

Håndtering av enkelttilfeller eller utbrudd av gastroenteritt og hepatitt A i ankomstsentre og asylmottak

Utbrudd av gastroenteritt har større spredningspotensiale enn ellers i samfunnet på steder der hvor mange mennesker samles og bor tett, som for eksempel ved ankomstsentre og asylmottak. I dette miljøet kan et stort antall mennesker raskt bli syke. Utbruddene er vanligvis forårsaket av virus, men kan også være forårsaket av bakterielle infeksjoner.

Ved symptomer som diaré, oppkast eller magesmerter hos en beboer bør beboeren holdes mest mulig avskilt fra andre beboere og bruke eget toalett inntil den syke har blitt undersøkt av helsepersonell og evt. fått resultat av avføringsprøve. Behov for å ta avføringsprøve må baseres på en medisinsk vurdering i det enkelte tilfellet. Dersom det er mistanke om et utbrudd eller smittespredning i mottaket kan også være aktuelt å ta avføringsprøve.

Videre oppfølging avhenger av hvilken bakterie eller virus som blir påvist. Ved mistanke om utbrudd forårsaket av næringsmidler skal Mattilsynet kontaktes så snart som mulig.

Tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd på ankomstsentre eller asylmottak

Ved enkelttilfeller eller utbrudd av gastroenteritt eller hepatitt A på alle typer ankomstsentre, asylmottak o.l. anbefales at syke:

- instrueres om nøye håndvask etter toalettbesøk og før matlaging
- bør ha tilgang til toalett som ikke brukes av andre beboere
- ikke bør spise fra felles matservering, eventuelt bør mat serveres på tallerken fremfor buffet
- ikke skal delta i matlaging beregnet på andre beboere

Dersom man har påvist viral gastroenteritt eller hepatitt A kan det være aktuelt å skjerme den syke fra de andre beboerne hvis det kan praktisk gjennomføres. Syke trenger ikke skjermes fra andre beboere på mottaket dersom man har diagnostisert bakteriell gastroenteritt. Andre familiemedlemmer og nære kontakter til den syke som har liknende symptomer bør undersøkes. Ved hepatitt A skal man vurdere om nærkontakter bør vaksineres eller gis immunglobulin.

Viral gastroenteritt

Høst og vinter er høysesong for omgangssyke forårsaket av **norovirus**.

Smittemåte

Norovirus kan smitte på flere måter:

- Fra person til person (via uvaskede hender)
- Via kontakt med forurensede overflater (dørhåndtak, vannkraner på vasker o.l.)
- Via små dråper som dannes ved oppkast (nædråpesmitte), som andre personer puster inn
- Via forurensede matvarer eller drikkevann.

Inkubasjonstid, symptomer og smitteførende periode

Inkubasjonstid er vanligvis 12-48 timer. Norovirus er meget smittsomt. De syke er mest smittsomme mens de kaster opp og har diaré, men de er også smittsomme i en kort periode før symptomer starter og et par dager etter at symptomer har opphørt.

For tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd, se innledningen. Ved utbrudd av omgangssyke forårsaket av norovirus anbefales grundig vask av hender med såpe og rennende vann. Alkoholbasert hånddesinfeksjon er mindre effektivt mot norovirus. Folkehelseinstituttet har utarbeidet råd om tiltak ved omgangssyke forårsaket av norovirus tilpasset ulike settinger. Det enkelte ankomstsenter/mottak må utfra fysiske forhold og størrelse tilpasse rådene nedenfor til de faktiske forhold lokalt.

- [Informasjon om norovirusinfeksjon og tiltak ved utbrudd på hoteller/leirsteder og andre overnattingssteder.](#)

Bakteriell gastroenteritt

Utbrudd av bakteriell gastroenteritt forårsakes vanligvis av smitte via næringsmidler eller vann og skyldes i mindre grad kontaktsmitte. Vanlige smittestoff er **salmonella**, **campylobacter**, **yersinia** eller **shigella**. I løpet av de siste ukene av november 2015 har det blitt meldt om utbrudd av bakteriell gastroenteritt fra ulike ankomstsentre og asylmottak i Europa. Mer enn 80 tilfeller av shigellose har blitt diagnostisert blant flyktinger i EU/EEA-landene i løpet av juli og november 2015. Denne forekomsten av shigellose er ikke uventet siden shigellose er endemisk i de fleste landene hvor flyktingene kommer fra, samt i noen av de landene de reiser gjennom. Det europeiske smittevernsenteret (ECDC) har gjort en risikovurdering av shigellose blant flyktinger

- [Shigellosis among refugees in the EU \(ECDC, november 2015\)](#)

Smittemåte

Bakteriell gastroenteritt kan smitte ved inntak av kontaminert vann eller matvarer. Smitte fra person til person ved fekal-oral kontakt under uhygieniske forhold kan forekomme (sjelden ved *salmonella* og *campylobacter*, vanligere ved *shigella*).

