

En svakhet ved mange referanser til forskning er at man ikke tar med undersøkelser der resultatene er negative. Det gir en skjevhet og kan gi en altfor sterk optimisme i forhold til effekt av tiltak og behandling. Legemiddelindustrien har bl.a. vært kritisert for det. Her bringer vi en artikkel om en studie som ikke kunne vise effekt av spritvask på sykkelighet i barnehage, mens det nylig er presentert en annen som viser effekt. Den blir kort referert av forfatteren tilslutt.

Kan spritvask i barnehager redusere fraværshyppighet?

AV GRETE DAATLAND ANDERSEN

Sykdomshyppighet hos førskolebarn øker med alderen det første leveåret, og er særlig høy for aldersgruppen ett til to år (1). I løpet av ett år vil nesten alle barnehagebarn ha hatt én eller flere infeksjoner. Slike infeksjoner fører til at barna må være hjemme, og til hyppig antibiotikabruk (2). Vi ønsket å finne ut om man med enkle hygieniske tiltak i barnehagen kunne redusere spredning av infeksjon og derved sykefravær. Andre har forsøkt bruk av papirbleier i stedet for tøybleier, vask av leker og forbedrete håndvaskrutiner for å se etter reduksjon i forekomst av sykdom. Reduksjon i fravær kan telles med større sikkerhet enn reduksjon i hyppighet av bestemte sykdommer. Spritgel reduserer antallet mikrober på hendene. Bruk av spritgel gjør også at man vasker hendene oftere (3). Vi ville på bakgrunn av disse funnene undersøke om håndvask med spritgel for både barna og de ansatte i barnehager reduserer fravær sammenliknet med barnehager hvor hendene vaskes med såpe og vann.

Materiale og metode

I intervensjonsbarnehagene ble det brukt Sterisol spritgel i tre måneder fra januar og ut mars 2006. Dette er en periode med mye infeksjoner. De brukte spritgel både fra dispenser og bordflasker. Det ble ikke gjort endringer i rutiner, bortsett fra at barna skulle desinfisere hendene også når de kom om morgenen. Tre barnehager ønsket å delta i intervensjonen. Fire kontrollbarnehager ble valgt ut fra likhet med intervensjonsbarnehagene mht beliggenhet, antall barn, alders- og kjønnsfordeling. De skulle fortsette med de samme håndvaskrutiner som før.

Det pedagogiske opplegget gjorde at alle barna, uansett alder, var i daglig kontakt med hverandre. Alle barnehagene hadde stort uteareal, og brukte omtrent like mye tid ute. Foreldrene ble informert om prosjektet gjennom et brev som ble delt ut i barnehagene. De ansatte ved interven-



Grete Daatland Andersen

Cand. med. 1988.

De siste 11 år vært kommuneoverlege og fastlege i Ringsaker kommune.

sjonsbarnehagene fikk skriftlig presisering av håndvaskrutiner fra kommuneoverlegen, og en kort presentasjon av håndvaskprosedyren.

Foreldrene i alle barnehagene fikk utdelt spørreskjema hver gang deres barn hadde vært borte fra barnehagen. Første del av skjema dreide seg om fraværskategorier, infeksjonens art og hva slags oppfølging som ble gitt. Foreldrene kunne krysse av for flere vanlige infeksjoner. De ble bedt om å sette kryss ved den plagen som var mest fremtredende. Diagnosen ble stilt av foreldrene selv.

Den andre delen av skjema omhandlet andre smittekilder enn barnehagen. Vi ba om svar på antall dager pr uke barnet var i barnehagen, eldre og yngre søsken, transportmåte til barnehagen, og om det var noen i familien som røykte. Styrerne i barnehagen fikk i oppgave å dele ut og samle inn skjemaene. 95 prosent av de utdelte skjemaene ble besvart. Da intervensjonsperioden var omme, fikk foreldrene til barna som ikke hadde hatt fravær, spørreskjemaer med de samme spørsmål angående bakgrunnsinformasjon. Her fikk vi tilbake svar fra alle.

