

Danske børns sundhed og sygelighed

Anette Johansen
Louise Norman Jespersen
Michael Davidsen
Susan Ishøy Michelsen
Camilla Schmidt Morgen
Karin Helweg-Larsen
Anne-Marie Nybo Andersen
Laust Mortensen
Mette Juhl
Pernille Due



Danske børns sundhed og sygelighed

Anette Johansen
Louise Norman Jespersen
Michael Davidsen
Susan Ishøy Michelsen
Camilla Schmidt Morgen
Karin Helweg-Larsen
Anne-Marie Nybo Andersen
Laust Mortensen
Mette Juhl
Pernille Due

Danske børns sundhed og sygelighed

Anette Johansen, Louise Norman Jespersen, Michael Davidsen,
Susan Ishøy Michelsen, Camilla Schmidt Morgen, Karin Helweg-Larsen,
Anne-Marie Nybo Andersen, Laust Mortensen, Mette Juhl, Pernille Due

Copyright © Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København, februar 2009.

Gengivelse af uddrag, herunder tabeller, figurer og citater er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes sendt til Statens Institut for Folkesundhed.

Omslag: Work of Heart

Forsidefoto: Colourbox

Lay-out: Kirsten Zachariassen, SIF

Tryk: Schultz Grafisk
Oplag: 500

ISBN: 978-87-7899-140-9
Elektronisk ISBN: 978-87-7899-141-6

Rapporten kan købes ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5 A, 2.
1399 København K

Telefon: +45 3920 7777
Fax: +45 3920 8010

E-mail: sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk

Forord

Denne rapport indeholder de væsentligste resultater fra Børne-sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Børne-SUSY 2005). Undersøgelsen er en udløber af Sundhed og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005) foretaget blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning over 16 år. I SUSY-undersøgelsen er de voksne deltagere blevet interviewet om deres børns helbred, trivsel og sundhedsvaner. Det er hovedresultaterne fra disse interviews, som nu er samlet i denne rapport.

Rapporten indeholder en beskrivelse af forekomsten og fordelingen af sundhed og sygdom blandt 0 til 15-årige danske børn, og sammenligner hvor det er relevant og muligt med resultater fra de to tidligere Børne-SUSY undersøgelser foretaget på lignende vis i 1994 og 2000. Det er tanken, at bogen skal kunne bruges dels som opslagsbog for interesserede med behov for viden om et eller flere af de 13 områder bogens kapitler omhandler, dels til at give et samlet overblik over sundhed og helbred blandt 0-15-årige børn i Danmark. Undersøgelsens data skal desuden danne grundlag for mere dybdegående analyser af sammenhængen mellem forældre og børns levevilkår, og børnenes sundhed og helbred.

Børne-SUSY rapporten er udarbejdet af nuværende og tidligere ansatte forskere ved Forskningsprogrammet for Børns Sundhed ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Anette Johansen har været hovedkraften bag rapporten. Hun har skrevet den overvejende del af kapitlerne og har stået for sammenskrivningen af rapporten. Michael Davidsen har stået for beregningerne, som indgår. Kirsten Zachariassen, Margit Christiansen og Ditte Trier-Poulsen har stået for

opsætning, tilretning og korrrekturlæsning af rapporten. Louise Norman Jespersen har stået for kodning af data, opsætningen af tabeller og figurer og har desuden skrevet kapitlet om langvarig sygdom. Desuden har Anne Marie Nybo Andersen, Michael Davidsen, Louise Norman Jespersen, Mette Juhl, Karin Helweg-Larsen, Susan I. Michelsen, Camilla Schmidt Morgen, Laust Mortensen, Mette Grundstad Mikkelsen og Pernille Due bidraget med skrivning og/eller redigering af kapitler, som indgår i rapporten. En række kolleger med klinisk indsigt i børns sygdoms- og helbredsmønster Anette Grauegaard, Ruth Ertman og Kirsten Lykke, har kritisk gennemlæst og kommenteret en tidligere version af de kapitler i rapporten, som vedrører børns helbred. Anne Marie Nybo Andersen havde det overordnede ansvar for udformningen af de spørgsmål, som indgår i undersøgelsen og Pernille Due har det overordnede ansvar for udarbejdelsen af rapporten.

Arbejdet har været finansieret af Helsefonden (j.nr. 2006Bo68), Indenrigs- og Sundhedsministeriet (sags.nr. 2005-14039-16) og Statens Institut for Folkesundhed.

