

Foreldres syn på bruk av antibiotika hos barn

Sammendrag

Bakgrunn. De fleste barnehagebarn får infeksjoner og mange får antibiotika. Denne undersøkelsen kartlegger forhold ved foreldrenes situasjon som kan påvirke forbruket.

Materiale og metode. En spørreundersøkelse ble gjennomført blant foreldre i et randomisert utvalg med 22 barnehager i Oslo og Akershus. Infeksjoner og antibiotikabruk hos barna, forsørgeransvar, arbeidssituasjon, arbeidsgiver og kollegers syn på fravær samt avlastning med syke barn ble kartlagt. Foreldrenes holdninger til antibiotika, motivasjon for legebesøk og kunnskaper om antibiotika ble også undersøkt. Av 1 126 spurte foreldre besvarte 563 (50 %).

Resultater. Økt skepsis til antibiotika påvirkes av alder > 30 år, utdanning og kunnskaper. Negativ innstilling hos arbeidsgiver og kolleger medvirker til høyere forbruk ($p < 0,05$); hjelp av pårørende bidrar til nedsatt forbruk ($p < 0,01$), og aleneforeldres barn får mest antibiotika ($p < 0,05$). Foreldrene (95 %) overholder tid og dosering for barnas antibiotikakurer, og 57 % av barna går i barnehage når de behandles.

Fortolkning. Foreldres holdninger, arbeidssituasjon og hjelp fra pårørende påvirker antibiotikaforbruket hos barn. Et stort forbedringspotensial synes å foreligge i småbarnsforeldres arbeidssituasjon. Dersom syke barn kan være hjemme, vil det føre til mindre smittepress og redusert bruk av antibiotika.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 2228

Anne-Lise Nordlie

anne-lise.nordlie@hf.hio.no
Avdeling Helsefag
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 Oslo

Björg Marit Andersen

Klinikk for forebyggende medisin
Ullevål universitetssykehus

Infeksjoner er meget vanlig i barnehager og forbruket av antibiotika hos barn er ofte større enn ønskelig (1–6). I Oslo hadde nesten alle barnehagebarn (97 %) i år 2000 hatt infeksjoner de siste 12 måneder og 65 % hadde fått antibiotika, til dels for vanlige virusinfeksjoner som forkjølelse (1, 2). I denne studien vurderes småbarnsforeldres situasjon og faktorer som kan influere på valg av antibakteriell behandling av barnehagebarn.

Materiale og metode

Undersøkelsen ble gjennomført vinteren 2000 i 22 barnehager i Oslo og Akershus, og metoden er beskrevet tidligere (1, 2). Infeksjoner siste året og antibiotikabehandling siste året og totalt i barnets levetid ble kartlagt ved å spørre foreldrene. Studien ble vinklet mot sosiale forhold som forsørgeransvar, arbeidssituasjon, arbeidsgivers/kollegers holdning til fravær grunnet syke barn, avlastning ved barns sykdom og foreldrenes syn på antibiotikabruk hos barna. Vi spurte om forholdet til lege, kjennskap til infeksjoner der antibiotika ikke har effekt og eventuelle ulemper ved bruk av antibiotika. Foreldrene ble også spurt om sitt syn på barnehagens holdning til syke barn. Av 51 spørsmål handlet 27 om foreldrenes motiver, oppfatninger og kunnskaper i forhold til bruk av antibiotika hos barn (1, 2).

Utvalget ble stratifisert og randomisert som beskrevet tidligere (1, 2). Kriterier for deltakelse var barnehager med 30 eller flere barn i alderen 1–5 år. Deltakelse i undersøkelsen var frivillig, og spørsmålene ble besvart anonymt.

Materialet er tidligere beskrevet (1, 2). Av 1 126 foreldre svarte 563 (50 %), derav 90 % kvinner og 11 % med innvandrerbakgrunn. Foreldre med full stilling utgjorde 61 %, 25 % var deltidsansatte og 14 % var hjemmearbeidende. Over halvparten (58 %) av respondentene hadde høyskole- eller universitetsutdanning, og gjennomsnittsalderen var 35 år. Av de 563 barna som undersøkelsen

omfatter, var 65 % blitt behandlet med antibiotika siste 12 måneder (1 121 behandlinger), mens 79 % av barna var behandlet i løpet av sin levetid (1 693 behandlinger) (1, 2).

Analysemetoder

Statistisk analyse av materialet er gjort med SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Tester som er benyttet er aritmetisk middelværdi, 95 % konfidensintervall for middelværdi (KI), Pearsons r og t -test. Signifikansgrense er satt til $p < 0,05$.