Resultater

Det var 150 barn i intervensjonsbarnehagene, og 173 i kontrollbarnehagene. Laveste og høyeste gjennomsnittlig



Lett å vaske hendene med sprit. ILLUSTRASJONSFOTO: KRISTIN RUTLE

fravær og fraværsdager per barn og barnehage var 0,70 til 1,26 antall fravær og 1,76 til 4,56 fraværsdager for intervensjonsbarnehagene, og 0,70 til 1,45 fravær og 2,17 til 4,57 fraværsdager for kontrollbarnehagene i de tre observasjonsmånedene. Øvre luftvegsinfeksjon var den vanligste grunnen til fravær, mens mage/tarminfeksjon var nest hyppigst. Nærmest alle barn ble transportert til barnehagen med bil, 25 prosent av barna kom fra hjem med dagligrøykere. 31 prosent av intervensjonsbarn og 14 prosent av kontrollbarn hadde yngre søsken. 34 prosent av intervensjonsbarn og 24 prosent av kontrollbarn hadde eldre søsken. 23 barn i intervensjonsbarnehagene og 19 barn i kontrollbarnehagene oppholdt seg i barnehagen mindre enn tre dager per uke.

Diskusjon

Denne studien kunne ikke vise noen effekt av kun å erstatte såpe og vann med spritgel. Tilbakemeldingene fra barnehagene var at barna var mer ivrige etter å vaske seg med spritgel. Vi tror derfor at barna vasket seg minst like mye som før. Fraværshyppigheten var likevel ikke forskjellig i intervensjons- og kontrollbarnehagene. I begge grupper av barnehager var gjennomsnittlig fraværsdager per barn tre til fire dager i løpet av en periode på tre måneder, hvilket samsvarer med funn i en dansk studie (4).

Så langt vi har kunnet kartlegge var forhold rundt barna i intervensjons- og kontrollbarnehagene like. Det var få barn i de deltagende barnehager som oppholdt seg mindre enn tre dager per uke i barnehagen. Hvis denne andelen hadde vært høy, ville det kunne utviske effekt av intervensjonen. Man kan likevel ikke se bort fra at det kan være confounders som en randomisert studie kunne fordelt likt i gruppene.

Økt fokus på hygiene i kontrollbarnehagene er en mulig feilkilde, men det er rimelig å tenke seg at hygiene også er mer i fokus i intervensjonsbarnehagene, slik at effekten blir lik i begge typer barnehager. Svarprosenten på spørreskjema var høy i begge grupper. De foreldre som hadde barn uten fravær fikk også spørreskjema med anledning til å påføre fravær i ettertid. Dette skulle kompensere for eventuelt manglende utdeling under fraværet.

Selv om denne studien er liten, og det kan reises innvendinger, mener vi den er tilstrekkelig til å vise at det må mer til enn å skifte ut såpe og vann med spritgel for å få ned sykefraværet i barnehagene. Studier som har lyktes i å påvise effekt av hygieneprogram, har gjerne hatt regelmessige og gjentatte opplæringsprogram både for barna, foreldrene og personalet. (5). Videre studier bør derfor vektlegge den pedagogiske utfordringen når hygienen i barnehagene skal forbedres.

(forts. s. 22)

Det er nylig publisert en svensk studie i Acta Pædiatrica med overskrift «Alcohol-based hand-disinfection reduces children's absence from Swedish day care centers». Konklusjonen på denne studien er at desinfeksjon av hender hos barna og personalet i barnehagen reduserer fravær med 12 prosent.

Vi fant ikke en slik forskjell. Den svenske studien inkluderer langt flere barn og barnehager, går over sju måneder og bruker hånddesinfeksjon sammen med vanlig håndvask. De har også månedlig gjennomgang av håndvaskprosedyren. På den måten sikret de at samme håndvaskprosedyre ble fulgt gjennom hele perioden, både hos kontrollbarnehagene og intervensjonsbarnehagene. Vår studie hadde ikke på samme måte kvalitetssikret håndvaskprosedyren. Kanskje er det der forskjellen ligger?

