

Hyppige infeksjoner i småbarnsalderen er kanskje et gode på litt lengre sikt

«Snørr og øreverk» – en plage for barnet, en byrde for samfunnet

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Karl Wilhelm Wefring & Kari Kveim Lie data som belyser sammenhengen mellom barnehageopphold og andre risikofaktorer for luftveisinfeksjoner hos barn i 4–5-årsalderen (1). Studien viser at barn som går i barnehage eller -park har noe hyppigere mellomørebetennelse og forkjølelse enn barn som ivaretas hjemme. Boligforhold, sosial status og passiv røyking har ingen betydning for forekomsten av øvre luftveisinfeksjoner. Undersøkelsen retter søkelyset mot et aktuelt problem blant norske førskolebarn. Det foreligger få norske befolkningsbaserte studier som belyser problemet (2), men forekomsten av luftveisinfeksjoner blant barnehagebarn er godt kartlagt i en rekke nordiske og internasjonale studier (3).

Forekomsten av luftveisinfeksjoner øker gradvis i den siste halvdel av det første leveåret, og når en topp i alderen 10–14 måneder. Deretter avtar infeksjonshyppigheten, men er fortsatt høy ved 4–5 års alder. I gjennomsnitt gjennomgår friske førskolebarn 6–8 luftveisinfeksjoner per år (4).

Sammenhengen mellom barns helse og sosial tilhørighet er kompleks. Det er imidlertid velkjent at barn i familier med lav sosial status oftere får akutte sykdommer enn barn i familier med høy sosial status. Dette betyr ikke at lav sosial status er den direkte årsak til at sykdommen oppstår, men at lav sosial status er forbundet med en rekke risikofaktorer (for eksempel lavt utdanningsnivå, dårligere ernæring og passiv røyking), som når de får virke sammen, lettere fører til sykdom. Når Wefring & Lie ikke finner noen direkte sammenheng mellom øvre luftveisinfeksjoner hos 4–5-åringer og sosial tilhørighet, passiv røyking og ammeforhold, kan det skyldes at slike forhold først og fremst disponerer for nedre luftveissykdommer eller at utstrakt bruk av barnehage har bidratt til en utjevning i forekomsten av infeksjonssykdommer på klassenivå. Det må likevel understrekes at passiv røyking både i svangerskapet og etter fødselen er en viktig risikofaktor for permanente lungeskader hos barn (5).

Eksposeringen for luftveispatogene agenser øker betydelig i barnehager, barnepark og hos dagmamma. Sammenhengen mellom barnehageopphold og infeksjonshyppighet, antibiotikaforbruk og sykefravær er best kartlagt i aldersgruppen 0–3 år (4–6). Avhengig av barnehagens størrelse, inn klima og hygieniske forhold øker risikoen for luft-

veisinfeksjoner for barn i denne aldersgruppen 2–3 ganger, men det er ikke mer enn om barnet hadde vært hjemme sammen med eldre søsken (2, 7). Nye studier tyder på at tidlig stimulering av immunsystemet, enten ved tidlige, repeterte infeksjoner eller kontakt med husdyr, beskytter mot luftveissykdommer etter to års alder – spesielt hos atopikere (8, 9). Et viktig funn i arbeidet til Wefring & Lie kan nettopp være samvariasjonen mellom hyppigheten av luftveisinfeksjoner og størrelsen på barnehagen. Selv om friske førskolebarn affiseres lite av infeksjonene de pådrar seg i barnehagen, er det viktig å tilrettelegge alternativer for de barn som har medfødte eller ervervede sykdommer slik at massiv infeksjons eksponering kan unngås. Skjermede smågrupper i barnehager og økonomisk tilrettelegging for småbarnsforeldre med spesielle behov, kan sikre at barn i alle aldre får den sosiale utfordringen de trenger i samvær med jevnaldrende før skolestart.