Foreldrenes holdninger er operasjonalisert ved hjelp av spørsmål om: Syn på generelle fordeler ved bruk av antibiotika, motivasjon som ligger til grunn for å søke lege med syke barn, kunnskaper om nytte og ulemper ved bruk av antibiotika ved forskjellige infeksjoner.

Resultater

Motivasjon, kunnskaper og holdninger

Småbarnsforeldre søkte lege med ønske om råd og veiledning (91 %) og av redsel for alvorlig sykdom hos barnet (78 %). Nesten alle mente at antibiotika er viktig ved infeksjoner som lungebetennelse (90 %), og noe mindre viktig ved bronkitt og bihulebetennelse (tab 1). Ca. 40 % mente antibiotika er viktig ved hals-, øre- og øyeinfeksjon.

Motivasjonen for bruk av antimikrobielle midler var at barnet skulle ha mindre plager (54 %), bli fortere friskt, ikke lenger være smittefarlig og bli mer motstandsdyktig mot andre infeksjoner (tab 2). Hos 8 % var motivasjonen at barnet skulle komme raskere tilbake til barnehage og hos 3 % var det viktig for egen arbeidssituasjon. To av fem foreldre (40 %) ønsket ikke at barnet skulle behandles med antibiotika uansett.

Å overholde tid og dosering av antibiotika var viktig for 95 % av foreldrene; bare 5 % ville avbryte kuren dersom barnet ble friskt før det var ferdig behandlet. Det siste ble be-



Hovedbudskap

- Hjelp fra pårørende medvirker til nedsatt bruk av antibiotika hos barn
- Negativ holdning til fravær med syke barn hos arbeidsgiver og kolleger medvirker til økt bruk av antibiotika
- Foreldres alder, utdanning og kunnskaper påvirker holdninger til bruk av antibiotika

Tabell 1 Foreldres syn på nødvendighet av antibiotika ved forskjellige infeksjoner (n = 487–522)

Infeksjon	Viktig/meget viktig (%)
Lungebetennelse	90
Bronkitt	60
Bihulebetennelse	53
Halsbetennelse	44
Ørebetennelse	42
Øyebetennelse	38
Sårinfeksjon	18
Mage- og tarminfeksjon	7
Forkjølelse	2

Tabell 2 Foreldres motivasjon for bruk av antibiotika hos barn (n = 524–538)

Motivasjon for bruk av antibiotika	Viktig/meget viktig (%)
Mindre plager	54
Fortere frisk	42
Ikke smittefarlig	16
Mer motstandsdyktig	14
Raskere til barnehage	8
Ber om antibiotika på grunn av egen arbeidssituasjon	3

grunnet med ønske om minst mulig antibiotika på grunn av mulige bivirkninger. Kun 4 % ville gi barnet antibiotika uten å kontakte lege. En av fire foreldre (26 %) mente at antibiotika ikke alltid virket, og 6 % hadde kontaktet homøopat med syke barn. Allergiske reaksjoner på antibiotika ble oppgitt hos 10 %. Dersom barnet garantert var blitt friskt uten antibiotika, svarte 84 % at de ikke ville ha barnet behandlet, 14 % svarte vet ikke og 2 % ville gitt antibiotika uansett.

Halvparten av foreldrene (n = 284) kjente til infeksjoner uten effekt av antibiotika. Av disse hadde 68 % mer enn 12 års utdanning og 32 % lavere utdanning. Aktuelle infeksjoner var: forkjølelse (69 %), virusinfeksjoner (21 %) samt HIV-infeksjon, hepatitt og soppinfeksjon (10 %). Ulemper ved bruk av antibiotika var kjent for fire av fem foreldre (n = 461), og av disse utgjorde de med høyere utdanning 62 % (n = 282). Bakterieresistens mot antibiotika var kjent av 57 %. I tillegg ble nedsatt immunforsvar (32 %), kvalme, allergi og soppinfeksjoner nevnt.

Foreldrenes kjennskap til ulemper og infeksjoner som ikke skal behandles med antibiotika viste ingen sammenheng med forbruket hos egne barn. Heller ikke enkeltfaktorene alder og utdanning viste signifikant sammenheng med forbruket, men tendensen var at alder over 30 år og utdanning over 12 år påvirket forbruket i form av færre behandlinger (tab 3).

Alder, utdanning og kunnskaper har ikke hver for seg signifikant sammenheng med antibiotikaforbruket, men disse tre faktorene

samlet påvirker bruk av antibiotika hos barna ($p < 0,01$).

