et egen håndkle som de ikke deler med andre. Er hendene ikke synlig skitne, kan barn og ansatte gjennomføre håndhygiene ved å bruke et alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel i stedet for håndvask. Alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel kan også brukes i tillegg til håndvask etter gjennomført håndvask med såpe og vann og etter at hendene er tørket.

Hånddesinfeksjonsmidler er vanlig salgsvare. Det er opp til den enkelte barnehage å avgjøre hvilke håndhygienerutiner som skal innføres. Ved innføring av alkoholbaserte hånddesinfeksjonsmidler som rutine for barna bør foreldre informeres. En studie fra Sverige publisert i 2008 viste at bruk av hånddesinfeksjon med etanol i tillegg til håndvask med såpe og vann minsket sykefraværet blant barna med 12 %. Det ikke er påvist resistensutvikling mot alkoholer hos mikrober som følge av bruk av sprit til desinfeksjon. Det er heller ingen fare for at spriten skal absorberes gjennom hud eller inhaleres og gi rus ved hånddesinfeksjon. Alkoholbaserte hånddesinfeksjonsmidler må oppbevares forsvarlig.

### Barnehager og kontakt med dyr

Det å være sammen med dyr er en positiv opplevelse for mange barn. Det blir stadig vanligere at barnehager og skoleklasser besøker gårdsbruk, zoologiske hager og dyreparker. Enkelte gårder, besøksgårder, er spesielt tilrettelagt for å ta i mot barnehager og skoleklasser. Norske husdyr har svært god helse. Likevel kan selv friske dyr ha bakterier som kan overføres til mennesker, særlig barn. Et enkelt og godt smitteverntiltak er å vaske hendene etter all kontakt med dyrene.

Mange barn hopper over håndvasken, dersom de ikke ser at hendene er skitne. For å unngå at barn blir syke f.eks. etter å ha klappet geiter eller kjælt med lam, må man passe på at de vasker hendene, selv om de ikke er synlig skitne. Dette er særlig viktig før måltider. På besøksgårder bør små barn, av flere grunner, alltid være under oppsyn. Det er de voksne som har ansvaret for at barna vasker hendene, men forholdene bør være lagt til rette slik at håndvask er enkelt å få til. Videre bør inntak av mat skje på områder hvor ikke dyrene har adgang.

Besøkende bør ved gårdsbesøk ikke drikke eller smake på upasteurisert melk eller mat laget av slik melk. Siden barn er ekstra utsatt for smitte med f.eks. giftproduserende varianter av *E. coli* (EHEC), og ikke selv kan ta stilling til risiko for sykdom, anbefaler vi at barn ikke tilbys slike produkter. Barnehager som drar på gårdsbesøk med barn bør avklare disse spørsmålene med barnas foresatte før gårdsbesøket.

De vanligste infeksjoner og infestasjoner som kan overføres ved kontakt med norske gårdsdyr er:

- Campylobacterinfeksjon
- *E. coli*-infeksjon
- sauekopper (orf, munnskurv)
- ringorm
- pelsmidd (*Cheyletiella*) fra kaniner. Parasitten kan hos barna gi kløe og irritasjon i form av små røde flekker (bitt) på armer, ben, og øvre del av kroppen.
- hønsemidd (*Dermanyssus gallinae*) som av og til kan stikke mennesker. Barna kan få "insektstikkmerker" med kraftig hudirritasjon.

### Anbefalinger om når syke barnehagebarn bør holdes hjemme

Erfaringer har vist at strenge regler for å stenge syke barn ute fra barnehagen har begrenset effekt på smittespredningen. Det kan bl.a. skyldes subkliniske infeksjoner, asymptomatisk bærerskap og at sykdommer er smitteførende før tegn på sykdom viser seg. Likevel bør syke barn i mange tilfeller holdes hjemme en periode for å hindre smittespredning til andre. Dette må igjen veies opp mot de samfunnsmessige konsekvenser det har at barn holdes ute fra barnehagen, og derved at

foreldre må være hjemme fra arbeidet. Det foreligger få studier som har sett på effekten av at syke barn holdes ute fra barnehagen.

