



# ASTMA

## *hos barn*

Utarbeidet av overlege Ragnar Dahle og  
overlege Per F. Ekholdt i samarbeid med  
GlaxoSmithKline AS.

Bearbeidet for barn av overlege Jon Lunde.



# Innhold

<b>Innledning</b>	<b>3</b>
<b>Hva er astma?</b>	<b>4</b>
Hva skjer i luftveiene ved astma?	
Astma i barneårene	
Astma og miljø	
<b>Hvilke faktorer utløser astma?</b>	<b>8</b>
Allergi	
Luftveisirriterende stoffer	
Forkjølelse	
Psykiske faktorer	
Fysisk aktivitet	
<b>Terskelbegrepet</b>	<b>11</b>
<b>Behandling av astma</b>	<b>12</b>
Målsetning for astmabehandling	
Hvordan behandles astma?	
Medisinering	
Generelle retningslinjer for medisinering av barn med astma	
<b>Fysisk aktivitet</b>	<b>19</b>
Anstrengelsesutløst astma	
<b>Hvordan kan du selv styre behandlingen?</b>	<b>20</b>
Lær deg å bruke medisinen etter hvordan du har det	
Forverring av astma kjennetegnes ved...	
Måling av lungefunksjon	
<b>Spesielle behandlingssituasjoner</b>	<b>22</b>
<b>Når skal lege kontaktes?</b>	<b>23</b>
<b>Trygderettigheter ved astma</b>	<b>23</b>

# Innledning

Det er mange steder en kan få informasjon om helse og sykdom. Dette heftet er ment som et bidrag til den kunnskap barn med astma (og foreldre/foresatte) får når de søker informasjon om sykdommen ASTMA.

Siden astma er en sykdom i luftveiene, skal vi begynne med å danne oss et bilde av luftveiene.

Utenfor kontoret mitt står det et stort tre. Det får meg til å tenke på lungene og luftveiene. Gjennom stammen, ut i de store grenene og videre ut i de små kvistene til tusenvis av blader, fraktes vann og næring gjennom fine rør helt ut til de minste delene.

På samme måte kan vi tenke oss lungene våre. Gjennom hovedluftrøret (trachea), ut i de store grenene (bronchier) og videre ut i de små luftveiene (bronchioler) til tusenvis av "blader" (alveoler) fraktes luft fram og tilbake mange tusen ganger i døgnet.

Dersom denne transporten skal gå uten at vi får problemer, må rørene, eller luftveiene som vi vanligvis kaller dem, være åpne og forberedte på denne enorme transporten av luft. Blir det trangt og mye slim, må luften "presse seg vei", og det gjør arbeidet tungt og slitsomt.