Litteratur

1. Lagerlöv P, Holager T, Westergren T et al. Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1620–23.
2. Nordlie AL, Andersen BM. Barn i barnehager – infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2707–10.
3. Harbarth S, Pittet D, Grady L et al. Interventional study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance. Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 489–95.
4. Mygind O, Rønne T, Søe AL et al. Comparative intervention study among Danish daycare children: the effect of illness of time spent outdoors. Scand J Public Health 2003; 31: 439–43.
5. Hedin K, Petersson C, Cars H et al. Infection prevention at day-care centres: Feasibility and possible effects of intervention. Scand J Prim Health Care 2006; 24: 44–49.

Vi takker skolerådgiver, cand. polit. sociol. Jørn Danielsberg, i Ringsaker kommune for hjelp med databearbeiding, og personalet ved barnehagene Kremmerhuset, Gaupen, Bjørkebo, Moelv, Fossen, Stavsjo og Tingnes for engasjert deltakelse.

Studien er gjort med økonomisk støtte fra Ringsaker kommune, Allmennpraktikerfondet og Antibiotika-senteret for primærmedisin ved Universitetet i Oslo.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
gda@ringsaker.kommune.no

Toviaz depottabletter «Pfizer»

Muskarinreseptorantagonist.

ATC-nr.: G04B D11

DEPOTTABLETTER 4 mg og 8 mg: Hver depottablett inneholder: Fesoterodinfumarat 4 mg, resp. 8 mg tilsv. fesoterodin 3,1 mg, resp. 6,2 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Indigotin (E 132), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering:** Voksne: Anbefalt startdose er 4 mg 1 gang daglig. Basert på individuell respons kan dosen økes til 8 mg 1 gang daglig. Maks. daglig dose er 8 mg. Til pasienter med normal nyre- og leverfunksjon, som får samtidig behandling med potent CYP 3A4-hemmer, bør maks. daglig dose av fesoterodinfumarat være 4 mg 1 gang daglig. Ved samtidig administrering av en moderat CYP 3A4-hemmer bør individuell respons og toleranse evalueres før doseøkning til 8 mg. Skal svelges hele. Kan inntas uavhengig av måltid. Fullstendig behandlingseffekt er sett etter 2–8 uker og virkningen bør derfor evalueres etter 8 ukers behandling. Barn: Sikkerhet og effekt er ikke dokumentert. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon. Alvorlig ulcerøs kolitt. Toksisk megacolon. Ukontrollert trangvinkelglaukom. Myasthenia gravis. Alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» C). Samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere ved moderat til kraftig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Ventrikkelretensjon. Overfølsomhet for fesoterodin eller noen av de andre innholdstoffene, peanøtter eller soya. **Forsiktighetsregler:** Bør brukes med forsiktighet ved betydelig hindret blæretømming med fare for urinretensjon. Forsiktighet også ved obstruktiv sykdom i mave-tarmkanalen (f.eks. pylorusstenose), gastroesofageal refluks og/eller samtidig bruk av legemidler som kan føre til eller forverre øsofagitt (f.eks. orale bisfosfonater), nedsatt gastrointestinal motilitet, autonom nevropati og kontrollert trangvinkelglaukom. Forsiktighet må utvises når fesoterodin forskrives til eller opptitreres hos pasienter som forventes å ha økt eksponering for aktiv metabolitt: Nedsatt lever- og nyrefunksjon, samtidig administrering av potente eller moderate CYP 3A4-hemmere, samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere. Ved kombinasjon av disse faktorene forventes ekstra økning i eksponeringen. Doseavhengige antimuskulære bivirkninger vil sannsynligvis oppstå. Individuell respons og toleranse bør evalueres før doseøkning til 8 mg 1 gang daglig. Organiske årsaker til overaktiv blære skal utredes før behandling. Forsiktighet skal utvises ved risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for QT-forlengelse) og ved relevante tidligere hjertesykdommer (f.eks. myokardial iskemi, arytmi, medfødt hjertesvikt). Dette gjelder spesielt ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere. Forsiktighet må utvises ved bilkjøring eller bruk av maskiner pga. mulige bivirkninger som f.eks. uklart syn, svimmelhet og søvnighet. Bør ikke