Selv om symptomene ved øvre luftveisinfeksjoner oftest er lette og alvorlige komplikasjoner er sjeldne, er barn med luftveisinfeksjoner storforbrukere av helsetjenester. De er også storkonsumenter av antibiotika og fyller i endemiske deler av året en betydelig andel av sengene i norske barneavdelinger. Toleransen for og håndtering av luftveissymptomer varierer fra barnehage til barnehage. Barn med feber og påvirket allmenntilstand har økt behov for pleie og omsorg. Dette påvirker foreldrenes fravær fra jobb, og alt dette påfører samfunnet store kostnader hvert år.

En stor australsk studie har vist at undervisning av barnehagepersonalet i infeksjonsforebyggende tiltak, reduserer forekomsten av infeksjoner hos barn under to år betydelig (10). Økt kunnskap hos de ansatte om smittemåter, symptomer og varighet av disse, tegn til komplikasjoner og generell behandling, tror vi, i likhet med Wefring & Lie, kan bidra til å bedre håndteringen av barn med luftveisinfeksjoner. I beste fall kan dette redusere etterspørselen av helsetjenester og innleggelse i sykehus. Økt toleranse for luftveissymptomer som ikke påvirker barnets allmenntilstand og som ikke krever annet enn symptomatisk behandling, bedre og tettere oppfølging av barn med «rennende nese og ørevondt», og mulighet for større fleksibilitet i aktivitetsnivå de dagene symptomene vedvarer, tror vi vil øke tryktheten ikke bare for personalet i barnehagen, men

også for foreldrene. Sekundært kan dette kanskje redusere antall fraværsdager for foreldrene og derved spare samfunnet for store kostnader. Tilretteleggingen kan skje ved en økning av normert bemanning i barnehagene sammen med målrettet undervisning.

*Britt T. Skadberg
btsk@haukeland.no
Aud K.H. Berstad
Barneklubben
Haukeland Sykehus
5021 Bergen*

Britt T. Skadberg (f. 1957) er seksjonsoverlege ved Seksjon for infeksjoner, lungesykdommer og akuttmedisin ved Barneklubben i Bergen. Hun arbeider med lungesykdommer hos barn.

Aud K.H. Berstad (f. 1949) er overlege ved Seksjon for infeksjoner, lungesykdommer og akuttmedisin ved Barneklubben i Bergen. Hun arbeider med infeksjonssykdommer hos barn.

Litteratur

1. Wefring KW, Lie KK. Tett i nesen og vondt i øret – øvre luftveisinfeksjoner hos fireåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1329–32.
2. Kvaerner KJ, Nafstad P, Jaakola JJ. Upper respiratory morbidity in pre-school children: a cross-sectional study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000; 126: 1201–6.
3. Benediktsdottir B. Upper airway infections in pre-school children – frequency and risk factors. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 197–201.
4. Monto AS, Sullivan KM. Acute respiratory illness in the community. Frequency of illness and the agents involved. Epidemiol Infect 1993; 110: 145–60.
5. Upton MN, Watt GCM, Smith GD, McConnachie A, Hart CL. Permanent effects of maternal smoking on offspring lung function. Lancet 1998; 352: 452.
6. Petersson C, Hakonsson A. A prospective study of infectious, morbidity and antibiotic consumption among children in different forms of municipal day care. Scand J Infect Dis 1989; 21: 449–57.
7. Osterholm MT, Reves RR, Murph JR, Pickering CK. Infectious diseases and child day care. Pediatr Infect Dis 1992; 11: 31–4.
8. Holt PG, Clough JB, Holt BJ, Baron-Hay MJ, Rose AH, Robinson BWS et al. Genetic «risk» for atopy is associated with delayed postnatal maturation of T-cell competence. Clin Exp Allergy 1992; 22: 1093–9.
9. Braun-Fahrlander C, Gassner M, Grize L, Neu U, Sennhauser FH, Varonier HS et al. Prevalence of hay fever and allergic sensitisation in farmer's children and their peers living in the same rural community. Clin Exp All 1999; 29: 28–34.
10. Roberts L, Smith W, Jom L, Patel M, Douglas RM, McGilchrist C. Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomised, controlled trial. Pediatrics 2000; 105: 738–42.