

G27 Reisemedisin

Publisert: 23.04.2019

Sist endret: 10.05.2019

Frank Olav Pettersen, Morten Rostrup.

Innhold

G27.1	Infeksjoner.....	s.1	G27.2.2.1	Mild høydesyke.....	s.7
G27.1.1	Forebygging av infeksjoner på reise.....	s.1	G27.2.2.2	Alvorlig lungehøydesyke/ lungeødem.....	s.7
G27.1.1.1	Vann og sanitær.....	s.1	G27.2.2.3	Alvorlig høydesyke/ hjerneødem	s.7
G27.1.1.2	Barriereprofylakse.....	s.2	G27.2.3	Medikamenter til forebygging og behandling av høydesyke.....	s.7
G27.1.1.3	Vaksiner.....	s.2	G27.2.3.1	Acetazolamid	s.7
G27.1.1.3.1	Basisvaksinasjon.....	s.2	G27.2.3.2	Deksametason	s.7
G27.1.1.3.2	Reisevaksiner (se L1.8).....	s.2	G27.2.3.3	Nifedipin	s.7
G27.1.1.4	Medikamenter	s.3	G27.2.3.4	Tadalafil/ sildenafil	s.7
G27.1.2	Matbårne infeksjoner på reise.....	s.3	G27.2.4	Forebygging og råd til reisende.....	s.8
G27.1.3	Drikke-/vannbårne infeksjoner.....	s.4	G27.3	Døgnrytmeforstyrrelser ved forflytning over tidssoner.....	s.8
G27.1.4	Luftbårne infeksjoner.....	s.4	G27.4	Farlige dyr	s.8
G27.1.5	Vektorbårne.....	s.4	G27.5	Venøs tromboembolisme	s.9
G27.1.6	Kjønnsykdommer- forekomst, forebygging	s.5	G27.6	Reisesyke.....	s.9
G27.1.7	Parasitter som overføres med direkte hudkontakt med jord eller vann.....	s.5	G27.7	Forstoppelse.....	s.9
G27.2	Høydemedisin-akutt høydesyke.....	s.6	G27.8	Solforbrenning.....	s.9
G27.2.1	Klinisk bilde.....	s.6	G27.9	Import/eksport av legemidler – hva er tillatt å ta med?	s.10
G27.2.1.1	Akutt mild og moderat høydesyke.....	s.6	G27.10	«Falske» legemidler	s.10
G27.2.1.2	Livstruende høydesyke.....	s.6	G27.11	Utøy, veggdyr, etc.....	s.10
G27.2.1.2.1	Høydehjerneødem.....	s.6			
G27.2.1.2.2	Høydelungeødem.....	s.6			
G27.2.2	Behandling.....	s.7			

G27.1. Infeksjoner

Reisende kan pådra seg de fleste typer infeksjoner, både såkalt kosmopolitiske infeksjoner som f.eks. influensa, og mer klassiske importinfeksjoner, som f.eks. turistdiaré, denguefeber og malaria. Hvem som blir syke er vanskelig å forutse, men immunsvekkede, gravide, små barn, personer med kroniske sykdommer og eldre er mest utsatt for alvorlig sykdom. Reisende som besøker venner og slektninger i sine opprinnelsesland har tradisjonelt høyere forekomst av reiserelaterte infeksjoner enn klassiske turister. Lengden på oppholdet, hvor du reiste, hvordan du forberedte deg før og under reisen og hva du gjorde på reisen, som feks. kontakt med dyr, vil påvirke risikoen for sykdom. I følge tall fra Folkehelseinstituttet er gastroenteritter den vanligste gruppen av MSIS-meldte infeksjoner som påvises hos reisende. Mindre vanlig er seksuelt overførbare infeksjoner, vaksineforebyggbare infeksjoner og vektorbårne infeksjoner. Men MSIS-tallene inkluderer kun infeksjoner der agens er påvist, og meldepliktige infeksjoner. Mange vanlige infeksjoner som f.eks. sårinfeksjoner, øvre og nedre luftveisinfeksjoner og kortvarige gastroenteritter behandles før eller etter hjemkomst, går over av seg selv uten hjelp fra helsetjenestene eller er ikke meldepliktige.

G27.1.1. Forebygging av infeksjoner på reise

G27.1.1.1. Vann og sanitær

God håndhygiene er det viktigste enkelttiltaket for forebygging av infeksjoner på reise. Hånddesinfeksjon er minst like bra som håndvask, men beskytter ikke fullgodt alene mot f.eks. norovirus. Vann bør drikkes av ubrutte flasker om man ikke har pålitelig informasjon om kvaliteten på springvannet hva gjelder mikrobeinnhold og giftinnhold som f.eks. tungmetaller. I praksis betyr dette flaskevann ved reiser til Latin-Amerika, Afrika, Asia unntatt Hong Kong og Singapore, Oceania unntatt Australia og New Zealand og Europa unntatt deler av Sørøst-Europa. Det finnes selvsagt unntak innen de enkelte områdene nevnt her med generelt høyere risiko for utrygt vann på landsbygdene og øyer (eks. i Egerhavet) enn i storbyer. Sjekk offentlig informasjon i de enkelte landene, [FHI](#), [ECDC](#), [WHO](#) eller [CDC](#). Det hevdes at råkost og rå eller utilstrekkelig varmebehandlet egg, fisk, skaldyr og kjøtt bør unngås, men om man vet at råvarene er ferske, behandlet korrekt under oppbevaring, tillaging, servering og nedkjøling og gjennomoppvarmet (> 60°C for fjørfe og farsemat) eller godt overflateoppvarmet (hele kjøttstykker), er det ikke grunnlag for å si at disse matvarene bør unngås. Imidlertid får også folk med god etterlevelse til reiseråd gastroenteritter fordi rådene i praksis er vanskelige å overholde annet enn når man

tilbereder maten selv. Hvis man må drikke lokalt vann bør det kokes (> 10 min. for å drepe cyster) eller desinfiseres med klor (> 8 timer) eller jod (>8 timer), men kloring er ikke nødvendigvis effektivt mot cyster. Frysing til < -20°C i > 7 dager dreper de fleste mikroorganismer, inkl. parasitter. Behandling av f.eks. fisk med saften fra sitron (ceviche) er ikke sikker desinfisering.