brukes ved sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp-laktasemangel) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antimuskulære eller antikolinerge egenskaper (f.eks. amantadin, trisykliske antidepressiva, enkelte nevroleptika) kan resultere i uttalte terapeutiske effekter og bivirkninger (f.eks. forstoppelse, munntørhet, søvnighet, urinretensjon). Fesoterodin kan redusere effekten av legemidler som stimulerer motiliteten i mave-tarmkanalen, som f.eks. metoklopramid. Maks. fesoterodindose bør begrenses til 4 mg ved samtidig bruk av potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. atazanavir, klaritromycin, indinavir, itraconazol, ketokonazol, nefazodon, nelfinavir, ritonavir (og alle ritonavirforsterkede PI-regimer) sakonavir og telitromycin). Det forventes økt eksponering av aktiv metabolitt ved samtidig bruk av moderate CYP 3A4-hemmere (f.eks. amprenavir, aprepitant, diltiazem, erytromycin, flukonazol, fosamprenavir, grapefruktjuice, verapamil), men mindre økning enn den som er sett med potente CYP 3A4-hemmere. Samtidig administrering av potente CYP 2D6-hemmere kan gi økt eksponering og bivirkninger og dosereduksjon til 4 mg kan være nødvendig. Induksjon av CYP 3A4 kan føre til subterapeutiske plasmanivåer. Samtidig bruk med CYP 3A4-indusere (f.eks. karbamazepin, rifampicin, fenobarbital, fenytoin, johannesurt) anbefales ikke. **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Ukjent. Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Graviditet bør ikke behandles med fesoterodin. Overgang i morsmelk: Ukjent. Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Munntørhet er mest vanlig (1/10). Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Mavesmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme. Luftveier: Tørr hals. Nevrologiske: Svimmelhet, hodepine. Psykiske: Søvnløshet. Syn: Tørr øyne. Urogenitale: Dysuri. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Abdominalt ubehag, flatulens. Hud: Utslett, tørr hud. Hørsel: Vertigo. Lever: Økning i ALAT og GGT. Luftveier: Faryngolaryngeal smerte, hoste, nesetørhet. Nevrologiske: Smaksforstyrrelse, sømnløshet. Sirkulatoriske: Takykardi. Urogenitale: Urinretensjon (inkl. følelse av resturin, sykkelig trang til vannlating), urinhesitasjon, urinveisinfeksjon. Øvrige: Utmattelse, generelle lidelser. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Fesoterodin er administrert sikkert i doser opptil 28 mg/dag. Overdosering kan føre til alvorlige antikolinerge virkninger. Behandling: Ev. ventrikkelsskylling og medisinsk kull. Symptomatisk behandling. **Egenskaper:** Klassifisering: Kompetitiv, spesifikk muskarin reseptorantagonist. Virkningsmekanisme: Rask og i stor utstrekning hydrolysert av spesifikke plasmaesteraser til 5-hydroksymetyl-derivatet, dens primære aktive metabolitt, som er det dominante aktive farmakologiske prinsippet i fesoterodin. Absorpsjon: Maks. plasmanivå nås etter ca. 5 timer. Terapeutiske plasmanivåer oppnås etter 1. administrering. Proteinbinding: Aktiv metabolitt er ca. 50% bundet til albumin og alfa-1-surt glykoprotein. Fordeling: Distribusjonsvolum: 169 liter etter i.v. administrering. Halveringstid: Terminal halveringstid for aktiv metabolitt er ca. 7 timer. Metabolisme: Hydrolyseres raskt og i stor utstrekning til aktiv metabolitt. Gjennomsnittlig Cmax og AUC for aktiv metabolitt, øker opptil hhv. 1,7 ganger og 2 ganger hos personer med langsom CYP 2D6-metabolisme. Utskillelse: Ca. 70% i urin og 7% i feces. Levermetabolisme og nyreutskillelse bidrar i betydelig grad til å utskille den aktive metabolitten. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyst 25°C, i originalpakningen. **Pakninger og priser:** 4 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. 8 mg: Enpac: 28 stk. kr 432,40. 84 stk. kr 1227,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv nevrogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
U04	Urininkontinens	N39.4	Annen spesifisert urininkontinens

Vilkår: Ingen spesifisert.

Sist endret: 09.06.2008

Ref. nr.: 0459-2008



Partner for bedre helse™

Pfizer AS - Pb 3 - 1324 Lysaker - Tlf 67526100 - Faks 67526192 - www.pfizer.no