Ved smittsom sykdom kan det være andre grunner enn smittevern til å holde barnet borte. Barnets allmenntilstand vil ofte tilsi at barnet bør være hjemme. Vurdering av barnets allmenntilstand må alltid baseres på foreldres skjønn. Som hovedregel bør barnet være friskt nok til å kunne delta i normale aktiviteter i barnehagen, og barnet bør være feberfritt,

De faglige rådene som Folkehelseinstituttet her presenterer er basert på tilgjengelig kunnskap om smittsomhet og risiko for sekundærtillfeller, varighet av eventuell bærertilstand, sykdommens alvorlighetsgrad, insidens av sykdommen og graden av vaksinasjonsdekning hos barnehagebarn. Anbefalingene er også basert på foreliggende utredninger og retningslinjer, samt relevante medisinske artikler. I tillegg har man konsultert nasjonale fagmiljøer og andre lands anbefalinger. For mange sykdommer kan det være vanskelig å angi en nøyaktig tidsperiode for når barnet kan vende tilbake til barnehagen. Dette gjelder f.eks. ved brennkopper. I slike tilfelle må det gjøres et klinisk skjønn. Skjønnnet må utøves av behandlende lege eller av foreldrene.

Denne oversikten dekker de vanligste symptomer og sykdommer som kan forekomme hos barn som går i barnehage eller de lavere klassetrinn i skolen. Oversikten dekker ikke tiltak ved utbrudd i barnehager eller skoler. For tiltak ved utbrudd henvises det til de ulike sykdomskapitlene.

Anbefalingene i følgende oversikt er delt inn i følgende situasjoner.

- ved symptomer uten etiologisk diagnose
- ved kjent etiologisk diagnose og der barnet bør holdes hjemme for en periode
- ved kjent etiologisk diagnose og barnet trenger ikke holdes hjemme
- ved kroniske blodbårne infeksjoner

### **Anbefalinger ved symptomer uten etiologisk diagnose**

I utgangspunktet er det barnets allmenntilstand som avgjør om barnet kan gå i barnehagen eller bør være hjemme. Vurdering av barnets allmenntilstand vil alltid måtte baseres på foreldres skjønn. Som hovedregel bør barnet være friskt nok til å kunne delta i normale aktiviteter i barnehagen

#### **Feber**

Barns normale temperatur kan variere. Temperatur mer enn 37,5 ° om morgenen og 38 ° på kvelden anses å være forhøyet temperatur. Barn med feber bør først og fremst av hensyn til seg selv holdes

hjemme til det er feberfritt. I noen sammenhenger kan det være ønskelig av smittevernhensyn.

#### **Diaré med eller uten brekninger**

Barn med akutte diarétilstander kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter at de har blitt symptomfrie. Dette gjelder også bleiebarn. Barn som konstitusjonelt har tendens til løs avføring trenger ikke holdes borte fra barnehagen. Det må være foreldrene som avgjør om barnet har en unormal diarétilstand. Ved diarétilstander hvor man mistenker næringsmiddeloverført mikrobe (for eksempel etter utenlandsreise) bør barnet undersøkes av lege og det bør sjekkes om andre barn i barnehagen har symptomer.

#### **Øyekatarr (konjunktivitt)**

Med dagens kunnskap er det ikke av smittevernhensyn grunnlag for å anbefale at barnehagebarn ved mild til moderat øyekatarr holdes hjemme. Bare ved kraftig øyekatarr med rikelig pussdannelse bør barnet av smittevernhensyn holdes hjemme inntil pussdannelsen har avtatt. Ved kraftig øyekatarr vil det vanligvis være behov for legekontakt, og barnets allmenntilstand vil også i stor grad styre behovet for å være hjemme fra barnehagen. Det må være opp til barnets foresatte å avgjøre om et barn som har symptomer på konjunktivitt skal undersøkes av lege. Dersom behandling igangsettes kan barnet gå i barnehage dagen etter igangsatt behandling. Barnehageansatte kan generelt ikke forlange at barn med konjunktivittsymptomer skal undersøkes eller behandles med øyedråper før de kan få gå tilbake til barnehagen, men kan ved tvil drøfte dette med barnets foresatte. Ved usikkerhet bør smittevernlegen i kommunen kontaktes.

#### **Forkjølelse**

Forkjølelse er den vanligste infeksjonen hos barn. Snue, snørrdannelse, hoste, nesetetthet og rennende øyne er de vanligste symptomene. Barnet kan gå tilbake til barnehagen når allmenntilstanden tilsier det.

#### **Influensaliknende symptomer**

Influensaliknende symptomer kan være feber med frysninger, tørrhoste, muskelverk og lett snue.. Barnet kan gå tilbake til barnehagen når allmenntilstanden tilsier det.