G27.1.1.2. Barriereprofylakse

Bitt av vektorer som mygg, sandfluer og flått kan unngås ved tildekking av bar hud, impregnering av myggnett og campingutstyr/-klær og påføring av effektive midler mot insekter og flått. Preparater som inneholder DEET, pikaridin/ikaridin/saltidin eller citridiol, men ikke sitrusoljebaserte midler, er effektive. Ved bading eller svetting i sterk varme, må man gjenta påføring av myggmiddelet. Permetrin kan brukes til impregnering av tøy/utstyr. Korrekt barriereprofylakse krever også kunnskap om når vektorene er mest aktive, noe som f.eks. varierer med type mygg. Aedes-myggene som overfører bl.a. denguefeber, er mest aktiv på dagtid, mens malariamyggen er mest aktiv i skumringen, om natta og i grålysningen og utendørs. Siden utbredelsen av malaria og denguefeber (og andre arbovirusinfeksjoner) ofte er sammenfallende, medfører det behov for barriereprofylakse hele døgnet. Flere arbovirus har økende utbredelse i Sør-Europa, eks. vestnilfeber, denguefeber, chikungunya og krim-kongo hemorragisk feber. Insektmidler er derfor også i økende grad å anbefale ved reiser til land nord for Middelhavet. Sandfluer som kan overføre viral sandfluefeber (eks. Toscana-feber) eller parasittsykdommen leishmaniasis, er også mest aktive i mørke og kan bite innendørs, men de biter ikke gjennom tøy. Flåtten kan hoppe på deg når du går i busk og kratt og krype på deg til den finner et passende sted å suge blod.

G27.1.1.3. Vaksiner

Gjennomført/ oppdatert basisvaksinasjon er det viktigste tiltaket, også for reisende. I tillegg kan det være aktuelt med spesifikke reisevaksiner. Oversikt over vaksiner du/dine barn har tatt finnes på MinHelse/helsenorge.no. Fra 2011 har alle vaksiner vært meldepliktige til SYSVAK, men innrapporteringen av vaksiner utover barnevaksinasjonsprogrammet er fortsatt noe mangelfull. Mange vil derfor ha behov for sine gamle vaksinasjonskort i flere år til med mindre opplysningene der etterregistreres.

G27.1.1.3.1. Basisvaksinasjon

[Barnevaksinasjonsprogrammet](#) bør være fulgt, se [FHI](#) og [Vaksiner \(L1.8\)](#). Programmet inkluderer vaksiner mot difteri, tetanus, pertussis (samlet DTP), polio, Haemophilus influenzae type b (Hib), pneumokokker, kusma, meslinger og røde hunder (MMR-vaksinen), rotavirus og HPV på 7. trinn (for jenter født etter 1997, midlertidig for jenter født etter 1991 og gutter født etter 2006). Fra 2017 er også vaksine mot hepatitt B inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet. Programmet er fullført ved 15 års alder.

Hvis man reiser med barn som ikke har fullført barnevaksinasjonsprogrammet ennå, kan det være aktuelt å framskynde dette, med vaksiner mot DTP-Hib-polio, pneumokokker, hepatitt B og MMR. Nylige utbrudd av meslinger også i Europa, gjør framskyndet meslingevaksinering til barn mellom 9-15 mndr. aktuelt. Meslingevaksinen gis ikke før 9 mndrs alder fordi den har for dårlig beskyttelseeffekt hos så små barn. Det anbefales ikke å ta med uvaksinerte barn til områder med pågående meslingeutbrudd.

Eldre personer som ikke er basisvaksinert kan måtte fullvaksineres for sikker beskyttelse. Ved gjennomført basisvaksinering mot difteri, tetanus, pertussis og polio, anbefales påfyllingsdose ved over 10 år siden siste dose. For polio gjelder spesielle regler ved reise fra land med pågående utbrudd med vaksinederivert polio-infeksjon, f.eks. DR Kongo eller andre land der slike utbrudd er registrert, se [FHI - vaksiner og vaksinasjon](#). Man må i så fall poliovaksineres på aktuell destinasjon 1-12 mndr. før man returnerer til Norge.

BCG er sjelden indisert som reisevaksine, men kan være aktuelt til uvaksinerte helsearbeidere som skal arbeide i høyendemiske land. BCG ble tatt ut av barnevaksinasjonsprogrammet i 2009, unntatt for spebarn født av mor eller far fra høyendemiske land for tuberkulose eller til større barn ved tuberkulose i nærmiljøet.

Vanlige vaksiner som influensavaksine og pneumokokkvaksine bør tilbys risikogrupper etter vanlige retningslinjer.

G27.1.1.3.2. Reisevaksiner (se L1.8 [Vaksiner \(L1.8\)](#))

Hvilke vaksiner man trenger i tillegg til basisvaksinasjonsprogrammet, avhenger av hvor man skal, hvordan man skal bo, når på året man reiser (regntid/tørketid), og hvor lenge man skal være borte. Man bør uansett sjekke nasjonale ([FHI](#)) eller internasjonale retningslinjer ([WHO](#), [CDC](#)) for anbefalte vaksiner til enkeltland og om det er registrert pågående utbrudd av f.eks. polio til polioutsatte land i Afrika og Asia spesielt eller kriserammede områder.

Hepatitt A (fekal-oral smitte) er en mye brukt reisevaksine mot en ubehagelig, men så å si aldri dødelig infeksjon. Hepatitt A kan også smitte seksuelt blant menn som har sex med menn (MSM) og via urene narkotiske stoffer, og i begge tilfeller anbefales vaksinerings. Stadig flere land erklæres som lavendemiske for hepatitt A. [Hepatitt A-vaksine \(L1.8.9\)](#)

Risikoen for å pådra seg **hepatitt B** [Hepatitt B-vaksine \(L1.8.11\)](#) hos reisende henger i hovedsak sammen med ubeskyttet sex eller eksponering fra husstandsmedlemmer/slektinger i høyendemiske land, samt mer teoretisk der man trenger blodoverføring i områder der donorscreeningen er mangelfull eller ved uhell i yrkessammenheng. Hepatitt B er nå inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet, og alle helsearbeidere bør være vaksinert i regi av arbeidsgiver. Hepatitt B-vaksinen er trygg og effektiv og beskytter mot en sykdom man gjerne vil unngå, og derfor en vaksine alle aktive reisende og seksuelt aktive personer burde ta. [Hepatitt B-vaksine \(L1.8.11\)](#)

Videre finnes det mange andre aktuelle reisevaksiner avhengig av reisens art og geografisk lokalisasjon, f.eks. mot [Skogflåttvirusencefalittvaksine \(L1.8.25\)](#), [Tyfoiddvaksine \(L1.8.20\)](#), [Gulfebervaksine \(L1.8.21\)](#), [Japansk encefalittvaksine \(L1.8.23\)](#), [Meningokokkvaksine \(L1.8.18\)](#) og [Rabiesvaksine \(L1.8.19\)](#). BCG er sjelden aktuell som reisevaksine, se ovenfor. **Koleravaksine** er aktuelt til helsepersonell, og den gis også til andre reisende pga. noe beskyttelse (usikkert) mot gastroenteritt forårsaket av enterotoksinproduserende E. coli (ETEC), men den er ikke registrert til det bruket. **Meningokokk ACWY-vaksine** er påkrevet ved pilgrimsreise til Saudi-Arabia og kan være aktuelt for personer som skal reise til meningittbeltet i Afrika og for helsearbeidere. Se [Vaksiner \(L1.8\)](#) for aktuelle vaksiner.