Pårørende

Barnepass ved sykdom fordelte seg i 36 % av tilfellene på mor, 3 % på far og lik fordeling mellom foreldrene hos 59 %. De resterende 2 % hadde andre til å ta seg av omsorgen for syke barn. Halvparten av foreldrene hadde pårørende som kunne passe barna ved sykdom, og 90 % var barnas besteforeldre. Hjelp fra pårørende viste signifikant sammenheng med mindre antibiotikaforbruk hos barna, uavhengig av foreldres alder, utdanning og forsørgeransvar ($p < 0,01$) (tab 3).

Eneforsørgere hadde høyere andel av pårørende som kunne ta seg av barna (61 %) enn foreldre med delt ansvar (48 %) ($p < 0,05$). Eneforsørgeres barn hadde likevel signifikant høyere totalforbruk av antibiotika enn andre barn. Disse var totalt blitt behandlet 4,7 ganger mens andre barn hadde gjennomgått 3,6 behandlinger (tab 3).

Arbeidsforhold

Halvparten av foreldrene (46 %) ønsket bedre mulighet til å være hjemme med syke barn. To tredeler (62 %) hadde liten mulighet for å gjøre jobbrelaterte oppgaver hjemme ved barns sykdom. Høyere utdanning gav større fleksibilitet i forhold til jobb enn lavere/ingen utdanning ($p < 0,01$). Foreldres stillingsandel (61 % full stilling, 25 % deltidsstilling) viste ingen sammenheng med bruk av antibiotika hos barna.

Foreldrene møtte i stor grad forståelse for fravær fra arbeid på grunn av syke barn, men 7 % av arbeidsgivere og 7 % av kolleger hadde liten eller ingen forståelse for denne type fravær. Over halvparten av respondentene (53 %) hadde flest kvinnelige kolleger å forholde seg til. Det å ha arbeidsgiver med negativt syn på fravær, viste signifikant sammenheng med økt forbruk av antibiotika hos barna siste år (tab 3). Negativ holdning hos kolleger tenderte til å øke forbruket, men her var det ikke signifikant sammenheng. Foreldres alder og utdanning påvirket ikke arbeidsgivers syn, men alder påvirket kollegers syn på fravær. Kolleger syntes å vise mindre forståelse for yngre foreldre med syke barn enn de gjorde for eldre foreldre. Utdanning synes her uten betydning. Aleneforeldre møtte mindre forståelse hos arbeidsgivere og kolleger enn det gifte/samboende foreldre gjorde. Aleneforeldre (16 %) fikk i 11 % av tilfellene liten eller ingen forståelse for fravær på grunn av syke barn, mens tilsvarende for andre foreldre (84 %) var 6 % ($p < 0,01$).

Barnehagen

De fleste foreldrene (85 %) anså at barnehagen hadde klare retningslinjer i forhold til syke barn. Det stemmer med opplysninger fra barnehagepersonalet. Syke eller uopplagte barn ble levert i barnehagen ofte eller av og til av 16 % av foreldrene; 52 % oppgav sjelden og 31 % leverte aldri syke eller uopp-

lagte barn. Her var det ingen forskjell på aleneforeldre og andre. Svært få (3 %) møtte negativ holdning hos barnehagepersonalet dersom de leverte syke eller uopplagte barn. Ingen sammenheng ble påvist mellom holdninger hos barnehagepersonalet og forbruk av antibiotika hos barna, men noen foreldre kommenterte eksplisitt at barnehagepersonalet forlanger bruk av øyedråper ved gul verk i øynene dersom barnet skal kunne være i barnehagen. 57 % av barna som ble behandlet med antibiotika, gikk i barnehagen mens kuren pågikk.

Diskusjon

Tiltaksplan mot antibiotikaresistens 2000–04 skisserer blant annet innsatsområder for bedret kommunikasjon med publikum og da primært småbarnsforeldre (7). Denne studien kartlegger faktorer ved småbarnsforeldres situasjon som kan påvirke forbruket. Leger oppgir at de ofte føler seg presset av foreldre til å gi antibiotika, men få internasjonale studier går inn på foreldres synspunkter på bruk av antibiotika (6, 8–11).

Utalget representativitet og metodekritikk er diskutert tidligere (2). Lav svarprosent gjør utvalget mindre relevant som tilfeldig utvalg. Foreldre med høyere utdanning var overrepresentert, og det kan ikke trekkes slutninger om hvordan større deltakelse og annerledes fordeling ville innvirket på resultatene.