#### **Hoste og andre luftveissymptomer**

Hoste er et vanlig symptom ved forkjølelse og andre luftveisinfeksjoner. Ved hoste uten feber kan barnet gå tilbake til barnehagen når allmenntilstanden tilsier det. Ved langvarig eller kraftig hoste bør barnet undersøkes for bl.a. kikkhoste.

**Ørebetennelse**

Ørebetennelse arter seg vanligvis som plutselig øreverk ofte kombinert med feber og forkjølelse. Barnet kan gå tilbake til barnehagen når allmenntilstanden tilsier det.

**Brennkopper**

Barn med brennkopper kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonene er under kontroll, Grunnlaget for skjønnet her må være at det ikke lenger er fare for at smitteførende sårsekret kan påføres andre barnehagebarn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkter. Ved få og små lesjoner vil dette kunne ivaretas gjennom god tildekking, men ved mer utbredte lesjoner vil det være nødvendig at lesjonene er tørre og i god tilheling.

**Anbefalinger ved kjent etiologisk diagnose og der barnet bør holdes hjemme for en periode**

Når et barnehagebarn får en etiologisk diagnose, skal diagnostiserende lege ta stilling til om barnet av smittevern hensyn for en periode bør holdes tilbake fra barnehagen. Diagnosen stilles på bakgrunn av laboratorieprøve eller epidemiologisk tilknytning

**Amøbiasis (*Entamoeba histolytica*)**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen etter igangsatt behandling og 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

**Campylobacteriose**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

**Cryptosporidiose**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

**Cyklosporidiose**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

***E. coli*-infeksjoner og barnehager (inkludert EHEC)**

Barn som har fått påvist EHEC eller diaréassosiert HUS skal ha 5 negative kontrollprøver med minst 48 timers mellomrom før barnet kan vende tilbake til barnehagen. Barn som har fått påvist EIEC skal ha 3 negative kontrollprøver før barnet kan vende tilbake til barnehagen.

Barn som har et familiemedlem som har fått påvist EHEC-infeksjon eller diaréassosiert HUS bør (uavhengig av egne symptomer) holdes borte fra

barnehagen til det foreligger 3 negative avføringsprøver av barnet.

Ved enkelttilfelle av EHEC/HUS hos barn som går i barnehage bør andre barn i barnehagen og evt. ansatte som har eller nylig har hatt diaré prøvetas. I en situasjon med et alvorlig tilfelle hos et barn i barnehagen eller stor bekymring blant foreldre bør det vurderes å ta prøver av også asymptomatiske barn og evt. ansatte.

Ved bekreftet eller sannsynlig utbrudd av EHEC/HUS i en barnehage (to eller flere tilfeller), bør kommunelegen vurdere å midlertidig stenge de(n) aktuelle avdeling(er) av barnehagen for å få tid til gjennomgang av hygieneregler med personalet og desinfisering av aktuelle kontaktpunkter. I en utbruddssituasjon bør barna, uavhengig av symptomer, avlegge negativ avføringsprøve for EHEC før de sendes tilbake i barnehagen.

Personer med påvist EPEC eller ETEC kan vende tilbake til skole eller barnehage ved symptomfrihet, kontrollprøve anses ikke nødvendig

**Giardiasis**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen etter igangsatt behandling og 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

**Hepatitt A**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 1 uke etter debut av ikterus eller andre symptomer.

**Hodelus**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen så snart behandling er igangsatt.

**Kikhoste**

Ved behandling tidlig i sykdomsforløpet blir pasienten vanligvis smittefri 5 dager etter igangsatt behandling, og barn bør derfor holdes hjemme fra barnehagen i denne perioden. Ved behandling senere i sykdomsforløpet vil smittsomheten være betydelig mindre, og barn kan derfor gå i barnehage eller skole dagen etter igangsatt behandling. Friske nærkontakter som settes på profylaktisk behandling trenger ikke å være hjemme fra barnehage.

**Kolera**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

**Kusma**

Uvaksinerte barn med sikker diagnose kan vende tilbake til barnehagen 9 dager etter hevelsen inntreffer. Dersom alle de andre barna er vaksinert, avgjør allmenntilstanden når barnet kan gå tilbake til barnehagen.