[Gulfebervaksine \(L1.8.21\)](#) er påbudt til enkelte land i Afrika og Latin-Amerika, samt hvis man reiser til Asia fra endemiske områder, se FHI, men vaksinen anses fra 2016 å være effektiv livet ut etter én injeksjon slik at man ikke skal behøve påfyllingsdose hvert tiende år. Dette må dokumenteres i gyldig internasjonalt vaksinasjonskort og være datert og stemplet av godkjent gul feber-vaksinatør. Siden dette er en vaksine med levende, svekket virus, anbefales det ikke at den gis til gravide, barn < 9 måneder, immunsvekkede personer og eldre. De som av medisinske årsaker ikke kan få vaksinen, må få en legeerklæring på engelsk («waiver») om hvorfor de ikke er vaksinert. Mange uvaksinerte personer > 60 år reiser til gul feber-endemiske områder, og for de fleste vil man kunne velge å gi vaksinen likevel hvis reell risiko for gul feber (eks. områder med utbrudd i Sør-Amerika) er høyere enn risikoen for vaksinekomplikasjoner.

G27.1.1.4. Medikamenter

Medikamentell profylakse er først og fremst aktuell for forebygging av **malaria**, og da særlig falciparum-malaria. Reisende pådrar seg først og fremst malaria i Afrika sør for Sahara, dernest Asia, og sjelden i Sør-Amerika. Om man trenger medikamentell malariaprofylakse i tillegg til barriereprofylakse, og i så fall hvilket medikament man bør velge, avhenger av reisemål, alder, graviditet og komorbiditeter. Man bør konsultere nasjonale ([FHI - Malariaveilederen](#)) eller internasjonale ([WHO](#), [CDC](#)) anbefalinger på enkeltland-nivå.

Som medikamentell profylakse mot falciparummalaria velges atovakvon-proguanil, meflokin eller doxycylin, se [T1.19.1 Malaria \(T1.19.1\)](#) og [Malariaveilederen på FHI](#). Klorokin skal ikke brukes som medikamentell profylakse mot falciparum-malaria pga. utbredt resistens.

Medikamentell profylakse mot bakterielle gastroenteritter anbefales generelt ikke pga. økt risiko for gastrointestinale bivirkninger og økt risiko for å bli bærer av multiresistente tarmbakterier, samt uheldig påvirkning av lokale resistensforhold. De fleste tilfeller av turistdiaré er uansett selvbegrensende og skal ikke behandles med antibiotika. Unntaksvis kan reisende som skal oppholde seg i svært avsidesliggende områder med svært dårlige vann- og sanitærforhold utrustes med antibiotika til selvbehandling av febril gastroenteritt med varighet > 48 timer eller tegn til alvorlig infeksjon. Et kvinolon vil fortsatt være førstevalg selv med økende resistens mot kvinoloner og makrolider over hele verden.

G27.1.2. Matbårne infeksjoner på reise

Hovedkildene er mat som er for dårlig varmebehandlet, for dårlig oppbevart (for lang nedkjøling uten tildekking og for lang oppbevaring i romtemperatur, eks. hotell-bufféer), utilstrekkelig kjøkkenhygiene ved tilberedning eller for dårlig håndhygiene av dem som tilbereder maten. Det er større sjanse for matbåren gastroenteritt eller toksinmediert matforgiftning når man spiser på hoteller og restauranter enn når man lager maten selv.

Matforgiftning debuterer gjerne inne kort tid etter matinntak, fra få timer til ett døgn, og domineres av oppkast, men gir også diaré. Tilfriskning skjer raskt. Utløsende agens er toksiner produsert av gule stafylokokker, *Bacillus cereus* eller *Clostridium perfringens*.

Gastroenteritt har gjerne lengre inkubasjonstid, > 1-2 dager, og gir typisk diaré, magesmerter med eller uten feber og varierende grad av oppkast. Ved alvorlig diaré har man feber og blod i avføringen. Vedvarende febril diaré over 2 døgn bør undersøkes og evt. antibiotikabehandles. Klassiske tarmpatogene agens er *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella* og *Yersinia*, samt de ulike *E. coli*-variantene og *Listeria*. Brucellose (Malta-feber, Middelhavsfeber, undulerende feber) er en kronisk, lavgradig bakteriell infeksjon som kan sette seg hvor som helst i kroppen etter inntak av upasteuriserte melkeprodukter eller kontakt med lokale husdyr i endemiske områder. Personer som arbeider med dyr er spesielt utsatt.

Toxoplasmose er også en aktuell reiserelatert infeksjon og en av de vanligste matbårne parasittinfeksjonene i verden. Spesielt kvinner som forsøker å bli gravide eller er gravide, må være påpasselige med hva de spiser, dvs. unngå rå salater, jordgrønnsaker og bær som kan være utilstrekkelig skylt i rent vann, samt unngå kontakt med lokale katter, katteekskremer og spesielt kattunger som kan skille ut store mengder parasitter under sin primærinfeksjon. Primær toxoplasmose i graviditet kan gi alvorlige fosterskader.

Dårlig kjøttkontroll og inntak av underbehandlet grisekjøtt kan gi cysticerkose og trikinose, men er veldig uvanlige som reiserelaterte infeksjoner. Cysticerkose forekommer heller blant innvandrere eller personer etter langtidsopphold i endemiske områder. Andre matvarer som er høstet på eller i bakken og ikke skylt i rent vann kan representere en smittekilde for andre «soil-transmitted helminths» (nematoder) som *Ascaris* (spolemark, vanlig rundorm), human hakeorm (i motsetning til hundens/kattens hakeorm, og *Trichuris* (piskeorm). Småbarn som putter ting fra bakken i munnen er også utsatt, men hos voksne er disse helmintene vanligere hos immigranter enn klassiske turister.