Småbarnsforeldre har kunnskap om når det er nødvendig å gi antibiotika til barn med infeksjoner, og 50 % visste om infeksjoner der antibiotika manglet effekt. Over 80 % kjente til ulemper ved bruk av antibiotika, og mer enn 80 % ville ikke gi antibiotika dersom det ikke var helt nødvendig. Likevel har vi tidligere vist at 80 % av dem som kontaktet lege, fikk antibiotika. Dette tyder på for høyt forbruk (2). Teori og praksis synes her forskjellig. Foreldrenes svar behøver ikke nødvendigvis være pålitelig uttrykk for reell holdning, men kan være det som antas å være «riktig». Holdninger predikerer ikke alltid atferd, og situasjonen kan fortone seg annerledes for foreldre med barn som er mye syke enn for foreldre med barn som sjelden er syke. Høyt antibiotikaforbruk kan også bety at leger ikke tar hensyn til, eller ikke oppdager foreldres holdninger, men kan også tolkes dit hen at disse ikke kommer til uttrykk i konsultasjonen (12).

Når nesten alle foreldrene vil fullføre antibiotikakuren og kun 4 % oppgir at de kan tenke seg å bruke antibiotika uten først å kontakte lege, kan dette tolkes slik at norske foreldre er disiplinerte i forhold til å følge retningslinjer. Det kan skyldes at man i Norge har en restriktiv antibiotikapolitikk. Vår undersøkelse viser også at norske foreldre er godt orienterte om ulemper ved bruk av slike medikamenter. Over halvparten av foreldrene kjenner til resistensutvikling, men det er grunn til å anta at det foreligger noen misforståelser om at det er barnet som blir «resistent» i stedet for bakterien.

Tabell 3 Enkeltfaktorers innvirkning på forbruk av antibiotika hos barn i barnehage

	Gjennomsnittlig antall behandlinger siste år (95% KI)	P-verdi	Gjennomsnittlig antall behandlinger totalt (95% KI)	P-verdi
<i>Foreldres alder (år)</i>				
≤ 30	3,2 (2,6–3,8)	0,49	4,2 (3,4–4,9)	0,23
> 30	3,0 (2,7–3,3)		3,7 (3,4–4,0)	
<i>Utdanning (år)</i>				
≤ 12	3,3 (2,8–3,8)	0,21	4,1 (3,5–4,6)	0,25
> 12	2,9 (2,6–3,2)		3,7 (3,3–4,0)	
<i>Hjelp av pårørende</i>				
Ja	2,9 (2,6–3,3)	0,41	3,4 (3,0–3,7)	< 0,001
Nei	3,2 (2,7–3,6)		4,4 (3,8–4,9)	
<i>Forsørgeransvar</i>				
Eneforsørger	3,5 (2,8–4,3)	0,09	4,7 (3,8–5,5)	< 0,05
Delt ansvar	2,9 (2,6–3,2)		3,6 (3,3–3,9)	
<i>Arbeidsgivers syn på fravær</i>				
Negativt	4,3 (2,7–5,9)	< 0,01	4,5 (2,9–6,1)	0,32
Positivt	3,0 (2,7–3,3)		3,8 (3,4–4,1)	
<i>Kollegers syn på fravær</i>				
Negativt	3,8 (2,6–5,1)	0,13	3,7 (2,9–4,6)	0,95
Positivt	3,0 (2,7–3,3)		3,8 (3,5–4,1)	

Liten forståelse fra arbeidsgiver og kolleger synes å medvirke til høyt forbruk av antibiotika hos barnehagebarn. Det å ha sykt barn er problematisk for yrkesaktive foreldre, og det oppstår ofte en interessekonflikt mellom foreldrerollen og arbeidstakerrollen i slike situasjoner. Det faktum at halvparten av foreldrene ønsker seg bedre mulighet til å være hjemme med syke barn, viser også at dette er et problem. I et utvalg av svenske småbarnsforeldre hadde 31 % aleneforeldre og 24 % gifte/samboende foreldre problemer ved barns sykdom. Dette viser en undersøkelse foretatt av svensk tjenestemannsforbund våren 2003 (13). Våre funn viser at 7 % av foreldrene opplever dette som et stort dilemma. Ønske om antibiotika for at barnet skal komme raskere tilbake til barnehage og ønske om behandling grunnlagt i egen arbeidssituasjon, synes å understøtte dette. Når 16 % vektlegger redusert smittefare, kan det også tyde på at foreldre ønsker barnet tilbake til barnehage snarest mulig. Aleneforeldre er de som føler dette sterkest også i vår undersøkelse, noe som underbygges av funn som viser høyere forbruk hos barn med enslige foreldre. Deres funn er representative på landsbasis, utgjør syke barn et betydelig problem for mange foreldre i deres arbeidssituasjon.