*Typiske astma-  
symptomer:*

*Hoste, ofte  
med seigt slim*

*Tung pust*

*Piping i brystet*

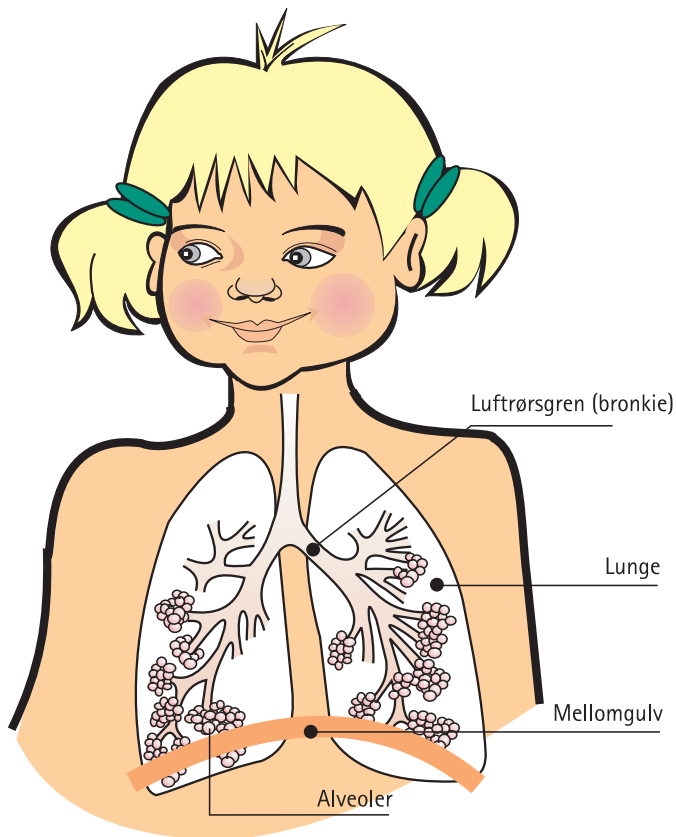
*Surkling i brystet*

# Hva er astma?

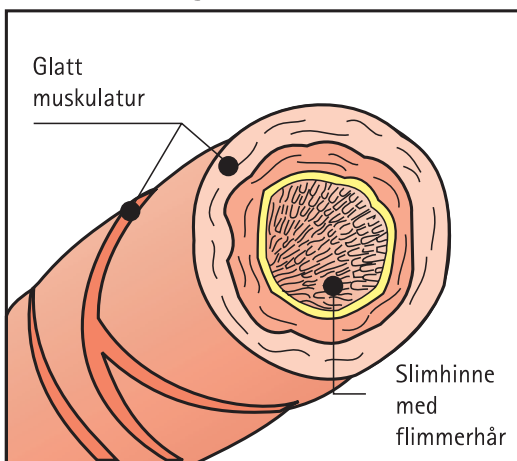
Astma er en overømfintlighet i luftveiene som gir periodevis pustebesvær. Dette skyldes en kronisk betennelsesreaksjon i luftveienes slimhinner. Pustebesværet kan påvirkes av mange forskjellige faktorer som vi skal komme tilbake til etter hvert.

## Hva skjer i luftveiene ved astma?

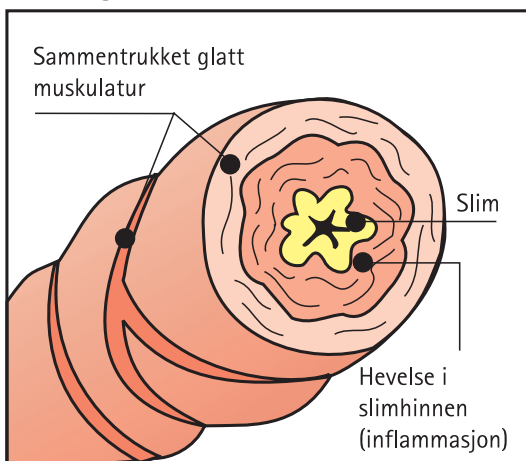
Betennelsesreaksjonen i luftveiene fører til sammen- trekning av muskulaturen omkring luftrørgrenene. Det blir også dannet seigt slim, og veggene i luft- rørgrenene hovner opp. Luftrørgrenene blir trang- ere enn normalt og dette gjør det vanskeligere å puste. Slimet som produseres må hostes opp.



### Normal luftrørgren (bronkie)



### Luftrørgren (bronkie) ved astmaanfall



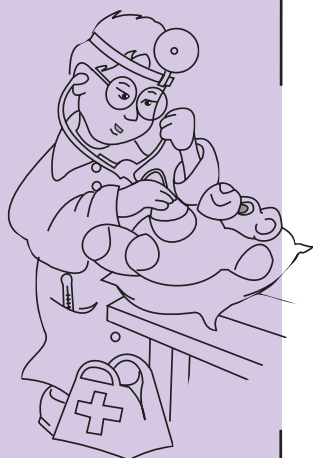
## Astma i barneårene

Astma er en arvelig sykdom. Det nyfødte barnet kan arve anlegg fra sine foreldre som kan påvirkes og gi astma senere i livet. Arvegangen er ukjent og komplisert. Hvis en av foreldrene har astma, er det umulig å si om det nyfødte barnet vil få astma eller ikke, men risikoen er økt i forhold til andre barn.

Forkjølelse utløser ofte de første symptomene på astma. De fleste barn har hyppige episoder med luftveisplager de første leveårene. Dessverre opplever mange at begrep som bronkitt, astmabronkitt, forkjølelse og lungebetennelse brukes om det som ofte skyldes en økt følsomhet i luftveiene (astma). Dersom barnet har hyppige luftveissymptomer med tung pust, bør en tenke på astma som mulig årsak. Hvor ofte barnet har symptomer kan altså være vel så viktig informasjon, som hva legen finner ved en enkelt undersøkelse. Som oftest er det virusinfeksjoner og forkjølelser som forverrer astmasymptomene både hos barn og voksne.

Astma kan starte når som helst i barnealder. Av alle større barn som har astma, vil halvparten ha hatt symptomer på sykdommen før de har fylt tre år. Astma er den hyppigste kroniske sykdommen i barnealderen og forekommer hos nesten hvert tiende barn.

Jevnlig besøk hos lege bør kunne gradvis gi mer kunnskap om barnets sykdom og behandlingen av den.