G27.1.3. Drikke-/vannbårne infeksjoner

Det er overlapp mellom matbårne infeksjoner og vannbårne infeksjoner. Men med vannbårne infeksjoner tenker man gjerne på infeksjoner som spres pga. dårlige sanitære forhold der drikkevann og vann brukt til matlaging og håndvask er forurensset av ekskrementer fra mennesker eller dyr eller fra hendene til syke personer eller kroniske bærere. Hepatitt A er et klassisk eksempel. Bakterielle agens som f.eks. kolera er også aktuelle, men kolera er imidlertid nå en svært sjelden årsak til turistdiaré. Non-kolera-Vibrio-bakterier kan gi alvorlige sår-, hud- og bløtvevsinfeksjoner. Dusjing og tørking med håndkle etter bading i varmt saltvann med lavt saltinnhold, ev. å unngå bading ved sår eller hudutslett med barrierebrudd anbefales. Tarmprotozoer som *Giardia*, *Entamoeba histolytica* og kryptosporidier kan også spres på denne måten. Leptospirose spres ved kontakt med urent ferskvann infisert med urin fra infiserte gnagere. Sjeldne frittlevende amøber kan spres med ferskvann inkl. bassengvann ved tilstrekkelig høy gjennomsnittstemperatur og utilstrekkelig desinfisering, og kan gi fatal amøbemeningitt. Neseskylling fra usikre vannkilder bør unngås, og neseklype kan brukes ved bading.

G27.1.4. Luftbårne infeksjoner

Ekte luftbårne infeksjoner er få, eks. tuberkulose, men andre infeksjoner som smittes ved dråpesmitte fra luftveiene, blir av og til inkludert her. Mange luftveisagens kan spres med dråper som slynges ut når vi nyser, hoster eller puster (tungt), eks. influensa og andre luftveivirus, pneumokokker, legionella og meningokokker. Noen agens kan spres med aerosoler fra støv fra jord eller husdyr, f. eks. Q-feber (som det var et stort utbrudd av i Nederland nylig). *Histoplasma capsulatum* er en sopp som finnes over hele verden og sporene som finnes i jord og ekskrementer fra fugler og flaggermus kan spres med vinden og inhaleres og først og fremst gi pneumoni. Nærkontakt med kameler på den arabiske halvøy og i Midt-Østen kan gi infeksjon med Mers-Cov som kan gi en potensiell livsfarlig pneumoni. Generelt, kan nærkontakt med husdyr og ville dyr representere en økt risiko for å pådra seg zoonoser.

G27.1.5. Vektorbårne

Med vektorbåren smitte forstås indirekte overført smitte, eller sykdomssmitte som overføres via en bærer (en biologisk vektor) som ikke nødvendigvis er syk selv.

Mange ulike artropoder, dvs. insekter og ledd-dyr (flått), kan overføre infeksjose agens til mennesker. Malaria og arbovirus (artropodborn virus) er nevnt ovenfor der også barriereprofylakse og adekvate insektmidler er omtalt. Epidemiologien til ulike arbovirus er i endring pga. befolkningsforflytning og inadekvat vektorkontroll. Spredningen av vestnilfeber over hele Nord-Amerika fra milleniumskiftet og zikafeber til det amerikanske kontinentet i 2015-16 er tydelige eksempler på dette. Dette har også blitt mer aktuelt ved reiser til områder som vi vanligvis ikke forbinder med risiko for reiserelaterte vektoroverførte infeksjoner. De siste få årene har vi f.eks. sett en spredning av vestnilfeber i Sør- og Øst-Europa. I tillegg er det påvist innenlandssmitte med chikungunyafeber og denguefeber i bl.a. Frankrike og Italia. Økt reiseaktivitet fra endemiske områder i kombinasjon med tilstedeværelsen av en kompetent vektor for disse to infeksjonene, *Aedes albopictus*, har fasilitert etableringen av disse to arbovirusene langs Middelhavskysten. Mygg- og flåttstikk-profylakse er derfor

anbefalt ved reiser til Sør- og Øst-Europa. I tillegg til skogflåttencefalitt som finnes fra kysten av Østersjøen og sørover i Sentral-Europa og videre østover helt til Stillehavskysten, har det forekommet tilfeller av Krim-Kongo hemorragisk feber i innlandet av Tyrkia og østover i Sentral-Asia og i Spania. Dette er en flåttbåren viral heorragisk febersykdom med høy mortalitet. Sandfluer kan overføre arbovirus i Middelhavsområdet og østover til India og gi sk. sandfluefeber, samt parasitten leishmaniasis rundt hele Middelhavet, fra Midt-Østen til India, Afrika og Sør-Amerika. Spesielt immunsupprimerte personer på reise bør være ekstra påpasselige med barriereprofylaksen de kan få spesielt alvorlige forløp av visceral leishmaniasis, og det har vært flere tilfeller av dette blant immunsuppreimerte nordmenn som har vært på langtidsferie eller kuropphold i Spania. Rickettsioser er vektorbårne, og den vi oftest ser, er afrikansk flåttbittfeber hos personer som har campet eller jaktet i Afrika sør for Sahara, men det er mulig at mer alvorlige rickettsioser er underrapportert som årsak til febersykdom etter utenlandsreise fordi man ikke undersøker for dette. Empirisk behandling med doxysyklin er indisert på mistanke i påvente av serologisvar eller PCR fra hudbiopsier.

Rabies, se [FHI Rabies - veileder for helsepersonell](#), sist oppdatert 04.05.2019, og [Rabiesvaksine \(L1.8.19\)](#).

G27.1.6. Kjønnssykdommer- forekomst, forebygging

Seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) er den nest vanligste MSIS-meldte gruppen av infeksjoner som nordmenn pådrar seg på reise. Infeksjoner som kan smittes seksuelt inkluderer foruten klamydia, gonoré, mykoplasma og syfilis, også hiv-infeksjon, hepatitt A, B og C og CMV-infeksjon. Tarmprotozoer kan også spres seksuelt. Kondom er viktigste forebyggende tiltak og er effektivt når det brukes korrekt, men de færreste bruker kondom ved oralsex, og syfilis, CMV og hepatitt A kan smitte ved annen slimhinnekontakt (eks. kyssing). Syfilis kan smitte ved kontakt med intakt hud og gi primær sjanker på f.eks. fingre.

Forebyggende hiv-behandling (PrEP) i form av daglig eller intermitterende inntak av hiv-medisinen emtricitabin/tenofovir DF gir effektiv beskyttelse mot hiv-infeksjon ved inkonsistent kondombruk og anal- eller vaginalsex med mange seksualpartnere. Forskrives på H-resept av sykehuslege, se veileder for helsepersonell ved Olafiaklinikken, OUS, eller Nasjonale retningslinjer for HIV ([hivfag.no](#)).

Alle bør oppfordres til sjekk for SOI etter hjemkomst ved ubeskyttet sex på reise. Denne bør inkludere serum til hepatitt B (om uvaksinert), syfilis og hiv, evt. hepatitt C hos menn eller transperson som har hatt sex med menn, og PCR-undersøkelse etter i det minste klamydia (urin og analsekret) og gonoré (hals, urin og analsekret), og Mycoplasma genitalium hvis MSM/transperson og symptomer på uretritt eller proktitt. Spør etter oralsex, vaginalsex og/eller analsex (også kvinner), alternativt henvis til nærmeste venerologisk klinikk.