Eneforsørgere har krav på 20 dagers sykepermisjon med barn, noe som kan ha store konsekvenser for arbeidsgiver. Over 25 % av barna i Oslo-barnehagene har sykefravær

over ti dager i året (2). Foreldrenes fravær fra arbeid innebærer betydelige kostnader for samfunnet. En undersøkelse gjort av Arbeidsforskningsinstituttet i 2002 viser at hvert femte sykefravær skyldes syke barn, og hver fraværsdag koster bedriften 2 000–3 000 kroner (14). Økonomiske faktorer kan forklare press på leger for å få antibiotika, og legen kan lett finne det best å gi antibiotika ut fra rådende omstendigheter selv om det medisinsk sett ikke er behov for det (6, 8–10).

Antibiotikabehandling kan få foreldre til å føle det mer legitimt eller berettiget overfor arbeidsgiver og kolleger å være hjemme med sykt barn (15). Respondentene i undersøkelsen er hovedsakelig kvinner. I hvilken grad menn opplever det samme, kan vi ikke si noe om da for få fedre er representert til å kunne trekke slutninger.

Aleneforeldre har i større grad pårørende som bidrar med tilsyn når barn er syke. En grunn til det kan være at de bevisst velger å bo i nærheten av familie både for sin egen og for barnets skyld. Det er også mulig at familier ser det mer som en plikt eller nødvendighet å tre støtte til. Det å ha støtteapparat ved barns sykdom viser seg her å ha direkte innvirkning i form av mindre bruk av antibiotika.

Konklusjon

Nesten alle barnehagebarn får infeksjoner, og av disse får 65 % antibiotika hvert år. Foreldres livssituasjon og holdninger til antibio-

tika påvirker forbruket, og holdninger påvirkes av alder, utdanning og kunnskaper om antibiotika. Negativ innstilling hos arbeidsgivere og kolleger medvirker til økt forbruk, mens hjelp fra pårørende bidrar til lavere forbruk. En av seks foreldre sender syke barn i barnehage, og 57 % av barna går i barnehage under behandling. Dette indikerer en presset arbeidssituasjon med begrenset fraværs- og avlastningsmulighet for foreldre. Småbarnsforeldrene synes å være for en moderat bruk av antibiotika, men forbruket i praksis synes større enn holdninger tilsier. Det skyldes delvis forhold som er kartlagt her og delvis andre forhold, som for eksempel legens innstilling. Bedre tilrettelegging av småbarnsforeldres arbeidssituasjon ville være av stor betydning for mange. Dersom syke barn fikk være hjemme, ville både smittepress og bruk av antibiotika reduseres.

Litteratur

1. Nordlie A-L. Barnehagebarn og antibiotika. Faktorer som påvirker forbruk av antibakterielle midler. En spørreundersøkelse blant foreldre. Hovedoppgave. Bergen. Universitetet i Bergen, 2001.
2. Nordlie A-L, Andersen BM. Barn i barnehager – infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2707–10.
3. Myrbakk T, Giæver A, Olsvik Ø et al. Antibiotika-behandling av akutt ørebetennelse hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2649–52.
4. Straand J, Rokstad K, Heggedal U. Drug prescribing for children in general practice. A report from the Møre and Romsdal prescription study. Acta Paediatrica 1998; 87: 218–24.
5. Schwartz B, Bell D, Hughes J. Preventing the emergence of antimicrobial resistance. A call for action by clinicians, public health officials, and patients. JAMA 1997; 278: 944–5.
6. Bauchner MD, Pelton SI, Klein JO. Parents, physicians and antibiotic use. Pediatrics 1999; 103: 395–9.
7. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000. Tiltaksplan mot antibiotikaresistens 2000–2004.
8. Barden LS, Dowell SF, Schwartz B et al. Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: Results from physicians and parents focus group discussion. Clin Ped 1998; 37: 665–71.
9. Davey P, Pagliari C, Hayes A. The patient's role in spread and control of bacterial resistance to antibiotics. Clin Microbiol Infect 2002; 8: 43–68.
10. Hamm RM, Hicks RJ, Bembien DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? J Fam Pract 1996; 43: 56–62.
11. Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. BMJ 1996; 313: 983–6.
12. Abbas V, Britten N. A study of the relationship between patients' attitudes and doctors prescribing. Fam Pract 1991; 8: 314–9.
13. www.htf.se/frame.shtml?kampanjer (3.11.2003).
14. Løken A. Dyrt for sjefen. Aftenposten (aftenutgave) 7.11.2003.
15. Little P, Williamson I, Warner G et al. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. BMJ 1997; 314: 722–7.