Endelig en stor tak til alle de forældre, som har taget tiden til at bidrage med detaljerede oplysninger om deres børn i forbindelse med undersøgelsen.

København 25. februar 2009

Finn Kamper-Jørgensen
Direktør

Pernille Due
Forskningsleder

Indhold

Resumé med kommentarer.....	5
1 Indledning	9
2 Materiale og metode.....	11
3 Sygdomsepisoder	21
4 Akut Sygelighed	29
5 Symptomer	43
6 Langvarig sygdom	63
7 Allergiske lidelser.....	75
8 Overvægt	87
9 Handicap	95
10 Medfødte misdannelser	107
11 Medicinbrug.....	115
12 Fysisk aktivitet	125
13 Måltidsmønsteret i familien	137
14 Amning	143
15 Passiv rygning.....	155
16 Familiens betydning for børns sundhed	163

Resume med kommentarer

Anette Johansen og Pernille Due

Denne rapport indeholder de væsentligste resultater fra Børne-sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Børne-SUSY 2005). Undersøgelsen er en udløber af Sundhed- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005) foretaget blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning over 16 år. I undersøgelsen er de voksne deltagere blevet interviewet om deres børns helbred, trivsel og sundhedsvaner. Det er hovedresultaterne fra disse interviews, som nu er samlet i denne rapport. Børne-SUSY 2005 indeholder oplysninger om 6.962 børn i alderen 0-15 år.

De danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser er et unikt materiale, når det gælder muligheden for at give et overblik over forekomst og fordeling af den del af danskernes sundheds- og helbredstilstand, som det ikke er muligt at få viden om fra registre, f.eks. symptomer, akutte infektionssygdomme og trivsel. Netop denne form for sygelighed er særlig relevant blandt børn, hvor kroniske sygdomme udgør en langt mindre del af sygdomsmønstret end tilfældet er blandt voksne.

Hovedresultaterne

Når det gælder børns helbred, sygelighed og medicinforbrug viser resultaterne fra Børne-SUSY 2005 at:

- De fleste danske børn er raske det meste af tiden og har få sygdomsepisoder. De yngste børn og børn fra mere økonomisk belastede familier har flere sygdomsepisoder. Hvert femte barn under 16 år har været sygt indenfor de seneste 14 dage, flest blandt de yngste børn, hvor hvert tredje 1-2-årige barn har været sygt. Infektioner er årsag til sygdommen hos 6 ud af 10 syge børn i alle aldre og mave-tarm sygdomme er den næsthøypigste årsag til akut sygelighed.
- 14 pct. af alle børnene i undersøgelsen har været hjemme fra skole eller daginstitution pga. akut sygdom inden for de seneste 14 dage.
- 43 pct af børnene har haft mindst ét symptom indenfor de seneste 14 dage. Forkølelses-symptomer, mavesmerter og hovedpine er de oftest forekommende symptomer.
- 11 pct. af børnene i undersøgelsen har en eller flere langvarige sygdomme. Andelen af børn med langvarig sygdom er faldet fra 16% i 2000 til 11% pct. i 2005, faldet skyldes især et fald i antallet af børn med astma, allergi, mellemøreproblemer og eksem.
- Mere end hvert femte barn har haft en eller anden form for overfølsomhedssygdom, inden for det seneste år. Børneeksem/astma-eksem, allergisk snue og øjenkløe er hyppigst, men der er også 6% af børnene der har haft astma eller astmatisk bronkitis indenfor det seneste år.
- Forekomsten af astma og astmatisk bronkitis blandt børn steg fra 1994 til 2000 og er faldet igen frem til 2005.
- Ud fra tegninger af børnenes kropsform, vurderede forældrene, at 14 pct. af børnene var overvægtige.
- 4,3 pct. af 1-15-årige børn har et eller flere handicap. Tale- og synshandicap er de hyppigste former for handicap.
- Ifølge forældrene har 4,5 pct. af børnene en eller flere misdannelser. Drengene har større risiko for misdannelser end piger, men der er ingen sociale forskelle. En fjerdedel af børn med misdannelser er hæmmet af misdannelsen i sine daglige gøremål.
- Ifølge forældrene, har næsten en fjerdedel af børnene inden for de seneste 14 dage taget recept- eller håndkøbsmedicin og hvert femte barn har taget naturmedicin i løbet af deres liv.