G27.1.7. Parasitter som overføres med direkte hudkontakt med jord eller vann.

Noen parasitter som skilles ut med ekskrementer til dyr og mennesker kan utvikles til smittsomme larvestadier på bakken og penetrere frisk hud. **Kutan larva migrans** er hakeorm fra hund eller katt der eggene skilles ut i deres avføring og klekkes i kontakt med jord/sand. Larvene kan trenge inn i huden om man går barbert eller ligger på stranda og gi et karakteristisk, trådformet, bølgende og kløende utslett. Dette er plagsomt, men ufarlig, og larven vil etter en tid dø av seg selv fordi mennesket er uegnet som vert for andre artes hakeormer. Det kan behandles med ivermectin tabletter. **Strongyloides stercoralis** er en annen rundorm som smitter ved hudkontakt med forurenset jord. Den kan etablere seg i GI-tractus hos mennesket og gi gastroenteritt eller asymptomatisk kronisk infeksjon som kan forverres ved senere immunsuppresjon. Personer oppvokst i eller med langtidsopphold i endemiske områder er mest utsatt.

Schistosomiasis er en ikke så uvanlig parasittsykdom som reisende pådrar seg, se [Schistosomiasis \(T1.19.3\)](#). Infeksjonen skyldes en flatmark (ikte) som man blir smittet av ved kontakt med ferskvann i endemiske områder, særlig Afrika. Enkelte steder, f.eks. langs Lake Malawi, selges gjerne tabletter (praziquantel) for egenbehandling etter badning/dykkning for en billig penge, men praziquantel er ikke effektiv mot de tidlige stadiene av larvene. Infeksjonen kan gi akutt «sneglefeber» med hudkløe der larven(e) har trengt gjennom huden. Etter noen uker kan man få eosinofil pneumonitt/«astma», sk. Katayama feber, og etter ca. 8-10 uker kan eggutskillelsen i urin eller faeces starte, evt. med hematuri, hematospermi eller diaré med eller uten blod avhengig av Schistosoma-species. Men infeksjonen kan forløpe helt uten symptomer. Framfor å kjøpe medikamentet på stranda langs Lake Malawi, bør man oppsøke lege eller henvises Infeksjonspoliklinikk for utredning med spørsmål om schistosomiasis ved ferskvannskontakt i endemiske områder med eller uten symptomer som angitt ovenfor. Antistoffer og egg kan tidligst påvises 8 og innen 12 uker etter eksponering.

G27.2. Høydemedisin-akutt høydesyke

Reiser til høyereliggende strøk ulike steder i verden forekommer ofte. Det gjelder tusenvis av klatrere, trekkere eller skientusiaster. Et økende antall personer forsøker også å bestige topper over 5000 m o.h. for eksempel Kilimanjaro i Tanzania. I tillegg kommer turister som reiser til områder som ligger høyt, som La Paz i Bolivia eller Lhasa i Tibet. Akutt høydesyke er en tilstand som derfor kan ramme mange.

Akutt høydesyke er en fellesbetegnelse på spesifikke cerebrale og pulmonale syndromer som kan oppstå ved oppstigning til store høyder. Tilstanden kan grovt deles inn i tre grader: en mild, en moderat og en livstruende form, og det er glidende overganger mellom dem. Livstruende høydesyke forekommer i to varianter; høydehjerneødem og høydelungeødem. Pasienten kan rammes av begge tilstandene samtidig.

Forekomsten og alvorlighetsgraden av akutt høydesyke avhenger av oppstigningstempoet, høyden (spesielt sovehøyden), graden av fysisk anstrengelse, varigheten av oppholdet i høyden, bruk av alkohol eller sedativa, komorbiditet og det foreligger en genetisk disposisjon. Hvis man tidligere har vært utsatt for akutt høydesyke, er sjansen betydelig større for å få denne tilstanden igjen. Alder betyr lite. Veltrente unge er spesielt utsatt fordi de ofte er vant til å presse kroppen ved fysisk aktivitet og ikke gir seg så lett hvis de begynner å få symptomer på høydesyke.

Akutt mild og moderat høydesyke forekommer hyppig hos personer som foretar rask oppstigning til høyder over 2 500 m o.h. Ved sovehøyder mellom 2000-3000 m o.h. kan opptil 25% få symptomer. Ved en direkte flytur til 3800 m o.h. er insidensen rapportert til 85%. Bare en liten del (8 % på 4 200 m o.h.) av dem med mild til moderat høydesyke utvikler de alvorlige, livstruende formene. Høydelungeødem er den hyppigste dødsårsak direkte relatert til opphold i store høyder.

Patofysiologisk er tilstandene direkte relatert til hypobar hypoksi og er karakterisert ved ekstravasal væskeoppbygning i hjerne og lunger. Alle detaljer i årsaksmechanismene er ennå ikke klarlagt, men hypoksi utløser nevromorale og hemodynamiske responser som resulterer i en hyperperfusjon i små kar, økt hydrostatisk kapillærtrykk, økt vaskulær permeabilitet og dermed ødemdannning i hjernen og lungene.

G27.2.1. Klinisk bilde

G27.2.1.1. Akutt mild og moderat høydesyke

Akutt mild og moderat høydesyke oppstår gjerne snikende over flere timer til 1 – 2 døgn etter høydeeksponering. Vanlige symptomer er hodepine som er verst om morgenen og forverres ved anstrengelse, slapphet, svimmelhet, frossenhet (uten feber), kvalme, oppkast og manglende matlyst. Symptomene minner svært mye om alkoholisk hangover. Periodisk respirasjon, oppvåkning med kvelningsfølelser og dyspne ved fysisk anstrengelse forekommer. Hviledyspné er et alvorlig tegn og fordrer videre undersøkelser med tanke på lungeødem.

G27.2.1.2. Livstruende høydesyke

G27.2.1.2.1. Høydehjerneødem

Mild og moderat høydesyke kan utvikle seg til hjerneødem, typisk i løpet av 1-3 dager. Trunkal ataksi med ustø gange og dårlig balanse er tidlige tegn, etter hvert til det tilkomme endret bevissthet, forvirring, nedsatt hukommelse, økende somnolens, stupor og eventuelt koma i de mest alvorlige tilfellene. Hodepine, kvalme og oppkast kan være til stede, men ikke alltid. Mer fokale neurologiske tegn som hemiparese, sløret syn, dysatri kan oppstå, men er ikke typisk.