Inkubasjonstid, symptomer og smitteførende periode

Smittestoff	Inkubasjonstid	Symptomer	Smitteførende periode
Salmonellose	6-72 timer, (vanligvis 48 timer)	Mange asymptomatiske infeksjoner. Vanligvis selvbegrensende symptomer som diaré, hodepine, magesmerter, kvalme og evt. feber, men diaréen kan også i sjeldne tilfeller være langvarig og alvorlig. Salmonellainfeksjoner kan gi septikemi med fokale lesjoner i indre organer. Dehydrering, spesielt hos barn, kan forekomme	Smitteførende under akutt sykdom også lenge bakterien finnes i feces.
Campylobacter	1-10 dager, (vanligvis 48 timer)	Moderat feber og allmennsymptomer. Diaré, ofte blod- og slimtilblandet. Magesmerter. Ca. 20% vil ha symptomer ut over en uke. Kan i sjeldne tilfeller gi leddplager og Guillain-Barrés sykdom	2-5 dager etter at sykdommen er overstått
Shigellose	1-7 dager (vanligvis 24-72 timer)	Initialt ofte en vandig "tynntarmsdiaré" som i løpet av kort tid kan gå over til kolitt med feber, kvalme og abdominalkramper. Typisk dysenteri er diaré med blod og slim og noen ganger puss. Dehydrering kan forekomme	Smitteførende under akutt sykdom og mens bakterien finnes i feces.
Yersiniose	Vanligvis 3-7 dager.	Feber, diaré og magesmerter, vanligvis av 1-3 ukers varighet. Leddplager ses særlig hos voksne hvor de opptrer i 10-30% av tilfellene	Smitteførende under akutt sykdom. Syke kan skille ut bakterien i avføring 2-3 måneder

For tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd, se innledningen. Alle som får påvist shigella bør følges opp med 3 negative avføringsprøver tatt med minst 24 timers mellomrom. Første kontrollprøve bør tas tidligst 2-3 dager etter symptomfrihet, evt. etter avsluttet antibiotikakur. Kontrollprøve anses ikke nødvendig ved salmonellose, yersiniose eller campylobacteriose

Andre relevante sykdommer som kan forårsake utbrudd via mat eller vann

Hepatitt A

Hepatitt A er en akutt smittsom leverbetennelse som kan smitte lett i institusjoner og på steder hvor mennesker samles og bor tett, for eksempel i ankomstsentre og asylmottak. Forekomsten av hepatitt A er spesielt høy i Afrika og Midtøsten. En høy andel av befolkningen i disse landene gjennomgår en asymptomatisk infeksjon tidlig i barnealder. En studie utført i Syria i 2000, viste at 89% av alle syrere har antistoff mot hepatitt A virus (anti-HAV IgG). Halvparten av de undersøkte i aldersgruppen 1-5 år hadde IgG mot HAV, mens 95 % av de undersøkte i aldersgruppen 11-15 år hadde disse antistoffene. Mange av beboerne på mottak som kommer fra Midtøsten og Afrika vil derfor allerede være beskyttet mot hepatitt A på grunn av gjennomgått infeksjon.

Smittemåte

Vanlige smitteveier for hepatitt A er:

- Person til personsmitte, via uvaskede hender og kontakt med forurensede overflater (dørhåndtak ol)
- Via kontaminerte matvarer som er håndtert av smitteførende personer eller som er behandlet med kontaminert vann

Inkubasjonstid, symptomer og smitteførende periode

Inkubasjonstiden varierer mellom 2 og 6 uker, vanligvis 4 uker.

Symptomer på hepatitt A-infeksjon varierer fra milde til mer alvorlige og omfatter feber, kvalme, oppkast, mørk urin, lys avføring, magesmerter og ikterus (gulsott, dvs. gulfarget hud og gult på det hvite i øynene). Diare forekommer sjeldent. Mange infeksjoner forløper asymptomatisk, avhengig av alder på pasienten. Små barn kan ha hepatitt A og skille ut virus fra tarmen uten å vise sykdomstegn.

Pasienten er smitteførende med utskillelse av virus i avføring inkubasjonstiden og opptil flere uker etter symptomdebut (de fleste pasientene er ikke smittsomme en uke etter ikterusdebut). Infeksjonen fører ikke til bærertilstand, og gjennomgått infeksjon hindrer sykdom ved nysmitte.

Tiltak

For tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd, se innledningen.

Hepatitt A viruset overlever godt i miljøet og tåler mye. God håndhygiene er viktig, vi anbefaler vask av hender med såpe og rennende vann. Alkoholbasert hånddesinfeksjon har mindre effekt.

Overflater tilsølt med oppkast eller avføring rengjøres på vanlig måte med rengjøringsmiddel og vann, deretter kan vanlig husholdningsklorin brukes som desinfeksjon av den rene overflaten.

Hvis mulig bør den syke avskjermes fra andre beboere i inntil en uke etter opptreden av ikterus (gulsott). Andre familiemedlemmer og nære kontakter til den syke som har liknende symptomer bør undersøkes.