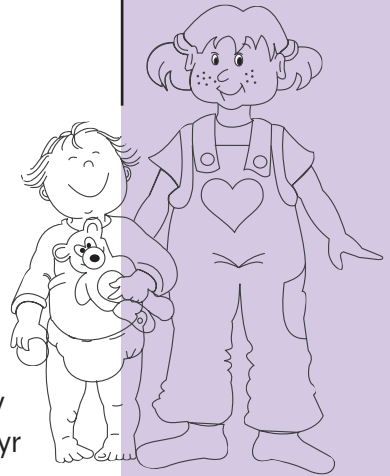
Mange barn blir kvitt astmaplagene sine i oppveksten. En bedring av astmaen kan henge sammen med god oppfølging.

### **Astma og miljø**

Luftforurensning, både inne og ute, er en viktig årsak til utvikling av astma hos barn. Med luftforurensning tenker vi oftest på forurensning av utelufta, men selv i områder med høy forurensning ute, er det likevel innelufta som betyr mest for utvikling av sykdommen.

Når en av foreldrene eller andre i hjemmet røyker, utsettes barnets luftveier for store mengder av irriterende gasser og dermed øker risikoen for å utvikle astma.

I de nordiske landene har energiøkonomisering medført tettere hus med mindre ventilasjon. Dette medfører ofte økt relativ fuktighet og ofte også økt temperatur inne. Dette er uheldig, da det gir mulighet for vekst av mikroorganismer og økt trivsel for husstøvmidd. Ideelt sett bør luftfuktigheten være lav og temperaturen i hvert fall under 22°C.



# Hvilke faktorer utløser astma?

## Allergi

Noen barn med astma har allergi og sykdommen kan forverres når de utsettes for noe de ikke tåler; de får en allergisk reaksjon. En kan si at kroppens immunforsvar "overreagerer". Allergi skyldes også medfødte (arvelige) anlegg.

En allergisk reaksjon kan forverre eller utløse astmasymptomer; den kan gi reaksjoner fra øyne og nese (høysnue); den kan gi forandringer i hud (eksem); en kan stort sett få symptomer i alle kroppens organer. Reaksjonene kan være svært forskjellige fra barn til barn.

Allergi er en langt viktigere medvirkende årsak til astma hos barn enn det er hos voksne. I de første leveårene er det imidlertid luftveisinfeksjoner som er den viktigste årsak til forverring av astma.

Fødemiddelallergi gir sjelden astmaplager.



## De vanligste allergifremkallende kilder som har betydning for astma, er:

### *Dyr*

Katt, hund, hest, kanin, marsvin og mus er blant de dyr som oftest forårsaker allergireaksjoner, men også andre dyr kan være årsak til reaksjoner.

### *Midd*

Husstøvmidd er et lite "dyr" som finnes innendørs. I Norge forekommer den særlig i kyststrøk hvor klimaet er mildt og fuktig. I hjemmene våre er det spesielt i sengetøyet det er store mengder husstøvmidd.

### *Pollen*

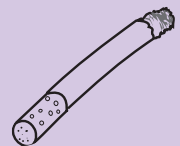
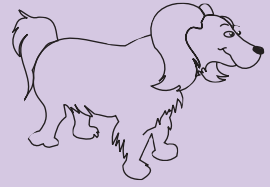
Det er særlig fra bjørk, timotei (gress) og burot at vi kan få lange perioder med pollen - disse periodene kan komme til litt forskjellig tid på ulike steder i landet, så det kan være lurt å følge med på lokale pollenvarsler.

### *Muggsopp*

Inne finnes dette særlig i fuktige kjellere, baderom og luftfukteanlegg, mens ute finner du det i fuktig jord og løvhauger.

## Luftveisirriterende stoffer

Alle barn med astma har "overfølsomme" luftveier og vil kunne reagere på mange luftveisirriterende stoffer. At barn med friske lunger hoster når de kommer i røyk og støvfylte rom er ikke uvanlig og barn med astma tåler ennå mindre forurensing i luften. I innemiljø er tobakksrøyk den viktigste luftforurensner.





*Kombinasjon av  
anfallsutløsende  
faktorer:*

*Ofte er det et sam-  
spill mellom flere  
faktorer for at de  
skal utløse anfall.  
For eksempel fysisk  
anstrengelse i rått  
vær eller under  
forkjølelse, eller  
tobakksrøyk sammen  
med allergifrem-  
kallende stoffer.*

## **Forkjølelse**

Mange barn med astma opplever at de blir oftere forkjølet enn andre. Forkjølelsen starter som en vanlig forkjølelse, men så etter noen dager kan de begynne å hoste og bli "tette".