G27.2.1.2.2. Høydelungeødem

Ødemet oppstår gjerne i løpet av de første 2 – 4 dagene, og oftest den andre natten etter ankomst til høyder over 3 000 m o.h. Pasienten er mer tungpusten enn forventet og har ofte tørrhoste. Tegn på lett til moderat høydesyke er til stede i om lag halvparten av tilfellene. Hviledyspné er et alvorlig tegn og utvikling til fulminant lungeødem forekommer. Symptomer på hjerneødem forekommer ofte samtidig. Noen pasienter kan virke kjekkere klinisk enn man normalt skulle forvente ut fra lav oksygenmenting. Noen blir også ukritiske og forstår ikke selv alvorlighetsgraden i tilstanden på grunn av alvorlig hypoksi.

G27.2.2. Behandling

G27.2.2.1. Mild høydesyke

De fleste blir friske etter 2 – 5 dager uten nedstigning. Tidlig diagnose er viktig. Det er kontraindisert å foreta videre oppstigning ved symptomer på høydesyke. Hvis det skjer en forverring etter 24 timer, er nedstigning indisert. Medikamentell behandling med acetazolamid eller deksametason kan vurderes (dosering som ved forebygging, se under). Acetylsalisylsyre, ibuprofen eller paracetamol kan gis mot hodepine og prometazin, ondansetron eller metoklopramid mot kvalme. Pasienter med akutt høydesyke må unngå sedativer og alkohol fordi disse stoffene virker respirasjonshemmende.

G27.2.2.2. Alvorlig lungehøydesyke/ lungeødem

Oksygen er førstelinjebehandlingen og gis 4 – 6 l/min inntil bedring, så 2 – 4 l/min for å spare på oksygenbeholdningen. Hvis nedstigning ikke er mulig, bør man benytte et transportabelt trykkammer, gjerne i tillegg til oksygen. Nedstigning må vurderes, og alltid over 4000 m o.h. på grunn av faren for å også utvikle høydehjerneødem. Nifedipin er en mulig farmakologisk tilleggsbehandling. Deksametason har ingen rolle i spesifikk lungeødembehandling.

G27.2.2.3. Alvorlig høydesyke/ hjerneødem

Ved alvorlig høydesyke ev. hjerneødem er øyeblikkelig nedstigning eller evakuering er påkrevd. Hvis nedstigning ikke er mulig, bør man benytte et portabelt trykkammer. Har man oksygen bør det gis med 2 – 4 l/min. Deksametason 8-10 mg gis initialt per os, intramuskulært eller intravenøst etterfulgt av 4 mg fire ganger daglig. Man kan også gi acetazolamid 250 mg to ganger daglig i tillegg, men ikke som monoterapi.

G27.2.3. Medikamenter til forebygging og behandling av høydesyke

G27.2.3.1. Acetazolamid

brukes både som forebygging og behandling av høydesyke. 125 – 250 mg to ganger daglig bedrer akklimatiseringen og begrenser symptomene på høydesyke. Oppstart forebyggende behandling 1-2 dager før forventet oppstigning til over 3000 moh. Behandlingen skal fortsette i 24 timer etter at symptomene har gitt seg. Personer som oppholder seg i en stabil høyde i mer enn 3 dager og som ikke har noen symptomer, kan stoppe den forebyggende behandlingen. Bivirkninger kan være parestesier og økt diurese. Noen kan også få en kraftig allergisk reaksjon, slik at en prøvedose hjemme bør anbefales. [Acetazolamid \(L7.3.1.1\)](#)

G27.2.3.2. Deksametason

Brukes både som forebygging og behandling. Som forebygging og ved mild høydesyke gis i doser 2 mg fire ganger daglig eller 4 mg to ganger daglig. Anbefales ikke til barn som forebyggende medisin. Ved hjerneødem gis høyere doser, se [G28.2.2.3 Alvorlig høydesyke/ hjerneødem \(G28.2.2.3\)](#).

G27.2.3.3. Nifedipin

kan brukes som forebyggende behandling og tilleggsbehandling ved lungeødem. Anbefalt er 30 mg depot preparat to ganger daglig. Man starter 24 timer før oppstigning og seponerer behandlingen etter fem døgn på ønsket høyde. [Nifedipin \(L8.5.1.8\)](#)

G27.2.3.4. Tadalafil/ sildenafil

Tadalafil [Tadalafil \(L8.9.5.3\)](#)(10 mg to ganger daglig) og sildenafil [Sildenafil \(L8.9.5.2\)](#)(50 mg tre ganger daglig) er også blitt foreslått i behandling av lungeødem, men er ikke godt dokumentert. De vil redusere pulmonalarterietrykket, og i visse situasjoner bør denne behandlingen vurderes. Kan også brukes som forebyggende medisin. Beta agonister som inhalasjon kan også forsøkes i forebyggende øyemed, men er nok mindre effektive enn annen farmakologisk behandling. Diuretika, nitrater og morfin anbefales ikke i behandlingen av høydelungeødem.

G27.2.4. Forebygging og råd til reisende

Høydesyke kan lett forebygges. Oppstigningen bør foregå langsomt. Over 2 500 m o.h. bør man ikke øke sovehøyden med mer enn 600 m i løpet av 24 timer. En ekstra natt bør tilbringes i oppnådd høyde for hver 600 – 1 200 meters stigning. Mange som reiser til høyereliggende strøk har hørt om acetazolamid og ønsker å benytte dette medikamentet. I prinsippet bør ikke slik bruk være nødvendig hvis man planlegger å bruke god tid på oppstigningen. Dessverre ønsker ikke alle å gjøre det, og det kan da være indisert å utstyre personer med acetazolamid som forebygging. De fleste eksperter anbefaler medikamentell profylakse for dem som planlegger en oppstigning fra havnivå til en sovehøyde over 3 000 m o.h. på én dag, og for personer som tidligere har hatt høydesyke. Det vil alltid være et spørsmål om personer bør utstyres med noen tabletter acetazolamid, deksametason, nifedipin osv i tilfelle alvorlig høydesyke. På klatreekspedisjoner til ekstreme høyder er dette en fornuftig strategi. For vanlige fotturister bør det diskuteres nøye med personene det gjelder. Medikamenter bør ikke få turistene til å bryte vanlige forholdsregler, foreta raskere oppstigninger eller vente istedenfor å gå ned. Uten medisinsk ekspertise kan medikamentene lett gi en falsk trygghet.

Det blir opp til hver enkelt lege å vurdere den totale situasjonen, som turistenes holdninger, hva slags reise det er snakk om, hvilke høyder, oppstigningshastighet og mulighet for medisinsk hjelp underveis. Hvis man utstyres med potente medikamenter, må man poengtere at de kun skal brukes i nødsfall.