Behandling av nærkontakter til den syke:

For å hindre at nærkontakter blir syke skal de så snart som mulig og innen to uker etter det sannsynlige tidspunktet for den siste eksponeringen gis **posteksponeringsimmunisering**.

Nærkontakter er definert som:

- Personer som har spist mat som pasienten har håndtert

Det bør også vurderes om personer som deler samme soverom eller toalett med pasienten skal tilbys posteksponeringsprofylakse.

Anbefalt posteksponeringsimmunisering

Posteksponeringsvaksinasjon for personer 1-40 år innen 1 uke etter eksponering

For eksponerte i aldersgruppen 1- 40 år kan én dose monovalent hepatitt-A vaksine benyttes første uke etter eksponering. Også den andre uken etter smitteeksponering har posteksponeringsvaksinasjon effekt, men den avtar gradvis. Vellykket posteksponeringsprofylakse med vaksine gir langvarig beskyttelse mot sykdommen.

Dette alternativet bør ikke benyttes til personer som er immunosupprimerte, personer med kronisk leversykdom eller med andre tilstander som gjør dem mer utsatt for alvorlig forløp av hepatitt A. Det bør heller ikke benyttes til personer over 40 år, siden respons på vaksinen er mer usikker etter den alderen. Eksponerte personer i disse gruppene skal gis normalt immunglobulin, se neste avsnitt.

Posteksponeringsprofylakse med normalt immunglobulin

Normalt immunglobulin gir beskyttelse mot hepatitt A i løpet av få timer etter at det er injisert og hindrer sykdom i ca. 80 % av tilfellene hvis det injiseres innen 14 dager etter smitteeksponering. Beskyttelsen er høyere jo tidligere i inkubasjonsfasen normalt immunglobulin gis. Sent i inkubasjonsfasen vil normalt immunglobulin ofte bare mildne sykdomsforløpet. Dersom eksponering har foregått over lengre tid, kan normalt immunglobulin gis til smittekontaktene inntil to uker etter at indekspasienten ble syk. Dersom det har gått mer enn 2 uker siden siste kontakt med den smitteførende personen, er det ikke sannsynlig at immunglobulin kan forhindre infeksjon og sykdom. Les mer om dosering og bestilling og utlevering av hepatitt A-vaksine og normal immunglobulin her:

- [Dosering og bestilling og utlevering av hepatitt A-vaksine og normalt immunglobulin](#)

Tyfoidfieber

Tyfoidfieber er en alvorlig systemisk bakteriell sykdom som forårsakes av Salmonella Typhi. Verdens helseorganisasjon har beregnet at det på verdensbasis er ca. 16 millioner tilfeller av tyfoidfieber årlig, hovedsakelig i Asia. Tyfoidfieber smitter lett i institusjoner og på steder hvor mennesker samles og

bor tett. FN rapporterte om 23 tilfeller av tyfoidfieber i Yarmouk flyktningleir, sør Damaskus i august 2015. En måned senere ble det rapportert om ytterligere 90 tilfeller i leiren.

Smittemåte

Vanligvis smittes tyfoidfieber fra:

- Person til person, via uvaskede hender og kontakt med forurensede overflater (dørhåndtak ol). Vanlig på institusjoner og steder hvor mennesker samles og bor tett.
- Kontaminerte matvarer som er håndtert av smitteførende personer eller som er behandlet med kontaminert vann

Inkubasjonstid, symptomer og smitteførende periode

Inkubasjonstiden er svært varierende avhengig av bl.a. smittedosen, vanligvis 1-2 uker.

Sykdommen er vanligvis alvorligere og har et mer typisk forløp hos voksne enn hos barn. Bakteriemi ofte med høy feber og cerebrale symptomer som døsighet, hodepine, fjernhet og en sjelden gang hallusinasjoner. I tillegg utslett, kvalme, forstoppelse eller diaré, bradykardi og hepatosplenomegali. Komplikasjoner kan være blødninger og tarmperforasjon. Letalitet er ca. 10 % ved ubehandlede infeksjoner, ca. 1% ved behandling. Milde og asymptomatiske infeksjoner kan forekomme, særlig hos barn.

Smittedosen er svært liten, og sekundærttilfeller er forholdsvis vanlig, spesielt når barn er smittet. Bakterien er vanligvis tilstede i avføring en uke etter symptomfrihet. S. Typhi kan av og til gi langvarig, eventuelt livsvarig bærertilstand.

For tiltak ved enkelttilfeller eller utbrudd, se innledningen. Syke trenger ikke isoleres fra andre beboere på mottaket. Andre familiemedlemmer og nære kontakter til den syke som har liknende symptomer bør undersøkes. Alle som får påvist S. Typhi bør følges opp med 3 negative avføringsprøver tatt med minst 24 timers mellomrom. Første kontrollprøve bør tas tidligst 2-3 dager etter symptomfrihet.