Forkjølelse (virusinfeksjon i luftveiene) er den hyppigste årsaken til mer langvarige forverringer av astma hos barn og voksne. Det går gjerne noen uker før de føler seg friske igjen og puster normalt.

Noen ganger er "forkjølelsen" annerledes enn den pleier. Da kan det være infeksjoner som trenger mer spesifikk behandling enn bare opptrapping av astma-medisinen. Er du i tvil bør du ta kontakt med fastlegen din, så han/hun kan hjelpe deg med rett behandling.

## **Psykiske faktorer**

Barn med astma er ikke mer nervøse enn andre barn, men angst, motløshet og sorg kan forverre astma-plagene. Det samme gjelder stress i mange sammenhenger.

## **Fysisk aktivitet**

Anstrengelsesutløst astma omtales i eget avsnitt.

# Terskelbegrepet

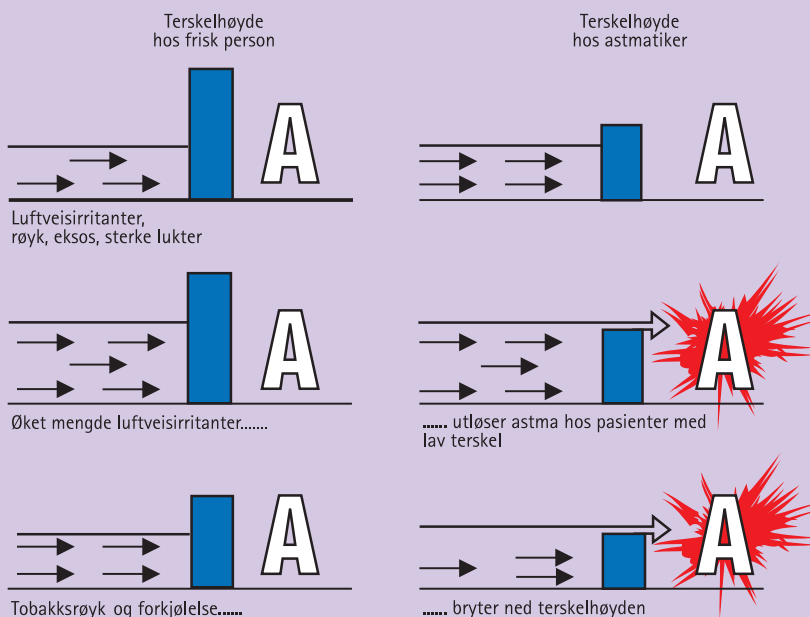
Luftveiene har en medfødt toleranse (terskel) som beskytter oss mot de forskjellige astmafremkallende stoffene. Når friske personer oppholder seg i et støvfyllt rom, kan luftforurensningen overstige terskelen og utløse hoste og slimdannelse, men de får nødvendigvis ikke pustebesvær.

Denne terskelen er alltid lavere hos personer som har astma. De reagerer derfor på mindre mengder støv eller røyk enn andre - og blir tunge i pusten. Terskelens høyde varierer fra person til person. Noen kan ha høy terskel overfor allergifremkallende stoffer; andre har lav terskel overfor kulde eller

anstrengelse. Når terskelen overstiges hos personer som har astma, utløser det hoste, slimdannelse i lungene og astmaanfall hvor luftrørgrenene trekker seg sammen.

Terskelen kan variere hos en og samme person. Den brytes ned av forkjølelse, tobakksrøyk og annen luftforurensning. Regelmessig allergipåvirkning (helårig eller i sesonger) virker på samme måte. Etter kraftige astmaanfall er terskelen også brutt ned og det kan ta uker før den bygges opp igjen.

Luftveisterskelen kan bygges opp ved riktig bruk av medisiner.



*Noen stikkord er:*

*Heve toleranse-  
terskelen –  
tilnærmet terskelen  
hos friske.*

*Normal lungefunk-  
sjon.*

*Forebygge akutte  
astmaanfall.*

*Minst mulig fravær  
fra barnehage,  
skole eller jobb  
(både for barn og  
voksne).*

*Best mulig effekt  
og minst mulig  
uønskede effekter  
av behandlingen  
gjennom riktig  
medisinering.*

***Livskvalitet!***

# Behandling av astma

## Målsetning for astmabehandling

Målet for behandlingen må være at barnet skal kunne leve et liv med minst mulig symptomer og begrensninger i daglige aktiviteter. Dette innebærer blant annet minst mulig fravær fra barnehage, skole eller jobb (både for barn og voksne).