På trods af, at danske børn generelt må betragtes som raske, finder vi altså forholdsvis mange børn med akutte sygdomme og symptomer, som er alvorlige nok til at børnene må blive hjemme fra daginstitution og skole. Udover den betydning sygdommen og fraværet kan have for barnets trivsel, sociale integration og indlæring, betyder det også som oftest at forældrene bliver nødt til at blive hjemme fra arbejde eller på anden måde, må skaffe ressourcer til pasning i hjemmet. Da forældrene indenfor en 14-dages-periode oplever, at hvert 7. barn må blive hjemme fra skole mindst en dag og hvert fjerde barn får medicin, bør det kunne betale sig for samfundet at søge at nedbringe denne sygelighed.

Det har ligget udenfor denne rapports muligheder yderligere at analysere resultaterne fra denne undersøgelse med henblik på nærmere at afklare, hvilke faktorer, som har størst betydning for de mange sygedage og det høje medicinforbrug, danske børn har. Den positive ændring på helbredsområdet er, at forældrene oplever, at i 2005 har færre børn langvarige sygdomme end tidligere.

Der lever mere end 1 million børn under 16 år i Danmark, så når vi finder at mere end 4 pct. af danske børn er handicappede, betyder det at mere end 40.000 danske børn lever med en væsentlig funktionsnedsættelse. Af rapporten fremgår, at handicappede børn har flere sygdomsperioder eller skranter og oftere lever i familier med ringere økonomiske muligheder. Der er meget lidt viden om, hvordan børnenes handicap påvirker deres dagligdag, og hvilke muligheder og begrænsninger handicappede børn oplever i hverdagen. Yderligere forskning indenfor dette område er derfor tiltrængt.

Der er også over 40.000 danske børn med misdannelser, hvoraf de fleste har misdannelser i hjerte eller kredsløb, i urinveje eller ekstremiteter. Der er stor forskel på, hvor meget børnenes misdannelser påvirker deres funktionsniveau og særligt børn med kromosomfejl og misdannelser i hjerne, rygmarv og nerver er funktionshæmmet i dagligdagen. Børne-SUSY 2005 rapporten giver på dette område unik ny information.

Blandt de større børn, inddrog undersøgelsen også spørgsmål om børnenes sundhedsadfærd. Her fandt vi at:

- 78 pct. af børnene dyrker sport uden for skoletiden minimum to timer om ugen, og 65 pct. af børnene transporterer sig selv til skole minimum fire gange om ugen.
- 90 pct. af børnene over fem år spiser hver dag morgenmad derhjemme på hverdage, men blandt de store skolepiger spiser hver femte ikke morgenmad derhjemme.
- 95 pct. af de 6-15-årige børn spiser hovedsageligt aftensmad sammen med resten af familien.
- 29 pct. af de et til femårige børn i undersøgelsen, havde udelukkende fået brystmælk ind til 6-måneders-alderen. 18 pct. var blevet ammet helt eller delvis frem til 12-måneders-alderen.
- 18 pct. af børnene udsættes for passiv rygning i hjemmet, og der er store sociale forskelle.

Vi finder også i denne undersøgelse, at større børn og især piger dyrker mindre fysisk aktivitet samt at der er social skævhed i aktivitetsniveauet. Børne-SUSY 2005 viser derudover, at børn fra familier med mange børn dyrker mindre fysisk aktivitet, hvilket kunne tyde på at det generelt og ikke kun i de socialt svageste familier, er et økonomisk spørgsmål, om børn får lov til og mulighed for at dyrke idræt og motion i fritiden. Forebyggende indsatser overfor de største kroniske sygdomme i voksenbefolkningen indeholder motion, som en vigtig faktor – både motion i voksen- og barnealderen. Det bør derfor sikres, at børn får bedre adgang til sjove, udfordrende muligheder for at være fysisk aktive uden at det kræver de store økonomiske investeringer til grej og kontingent, som det ofte er tilfældet.

Når det gælder børns madvaner, er der stadig et sundt mønster med fælles aftenmåltid i de fleste familier. Til gengæld er det bekymrende, at i gennemsnit hver 10. barn i alderen 6-16 år ikke dagligt får morgenmad derhjemme, og især at hver femte af de store skolepiger ikke spiser morgenmad derhjemme. En forebyggende indsats på dette område ville være relevant.

Når det gælder en anden væsentlig del af børns kost, nemlig kosten i det første leveår, er der også brug for forbedringer. På trods af, at Børne-SUSY 2005 undersøgelsen viser, at under 5 pct. af de danske børn slet ikke ammes, er det stadig relativt få som lever op til anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen om 6 måneders fuld amning, og delvis amning til 1-års-alderen.