**Mark (barnemark) / spolmark**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen etter igangsatt behandling. Det er ikke grunnlag for å behandle alle barn i en barnehage ved påvist enkelttilfelle hos et barnehagebarn

**Meningokokksykdom**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen når sykdommen er over. Søskene av et barn med meningokokksykdom som er nærkontakt og får penicillinbehandling og/eller meningokokkvaksine bør regnes som mulig smittet med meningokokkbakterie og bør for sin egen skyld være hjemme til observasjon noen dager fra barnehagen etter igangsatt penicillinbehandling.

**Meslinger**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen tidligst fire dager etter opptreden av utslett dersom allmenntilstanden ellers er god.

**MRSA- infeksjon og bærerskap**

Barn med hudlesjon hvor det er påvist MRSA kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjonen er under kontroll. Grunnlaget for skjønnnet her må være at det ikke lenger er fare for at smitteførende sårsekret kan påføres andre barnehagebarn direkte eller indirekte gjennom kontaktpunkter. Ved få og små lesjoner vil dette kunne ivaretas gjennom god tildekking, men ved mer utbredte lesjoner vil det være nødvendig at lesjonene er tørre og i god tilheling.

Barn som har fått påvist bærerskap med MRSA kan gå i barnehage som vanlig. Det er ikke anbefalt å informere barnehagen om påvist MRSA hos barnet.

**Norovirusinfeksjon**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve ikke nødvendig

**Paratyfoidfeber**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen ved symptomfrihet og 5 negative kontrollprøver foreligger.

**Pneumokokkinfeksjon med penicillinrestente stammer (PRNP-infeksjon)**

Ved påvist bærerskap av pneumokokker med penicillinresistens hos barnhagebarn må det gjøres en individuell vurdering når barnet kan gå tilbake i barnehagen. Folkehelseinstituttet kan gi råd i en slik situasjon.

**Ringorm**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen dagen etter at behandling er igangsatt.

**Rotavirusinfeksjon**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet

**Rubella**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen minimum 5 dager etter utbrudd av utslett. Hvis barnet er vaksinert er det lite sannsynlig at utslettsykdommen er rubella.

**Salmonellose (ikke inkludert tyfoid- eller paratyfoidfeber)**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke påkrevd. Ved påvist multiresistente salmonellastammer bør det gjøres en individuell vurdering om når barnet kan gå tilbake til barnehagen og om behovet for eventuelle kontrollprøver.

**Shigellose**

Barn som har fått påvist *S. dysenteriae* 1 kan vende tilbake til barnehagen ved symptomfrihet og når 5 negative kontrollprøver foreligger. Barn som har fått påvist andre typer shigelloser kan vende tilbake til barnehagen ved symptomfrihet og når 3 negative kontrollprøver foreligger.

**Skabb**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen dagen etter at behandling er igangsatt.

**Streptokokker, gruppe A (GAS)**

Barn med hudinfeksjon skal behandles og kan vende tilbake til barnehagen når hudlesjoner er under kontroll (ingen ukontrollert sekresjon og lesjoner som kan tildekkes). Ved GAS-halsbetennelse eller skarlagensfeber kanet barnet vende tilbake til barnehagen når det har vært på full penicillindose i minst ett døgn. I tillegg må barnet være klinisk friskt og feberfri..

**Tuberkulose**

Ved påvist tuberkulose hos et barnhagebarn må det gjøres en individuell vurdering når barnet kan gå tilbake i barnehagen. Barnelege, infeksjonsmedisiner eller Folkehelseinstituttet kan gi råd i en slik situasjon. Barn med tuberkuløs sykdom er sjelden smitteførende.

**Tyfoidfeber**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen ved symptomfrihet og til 5 negative kontrollprøver foreligger.

**Varicella (vannkopper)**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen når utslettet har begynt å tørke inn.

### **Yersiniose**

Barnet kan vende tilbake til barnehagen 2 døgn etter symptomfrihet. Kontrollprøve er ikke nødvendig.