God nattesøvn uten oppvåkning på grunn av hoste og tetthet er også et viktig mål for god astma-behandling.

## Hvordan behandles astma?

### *Miljøsanering*

Barn med astma er ikke like og det er heller ikke slik at "alle reagerer på alt", men det kan være viktig å unngå eller fjerne faktorer i miljøet som barnet reagerer på.

### *Riktige medisiner*

Riktig bruk av riktige medisiner gir best mulig effekt og vi skal i større detalj gå gjennom dette i senere kapitler.

### *Kunnskap*

Jo større kunnskap du skaffer deg om astma, jo bedre kan du følge opp din egen eller ditt barns sykdom.

## Medisinering

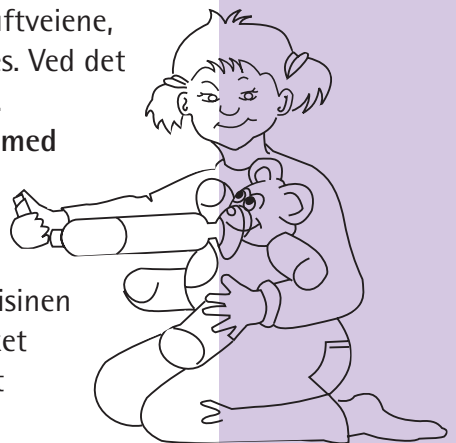
### Generelle retningslinjer for medisinering av barn med astma

Astma er en sykdom som varierer mye fra barn til barn. I tillegg til å bruke ulike medisiner, må vi ta hensyn til hvordan medisinene gis for at barna skal ha størst mulig nytte av dem. La oss ta det siste først.

#### *Hvordan gi medisinene?*

Den "enkleste" måten å gi barn medisin på er sannsynligvis å gi dem **miksturer**, selv om dette heller ikke alltid er like lett. For småbarn som bare har luftveisplager en sjelden gang, kan dette være et hensiktsmessig valg, selv om det finnes "bedre" alternativer.

Astmamedisin skal virke i luftveiene. Ved å puste den inn, får barnet medisinen direkte ned i luftveiene, og mengden medisin kan derfor reduseres. Ved det reduseres også unødvendige bivirkninger. Barn ned i første leveår kan bruke **spray med inhalasjonskammer**. Dette kammeret "samler opp" medisindampen som kommer ut av aerosolen (sprayen) og barnet vil når det puster inn, trekke medisinen ned i luftveiene. Masken eller munnstykket må holdes tett til, og det er viktig å se at ventilene (membranene) beveger seg når dette gjøres riktig.



**Inhalasjonsapparat** har vært benyttet i mange år. Det er mange likheter ved det og spray. Apparatet lager en gass ("damp") av medisinen på samme måte som gassen fra en spray. "Fordampningen" fra et inhalasjonsapparat tar noen minutter og i den perioden puster barnet inn dampen med medisin. I tillegg til nytten av medisinene har mange også nytte av den fuktige dampen. Også ved bruk av inhalasjonsapparat er det også nødvendig å holde masken/munnstykket tett til ansiktet.

Fordelen ved inhalasjonskammer fremfor inhalasjonsapparat er først og fremst at det går kortere tid, og man er mer mobil. Brukt riktig vil sannsynligvis inhalasjonskammeret også gi en mer kontrollert medikamentdose enn inhalasjonsapparatet.

Noen foretrekker likevel inhalasjonsapparat, fordi de synes det virker bedre. Valg av inhalasjonsform må derfor tilpasses den enkelte.

**Pulverinhalator** (Diskus, Turbuhaler o.a.) kan benyttes når barnet skiller mellom det å puste ut og det å trekke pusten. Vi snakker altså om de samme medisinene, men skiller mellom hvordan de gis. Valg av inhalasjonsmåte vil være avhengig av barnets alder osv.

**Uansett hvilken inhalasjonsform som velges, må teknikken læres og kontrolleres. Det er derfor en god regel alltid å ta med medisinene ved kontroller hos lege.**

### **Hvilke medisiner?**

Moderne astmabehandling består i en trinnvis oppbygging (og nedtrapping) av medisiner. Det er altså ikke alltid slik at hvis "medisinen ikke virker", så må barnet ha en "ny" medisin. Ofte er det nødvendig å **trappe opp/bygge videre** på den medisinen barnet allerede har.