Ved ekspedisjoner i store høyder benyttes portable hyperbarkamre benyttes mer og mer. De veier ca. 7 kg og er uavhengig av oksygen. Pasienten legges i en tilnærmet lufttett plastbag som pumpes kontinuerlig opp slik at lufttrykket inne i kammeret blir høyere enn trykket utenfor. På denne måten kan man simulere en nedstigning på opptil 2 500 – 3 000 m. Partialtrykket av oksygen øker, og en times behandling kan reversere symptomer på akutt høydesyke, en de kan vende tilbake igjen innen 12 timer. Ved mer alvorlig høydesyke må behandlingen vare i 12 timer.

G27.3. Døgnrytmeforstyrrelser ved forflytning over tidssoner

«Jet lag» representerer en type døgnrytmeforstyrrelse utløst av en ytre faktor (rask forflytning over tidssoner) som gjør at den innebygde biologiske klokken er ute av fase. Dette gir seg til kjenne i form av søvnproblemer som innsovningsvansker, urolig søvn, dagtrettighet og redusert prestasjonsevne som igjen gjør det vanskelig å fungere sosialt og/eller på jobb. Kroppen korrigerer selv søvnrytmen ved hjelp av eksponering for dagslys på sitt nye oppholdssted med 1-1,5 timer per døgn. De fleste opplever at det er vanskeligere å korrigere døgnrytmen mot klokken, dvs. ved reiser østover. Dagslys eller lysbehandling og melatonin kan framskynde faseforskyvningen av døgnrytmen slik at ny døgnrytme kan oppnås 1-3 dager. Effekten av lys eller melatonin vil avhenge av når i søvnfasen man eksponeres for lys eller melatonin, så søvnfasen må kartlegges. Det er særlig tidspunktet for døgnrytmens «bunnpunkt» eller nadir som er avgjørende; nadir brukes om den tiden på døgnet da kroppens aktivitet er på et minimum, vanligvis et par timer før naturlig oppvåkning.

Egenproduksjonen av melatonin er størst midt på natten, rett før nadir. Melatonin (L5.1.5.1 [Melatonin \(L5.1.5.1\)](#)) som kan skaffes på registreringsfritak (og ikke depot-melatonin, Circadin® [SPC](#)) kan brukes i tillegg til effekten av dagslys. Ved reiser vestover kan man ta melatonin ved leggetid i den tidssonen man oppholder deg i, 3-6 mg per dag over 3-7 dager. Hvis man derimot reiser østover, kan man ta melatonin ved midnatt dag 1, deretter 1 time tidligere de neste 3-4 dagene. Dette er lettest å forklare for den reisende med en illustrasjon. Med en tegning av en klokke med angitt nadir på utgangsdestinasjonen og bestemmelsesstedet, samt en pil for å illustrere retningen man ønsker å fase forskyve døgnrytmen, vil man lettere se når man bør eksponeres og skjermes for lys og evt. ta melatonin for å oppnå ønsket effekt, se også SOVno ([Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer](#)).

G27.4. Farlige dyr

Det er få ting som kan virke så angstprovoserende som giftige slanger, edderkopper og skorpioner, antakelig en nedarvet tilpasning hos mennesket, men det finnes mange andre dyr og insekter som enten kan utskille gift ved bitt eller stikk eller være giftige å spise.

Reisende blir sjelden bitt av **slanger**. Det beste er å unngå steder der man vet slanger ferdes og bruke barrierebeskyttelse med klær og skotøy hvis man må bevege seg i tett vegetasjon. Slanger ønsker ikke kontakt med mennesker, og man bør forsøke å bevege seg sakte vekk fra slangen. Den biter mennesket kun for å forsvare

seg og ikke for å skaffe seg mat. Hvis man blir bitt bør man oppsøke lokale helsetjenester. Spesifikt anti-serum bør vurderes gitt, mens generelt anti-serum sannsynligvis er lite effektivt.

Edderkopper dreper byttet sitt med gift, men kun noen ti-talls har kraftig nok bitt til å utgjøre en fare for mennesket. I Australia finnes mange giftige edderkopper. Man bør bruke hansker om man jobber med hendene på steder edderkopper kan gjemme seg. **Skorpioner** med stor giftbrodd på haletippen som stikker forover og små klør er mest giftige og utgjør størst fare for barn. Skorpioner gjemmer seg i hulrom, sprekker og evt. i sko. Man bør snu skoene før de settes på.

Det finnes **giftige øgler, frosk og fisk** hvorav piggene til fisk er det reisende oftest stikker seg på hvis man vasser barbent i tropiske farvann. Dette kan gjøre veldig vondt, men er neppe dødelig.

Det finnes mange giftige dyr i havet, såkalte **nesledyr**, som inkluderer **maneter som portugisisk krigsskip og sjøveps, koraller, snegler og bløtdyr som conus-snegler og blåringet blekksprut**. Konferer lokale helsemyndigheter og internasjonale kilder som WHO og CDC om utbredelsen der du er. **Sjøveps** er den farligste maneten, og den tar flere liv i året i farvannene langs **Nord-Australia**, og den kan forekomme i farvannene ellers i SØ-Asia. **Portugisisk krigsskip** eller «dødsmaneten» er en annen manet som har fått en del medieoppmerksomhet etter at den ble observert på strender i Spania i 2018. Den foretrekker imidlertid tropiske farvann på de store verdenshavene. Den er ikke dødelig for mennesker, men å bli brent er svært smertefullt og sies å ha utløst panikk som årsak til drukning. **Conussnegler** har vakre sneglehus og en giftbrodd som kan være like giftig som slangebitt og bør få ligge i fred. Enkelte kråkeboller er giftige og kan være et problem for dykkere.

Av fisker og dyr som er farlige for mennesker, er haier, de store kattedyrene (løver, leoparder og tigere) og krokodiller de som tar flest liv. Haier som svømmer rundt korallrev utgjør sjelden noen fare for mennesker, men det er hvithai, tigerhai og oksehai som kan angripe mennesker også helt inne på overraskende grunt vann. Respekter haivarsler og baderestriksjoner pga. undervannsstrømmer ved bading på fremmede steder.

Elefanter, flodhester og afrikanske bøfler tar også flere liv i Afrika hvert år. På den nordlige halvkule er grizzly bjørn og isbjørn de farligste. Man bør lytte til lokale råd om hvilke dyr som finnes i området, om hvordan man unngår konfrontasjon med disse og holde seg på trygg avstand.

G27.5. Venøs tromboembolisme

Reiser, særlig lange flyreiser, er assosiert med noe økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE). Risikoen er høyest hos personer som også har andre kjente risikofaktorer slik som de som nylig har gjennomgått kirurgi, som tidligere har hatt VTE, som har avansert kreftsykdom, betydelig overvekt, er gravide, eller bruker hormonell antikonsepsjon.