### **Anbefalinger ved kjent etiologisk diagnose og barnet trenger ikke holdes hjemme**

Ved påvisning av enkelte sykdommer forligger det ved diagnosetidspunktet ingen smittefare til andre barn, og barnet kan fortsette å gå i barnehagen dersom han/hun er feberfri og i god allmenn-tilstand. Slike sykdommer er:

*Atypiske mykobakterier*  
*Encefalitt*  
*Erythema infectiosum (parvovirus B19, femte barnesykdom)*  
*Exanthema subitum*  
*Herpes simplex infeksjon (munnsår)*  
*Hånd-fot-munnsyke (coxsackievirus)*  
*Mollusker*  
*Mononukleose*  
*Loppebitt*  
*Veggedyrbitt*  
*Vorter*  
*Parainfluenza*  
*RS-virus*

### **Anbefalinger ved kroniske blodbårne infeksjoner**

#### **Hepatitt B bærerskap**

Barn som har fått diagnostisert kronisk hepatitt B-bærerskap (dvs. tilstedeværelse av HBsAg og/eller HBeAg) skal ikke nektes adgang til barnehage eller familiedaghjem. Erfaring har vist at når et slikt barn skal ha et barnehagetilbud kan dette føre til uro blant ansatte og andre foreldre som har barn i barnehagen. Helsemyndighetene har derfor utarbeidet retningslinjer for hvordan en slik situasjon skal håndteres. Hvilke tiltak som skal igangsettes skal baseres på barnets alder og om barnet har spesiell atferd som kan ha betydning for en evt. smittefare. Det er smittevernlegen i kommunen hvor barnehagen befinner seg som skal ta avgjørelse om hvilke tiltak som skal igangsettes.

#### **Hepatitt C**

Dagens kunnskap gir ikke grunnlag for å anta at barn med HCV-infeksjon i praksis representerer noen smitterisiko overfor andre barn eller voksenpersoner i sitt nærmiljø. HCV-smittede barn kan derfor gå i barnehage på linje med andre barn. I samråd med barnets foreldre bør barnehagens styrer og leder for den enheten der barnet skal gå informeres om barnets HCV-infeksjon slik at forholdene rundt barnet kan tilrettelegges på en trygg måte. Utover dette har ingen andre behov for informasjon om barnets HCV-status.

### **Hivinfeksjon/Aids**

Dagens kunnskap gir ikke grunnlag for å anta at barn med hivinfeksjon i praksis representerer noen smitterisiko overfor andre barn eller voksenpersoner i sitt nærmiljø. Hivpositive barn kan derfor gå i barnehage på linje med andre barn. I samråd med barnets foreldre bør barnehagens styrer og leder for den enheten der barnet skal gå informeres om barnets hivinfeksjon slik at forholdene rundt barnet kan tilrettelegges på en trygg måte. Utover dette har ingen andre behov for informasjon om barnets hivstatus.

Dersom det hivpositive barnet har spesielle adferdsproblemer som kan medføre økt risiko for blodeksponering mot andre barn (biting/kloring) eller spesielle hudproblemer som kan medføre økt risiko for blodeksponering mot personale bør plassering i barnehage kun skje etter medisinsk og pedagogisk vurdering av barnet. Dette gjelder også dersom barnet har utviklet aids.

### **Viktige skriv og artikler**

- FOR 1995-12-01 nr 928: Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Kan lastes ned fra [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)
- Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Statens helsetilsyn 1998. Kan lastes ned fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Veiledningsheftet Bra mat i barnehagen. Helsedirektoratet 2008. Kan bestilles og lastes ned fra <http://www.helsedirektoratet.no>
- Råd om bakteriologiske fecesundersøkelser ved kontroll og oppfølging av pasienter med tarminfeksjoner. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Folkehelsas smittevernråd 1997. MSIS-rapport 1999; 27: 52 B.
- Endring i blåreseptforskriften og retningslinjer for immunisering mot hepatitt A og B som refunderes av folketrygden. Rundskriv I-27/2000. Sosial- og helsedepartementet 2000.
- Retningslinjer for barnehager om smitteførende tiltak mot hepatitt B med vurdering av behovet for vaksinasjon når det er smitteførende barn i barnehagen. Rundskriv 36/90. IK-2339. Helsedirektoratet 1990.
- Guidance on Infection Control in Schools and other Child Care Settings. London; Health protection Agency; 2006. [http://www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/schools/default.htm](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/schools/default.htm)
- Smitte i førskolan. Kunnskapsöversikt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001
- <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2001/2671/2001-110-2.htm>
- Sheikh A, Hurwitz B. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.

- Høvding G. Akutt bakteriell konjunktivitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:1518-20
- Lennell A , Kühlmann-Berenzon S , Patricia Geli et al. Alcohol-based hand-disinfection reduced children's absence from Swedish day care centers. Acta Pædiatrica 2008 (online) <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121427725/HTMLSTART>

*Oppdatert 20.01.2009*