## La oss så gå gjennom de vanligste medisinene:

Medisiner til *inhalasjon* er mest brukt ved behandling av astma. Det finnes tre hovedtyper inhalasjonsmedisiner. Disse har forskjellig virkning og kan gis i forskjellige doser avhengig av hvilke behov den enkelte har.

Endring i de faste medisinene bør bare gjøres etter avtale med lege. Hvis medisinene gir ubehagelige virkninger (bivirkninger), skal man alltid si fra til legen. I mange tilfeller kan endring av dose eller bytte av medisin gi mindre bivirkninger.

### Anfallsmedisin (korttidsvirkende $\beta_2$ -agonister)




Når barnet har symptomer (pustebesvær), benyttes først symptomdempende medisin (anfallsmedisin). Disse ligner på kroppens eget adrenalin. Effekten inntreer raskt og løser muskelkrampen i de små luft-rørene, slik at det blir lettere å puste. Anfallsmedisin skal brukes når man blir tett og tung i pusten. Effekten varer vanligvis 2-4 timer. Anfallsmedisin kan også tas før situasjoner hvor man "vet" man blir tett, som f. eks. før fysisk aktivitet. Ha alltid anfallsmedisinen med deg! Bivirkninger er sjeldne, men uro og skjelving kan forekomme spesielt ved høye doser.

*I Norge finnes slike medisiner med virkestoffene; fenoterol, salbutamol og terbutalin.*

Behovet for anfallsmedisin kan variere mye, men med god sykdomsforebyggende behandling bør det vanligvis ikke være nødvendig å bruke dette mer enn noen få ganger i uka.

## Sykdomsforebyggende medisin (kortison til inhalasjon)



Siden astma skyldes en kronisk betennelse (inflammasjon) i luftveiene, er det et mål å dempe denne. Det gjøres med sykdomsforebyggende medisiner. Kortison til inhalasjon er et effektivt forebyggende og betennelsesdempende medikament. Det er i slekt med kortisol som kroppen selv produserer. Ved bruk av kortison reduseres hevelsen og betennelsen (inflammasjonen) i slimhinnen, og det produseres mindre slim. Det blir derfor lettere å puste, samtidig som overømfintligheten i slimhinnen reduseres. På den måten heves også toleranseterskelen i luftveiene.

Det tar gjerne 1-4 uker før man merker full effekt av de sykdomsforebyggende medisinene.

Sykdomsforebyggende medisin skal tas regelmessig og som oftest morgen og kveld. I dårlige perioder kan det være aktuelt å øke dosen (avtal med legen din om dette er noe du kan gjøre uten legebesøk).

Bivirkninger av disse medisinene forekommer, men er vanligvis sjeldne og beskjedne. Hes stemme er det vanligste. Andre bivirkninger som veksthemning, soppinfeksjoner i munnen, hudblødninger og benskjørhet er svært sjeldne og sannsynligvis doseavhengige. For å redusere dosen som kan gi bivirkninger er det lurt å skylle munnen (og spytt ut) etter at man har tatt medisinen. Ved bruk av inhalasjonskammer (spacer) reduseres den del av dosen som blir igjen i munnhule og svelg.

*I Norge finnes slike medisiner med virkestoffene; budesonid og flutikason.*

## Anfallsbeskyttende medisin (langtidsvirkende $\beta_2$ -agonister)



Noen barn trenger langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonister for å stabilisere symptomene. Disse medisinene har lignende effekt som "anfallsmedisinen", men virker noe lengre. Medisinen kombineres i dag som oftest med kortison (se neste avsnitt). Bivirkninger er sjeldne, men kan forekomme, spesielt ved høye doser. Skjelving, hjertebank, hodepine og muskelkrampe er de vanligst beskrevne bivirkningene.

*I Norge finnes slike medisiner med virkestoffene; formoterol, salmeterol.*

## Sykdomsforebyggende og anfallsbeskyttende medisin i én inhalator (kortison til inhalasjon/langtidsvirkende $\beta_2$ -agonist)



Man kan få medisin med både kortison og anfallsbeskyttende medisin i én og samme inhalator. Denne medisinen virker altså både på betennelsen og muskelkrampen i luftveiene. Dette gir en kombinasjon av de egenskapene medisinene har hver for seg og kan være nyttig for mange barn, både brukt regelmessig og variert etter symptomer. Bivirkninger er sjeldne og som beskrevet for Sykdomsforebyggende og Anfallsbeskyttende medisin hver for seg.