Forebyggende tiltak som kan anbefales for alle er å regelmessig reise seg, tøye legg og lårmuskulatur og sørge for tilstrekkelig inntak av ikke-alkoholholdig drikke.

Kompresjonsstrømper kan være nyttig hos personer med økt risiko for venøs tromboembolisme (se over). Det er tilstrekkelig med strømper som slutter under knenivå.

Medikamentell profylakse mot VTE hos reisende er lite studert, og fordelene må veies opp mot blødningsrisiko. Hos personer med tidligere VTE og andre risikofaktorer kan det vurderes å gi en dose lavmolekylærvekt heparin (eks daltaparin 2500-5000 IE avhengig av vekt) eller dabigatran (75 mg x 1) 1-2 timer før lengre flyreiser. Se [Dabigatran \(L4.5.2.1\)](#) og [Primærprofylakse mot DVT ved kirurgi og sykehusinnleggelse \(T4.6.1.1\)](#)

G27.6. Reisesyke

Se T19.3 [Reise- og bevegelsesyke \(T19.3\)](#)

G27.7. Forstoppelse

Se T12.9.2 [Obstipasjon \(T12.9.2\)](#)

G27.8. Solforbrenning

Se T16.8.1 [Lysdermatoser \(T16.8.1\)](#)

G27.9. Import/eksport av legemidler – hva er tillatt å ta med?

Medikamenter man har fått forskrevet av lege til fast eller ved behovsbruk kan som hovedregel medbringes så lenge du kan dokumentere at medisinen er forskrevet til deg. Men det er visse begrensninger som er nyttig å kjenne til. Se [SLV - Import og salg](#).

Innenfor EØS-området kan man medbringe inntil et års forbruk av legemidler, men hvis man stoppes i toll, kan man bli avkrevd dokumentasjon på at legemidlene er til personlig forbruk. En legeerklæring på engelsk fra utskrivende lege, resepten eller bare etiketten på pakningen vil være tilstrekkelig med mindre det dreier seg om medikamenter som klassifiseres som narkotiske eller psykotrope (i hovedsak A- eller B-preparater).

Innen Schengen-land kan slike medikamenter medbringes om man viser fram en sk. [Schengen-attest](#) utstedt av fra et norsk apotek som dokumentasjon på at medisinen er nødvendig, at medisinen(e) eies av den hvis navn er angitt, og at den/de er forskrevet av lege i Norge. Attesten er gyldig for en periode på 30 dager. Ved lengre opphold, bør man kontakte ambassaden til det landet man skal reise til for å avklare om det er akseptabelt at de medbringer slike medisiner for mer enn 30 dager.

Det kan være aktuelt å ha en legeerklæring på engelsk som bekrefter hvilke legemidler man har fått forskrevet uten at det nødvendigvis påføres hvorfor man bruker det/dem. Dette fordi f.eks. hiv-infeksjon kan medføre innreiseproblemer til enkelte land.

Egenimport av legemidler er ikke tillatt, og man kan bli fratatt disse om man stoppes i toll ved hjemkomst, men en ukes forbruk av såkalte narkotiske legemidler kan medbringes til Norge hvis de er forskrevet i utlandet og kjøpt på lovlig vis. Man kan bli bedt om å framvise en gyldig kvittering. Legemidler som regnes som dopingmidler kan medbringes tilsvarende maks. 30 dagers forbruk.

Det er ikke tillatt å importere legemidler per post selv om man får utskrevet tilsvarende legemidler av lege i Norge. Bestilling av både reseptfrie og reseptpliktige legemidler over internett som sendes per post, kan bli konfiskert og destruert om forsendelsen blir åpnet av Tollvesenet. Medisinene blir ikke erstattet. Det er unntak for dem som midlertidig oppholder seg i Norge, er nyankomne til Norge uten etablert legekontakt her eller startet behandling under utenlandsopphold som skal avsluttes etter hjemkomst. Illegale rusmidler kan ikke medbringes. Se [SLV](#).

G27.10. «Falske» legemidler

Legemidler og naturpreparater kjøpt på gata eller bestilt på internett kan ha varierende kvalitet, inneholde for lite, for mye eller ingenting av det aktive virkestoffet og være tilsatt potensielt skadelige stoffer. For å få bukt med problemet med falske legemidler, kom det nye EU-regler for legemidler i 2016, og disse implementeres i Norge. Reglene innebærer at legemiddelpakningen er merket med en strekkode som følger pakningen fra produsent til pasient. Pakninger skal dessuten være uåpnet. Dette gjelder ikke for legemidler uten markedsføringstillatelse. Se [SLV Falske legemidler](#).

G27.11. Utøy, veggdyr, etc.

Det finnes flere insekter og annet utøy som kan være plagsomme som midd, tege, lus, lopper, edderkopper og kakerlakker. Se [Skadedyrveilederen](#) for mer utdypende omtale av alle artene. Her omtales bare veggdyr og skabb. Se [FHI Skadedyrveilederen](#).

Veggdyr mye omtalt fordi forekomsten er økende blant reisende, men også i Norge. De suger blod, kan gi hudkløe og er vanskelige å bli kvitt. De bor innendørs i sengetøy, sofaer, kroker, sprekker og hulrom, bak bilder, skap, lister og tapet, ved elektriske ledninger, kontakter og andre rørgjennomføringer. På gjemmestedene finner man tomme huder, egg, levende og døde individer og de karakteristiske svarte ekskrementene som er lettest å få øye på. De kan spres med bagasje og brukt innbo og sengetøy og er vanligst på steder med stor gjennomstrømming av mennesker. Noen reagerer kraftig på bittene med lokal irritasjon og kløe, mens andre ikke merker noe til dem. Trypanosoma chagasi som gir amerikansk trypanosomiasis, kan overleve i veggdyr, men ellers er det ikke vist at de overfører infeksjoner til mennesker. Chagas er ekstremt sjelden som reiserelatert sykdom. Sjekk potensielle gjemmesteder for veggdyr på hoteller og andre overnattingssteder, og finn et annet sted å sove om du ser ekskrementer etter veggdyr. Hold klær i lukket koffert. Kuldebehandling (<-18°C i 3 døgn) eller varmebehandling (>50°C i et par timer eller maskinvask ved 60°C) av klær og reiseutstyr etter hjemkomst

før det tas inn kan forhindre spredning til eget hjem. Se etter ekskrementer fra veggdyr på brukte madrasser, senger og møbler før du handler eller tar de inn i huset. For eradikering av etablert veggdyrinfestasjon, må man ofte ty til profesjonell hjelp, se [FHI](#).

Skabb, se [Skabb \(T16.7.1\)](#).