*I Norge finnes slik medisin med virkestoffene; flutikason/salmeterol, budesonid/formoterol.*

## Andre astmamedisiner

- Leukotrienantagonister er forebyggende/betennelsesdempende medisin i tablettform. Den kan brukes som tilleggsbehandling til de medikamenter som er omtalt hittil, når man ikke har tilstrekkelig kontroll over sykdommen eller ønsker å redusere bruk av annen sykdomsforebyggende medisin. Tabletten tas en gang om dagen og må tas hver dag som all annen sykdomsforebyggende medisin.
- Ipratropiumbromid brukes av og til som anfallsmedisin. Effekten inntreffer etter ca. 15 minutter; er maksimal etter ca. 1 time og kan vare opptil 6 timer.
- Kromoglykat har en sykdomsforebyggende effekt. Den må tas regelmessig og minimum to ganger i døgnet. Medisinen brukes mest til barn og ved anstrengelsesutløst astma hos ungdom.
- Teofyllin har en anfallsdempende effekt. Hvis teofyllin brukes, bør maksimaldose nøye angis av legen.
- Antihistaminer er egentlig ikke astmamedisiner, men benyttes i perioder hvis allergi er en vesentlig medvirkende faktor til barnets plager.

# Fysisk aktivitet

Barns lek og utvikling er i stor grad basert på fysisk aktivitet. For små barn er fysisk aktivitet et viktig grunnlag for utvikling av motoriske ferdigheter og for større barn er det også en vesentlig del av sosial aktivitet. Det er derfor viktig å legge forholdene til rette for at barn kan være fysisk aktive. Fysisk aktivitet skal være lystbetont og en naturlig del av barnets lek.

Det å redusere symptomer på astma i forbindelse med fysisk aktivitet er derfor viktig.

## Anstrengelsesutløst astma

Når man er fysisk aktiv er det behov for å "flytte" mer luft opp og ned i luftveiene enn ellers. Det betyr at luften kommer raskere ned i de små luftveiene. Luften er da kaldere og tørrere enn den ellers er når den kommer ned i lungene, og dette virker irriterende på følsomme luftveier. Fysisk anstrengelse, lek og idrettsaktiviteter kan utløse pustevansker hos alle som har astma. Det er viktig at en lærer seg å skille mellom vanlig andpustenhet og anstrengelsesutløst astma. Dette er ikke alltid like lett, men anstrengelsesutløst astma melder seg gjerne tidlig under start av fysisk aktivitet.

- Tid til oppvarming og intervallpreget trening vil redusere risikoen for å utløse astmatisk besvær.
- Det er viktig å ta anfallsmedisin eller annen astmamedisin som legen har anbefalt før planlagt fysisk aktivitet. I rått og kaldt vær må ofte medisindosen økes.
- Når man er forkjølet skal man være forsiktig og begrense aktivitetsutfoldelsen.

Det er viktig at forholdene legges til rette for at barn og unge med astma kan ta del i vanlig lek i barnehaven, kroppsøving på skolen og trening av ulike slag.

# Hvordan kan du selv styre behandlingen?

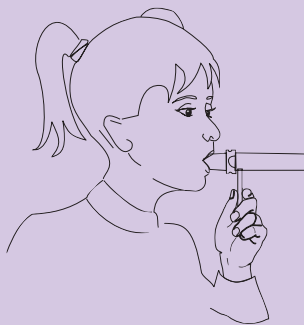
## Lær deg å bruke medisinene etter hvordan du har det

Astma er en meget variabel sykdom med store svingninger i alvorlighetsgraden. Symptomene kan variere sterkt fra en periode til en annen. Det er derfor viktig å kunne bruke medisinene etter hvordan en har det.

Skal du kunne styre behandlingen selv, er du avhengig av en behandlingsplan. Be om å få satt opp en plan som gjelder bare for deg/barnet ditt når du er hos legen din. For at legen skal kunne sette opp en plan som passer best for deg, er det viktig at han/hun kjenner deg og sykdommen din. Det blir derfor veldig viktig å ha en fast lege.

## Noen enkle spørsmål kan kanskje hjelpe deg (og legen din) til å finne ut hvordan barnet har det

- Bli barnet tung i pusten (mer sliten enn jevnaldrende) i daglige aktiviteter?
- Bruker barnet anfallsmedisin mer enn et par ganger i uken?
- Våkner barnet om natten av hoste eller puste-problemer?
- Har barnet vært på legevakten eller hos annen lege på grunn av astma de siste månedene?



## Forverring av astma kjennetegnes ved

- Øket behov for anfallsmedisin
- Oppvåkning om natten
- Tiltagende hoste/piping/surkling
- Pustevansker, spesielt ved anstrengelse
- Varierende og redusert PEF

## Måling av lungefunksjonen

Når barna blir større, kan man måle hastigheten på luftstrømmen inn og ut av lungene. Gjennom trange luftveier går luften saktere. Mange legekontor har utstyr til å måle lungefunksjonen, men den største nytten har en kanskje av å kunne registrere dette selv hjemme i perioder.

Å måle PEF (Peak Expiratory Flow = "maksimal utpust hastighet"), vil si å måle den maksimale luftstrømhastigheten ved en kraftig utpusting. Hvis man er tett, vil denne hastigheten reduseres, og store variasjoner ved flere målinger kan tyde på at astmaen er i en ustabil fase. Det er normalt at det er litt høyere verdier om kvelden enn om morgenen.

Regelmessig blåsing morgen og kveld og også før og etter anfallsmedisin, kan gi bedre forståelse, og derved mulighet for bedre mestring av astmaen.

Måling av PEF bør gjøres systematisk, og resultatene bør drøftes med legen ved kontroll.



# Spesielle behandlingssituasjoner

## *Besøk hos venner som har dyr*

For barn som har allergi mot dyr, kan dette være et stort problem. Av og til kan man forebygge utvikling av astmasymptomer ved å bruke anfallsmedisin eller kromoglykat. Det kan også være aktuelt å ta antihistamin (allergimedisin) før besøket. Dette kan være til hjelp for noen, men ofte må barn med allergi holde seg helt unna familier som har dyr.

## *Pollensesongen*

Er man allergisk overfor pollen, kan det være nødvendig å endre (øke) bruken av medisin. Noen har andre symptomer i pollensesongen og trenger andre medisiner. Dette bør du planlegge sammen med fastlegen din.

## *Forkjølelse*

De fleste barn med astma har opplevd at forkjølelse kan utløse langvarige og ofte kraftige astmaanfall. Det begynner gjerne med neseforkjølelse eller sår hals. Etter 2-3 dager kommer irritasjonshosten, og så begynner en å våkne om natten av hoste og tetthet. En blir mer tett (og trett) om morgenen og orker mindre fysisk anstrengelse. Infeksjonen bryter ned terskelen (se side 11) og utløser astmaplager.

## *Hva skal du gjøre når barnet blir forkjølet?*

I samråd med lege bør dosen sykdomsforebyggende medisin økes. Dette kan ofte være tilstrekkelig til at forkjølelsen ikke angriper luftveiene på en slik måte at det gir alvorlige astmaanfall.

Hvordan du skal øke medisinene, er noe du bør drøfte med barnes fastlege, slik at dette kan gjøres uten legebesøk hver gang.

# Når skal lege kontaktes?

Formålet med all astmabehandling er at barnet skal være mest mulig symptomfri. Hvis dette ikke oppnås bør barnets tilstand diskuteres med barnets fastlege. Kanskje skal sykdomsforebyggende medisin økes/ startes opp?

På tross av sykdomsforebyggende medisin, god inhalasjonsbehandling og fast legeoppfølging kan selvsagt barnet bli tett.

Lege bør kontaktes når anfallsmedisinen varer kortere enn vanlig og det blir behov for anfallsmedisin gjentatte ganger i løpet av døgnet. Nøl ikke med å kontakte lege dersom du er i tvil om barnets tilstand.

## Trygderettigheter ved astma

Folketrygden gir rett til stønad (*grunnstønad og/eller bidrag til spesielle formål*) hvis man på grunn av varig sykdom (over 2 - 3 år) har store utgifter på grunn av sykdommen.

*Hjelpestønad* kan barnet ha rett til hvis det på grunn av varig sykdom har behov for mer tilsyn og pleie enn jevnaldrene.

Utvidet rett til *fri med sykt barn* kan gis til foreldre med kronisk sykt eller funksjonshemmet barn.

*Tekniske hjelpemidler* (Inhalasjonsapparat, Jonasmaske o.a.) vil det kunne gis stønad til hvis det er med på å bedre den sykes evne til å klare dagliglivets situasjoner. De fleste hjelpemidler gis som utlån fra hjelpemiddelsentraler.

Dersom du tror at du eller barnet ditt har krav på stønader etter Folketrygden bør du ta opp dette med eget trygdekontor og barnets fastlege.



*Nøl ikke med å kontakte lege dersom du er i tvil!*



GlaxoSmithKline

**GlaxoSmithKline AS** Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo  
Telefon: 22 70 20 00 - Telefaks: 22 70 20 04  
[www.gsk.no](http://www.gsk.no)