Passiv rygning var fortsat et stort problem for danske børn i 2005, og særligt den sociale gradient i passiv rygning, er bekymrende. Mens 9 pct. af børn af forældre der er uddannet i mere end 15 år udsættes for passiv rygning, gælder det hele 44 pct. af børn af forældre med mindre end 10 års uddannelse. Vi kan håbe på, at de seneste lovmæssige tiltag om røgfri miljøer har en afsmittende effekt og på længere sigt fører til en nedgang i børns udsættelse for passiv rygning i deres hjem. Men området bør følges grundigt med henblik på en øget indsats, særligt overfor børn af forældre uden videregående uddannelse. På dette område skal der andre indsatser til end oplysning f.eks. motiverende samtaler med disse forældre i almen praksis regi.

Social ulighed

Tallene i denne rapport bekræfter billedet af social ulighed, når det gælder mange typer af helbredsbelastninger blandt danske børn. Børn af forældre med ringere socioøkonomisk placering eller med kortere uddannelse har flere sygdomsepisoder, flere symptomer, anvender oftere medicin og er oftere handicappede end børn af mere velstillede forældre. Også når det gælder akut sygelighed og forældrenes opfattelse af, at barnet har en langvarig sygdom er der social skævhed, men mønsteret er her ikke helt så klart. Der er dog også helbredsområder, hvor vi ikke finder social skævhed. Det gælder særligt for astma og for misdannelser. Begge disse betydende grupper af helbredsproblemer forekommer lige hyppigt blandt børn fra mere og mindre velstillet baggrund.

Når det gælder børns sundhedsadfærd, finder vi også flere steder sociale forskelle, som viser at børn fra svagere social baggrund er i

øget risiko for at være udsat for eller selv at have usund adfærd. Vores undersøgelse bekræfter, at det gælder for børns fysiske aktivitet, hvor vi finder at børn fra økonomisk svage familier har forøget risiko for ikke at dyrke idræt udenfor skoletiden og for ikke at være fysisk aktive sammen med deres forældre. Når det gælder amning og morgenmåltidsvaner ser vi også sociale forskelle, hvorimod alle børn uanset social baggrund meget ofte spiser aftensmad med forældrene i hjemmet. Et særligt væsentligt område med stor social ulighed er børns udsættelse for rygning i hjemmet. Her ses meget store sociale skel og meget stor risiko for børn af socialt udsatte forældre. En særlig indsats er påkrævet på dette område.

Undersøgelsens metode

Børne-SUSY 2005 baserer sig på en undersøgelse af voksne, og data er derfor repræsentative for den voksne befolkning, men ikke fuldt repræsentative for den danske børnebefolkning. For at kompensere for dette, er den forekomst af de forskellige mål for sundhed og sygelighed, som ses i tabellerne justeret således, at de svarer til sammensætningen i den danske børnebefolkning.

I SUSY-undersøgelsen er der en svarpct. blandt de voksne respondenter på 67 pct., og det er således en tredjedel af de inviterede, som ikke har deltaget i undersøgelsen. En analyse af dette bortfald har vist, at de personer der ikke indgår i studiepopulationen, generelt er socialt og helbreds mæssigt svagere end de personer der har svaret på spørgeskemaet. Det ses blandt andet, at disse ekskluderede voksne er mere syge, ryger mere og har et højere BMI (Davidsen, 2008).

Det er altid problematisk, når man beder folk svare på spørgsmål som vedrører andre personers vaner eller helbred. Når det gælder mindre børns helbred er det trods alt den mulighed der er, hvis man ønsker at beskrive børns almene sundhed og sygelighed, mens det er mere hensigtsmæssigt at spørge større børn selv. Når man spørger forældrene om deres børns symptomer og helbred, er der en risiko for informationsbias, dvs. at forældrene

ikke rapporterer børnene sande sygelighed, symptomer mv. Dette kan der være flere årsager til. For det første kan det være at forældrene ikke kender deres børns sande sygelighed og symptomer. For det andet kan det være sværere for forældrene at huske faktorer, der vedrører deres børns helbred end dem som vedrører dem selv mere direkte. Desuden kan forældrene give urigtige oplysninger, enten fordi barnet er for lille til at give udtryk for at det har ondt, at barnet har klaget over smerter et andet sted end i hjemmet eller at barnet er så gammelt, at det f.eks. ikke fortæller forældrene at det har haft ondt eller taget medicin. Et studie af Holstein m.fl. viser fx, at omkring 20 pct. af de adspurgte børn i alderen 11-13 år havde tilladelse til at tage medicin i hjemmet uden at spørge om lov (Holstein mfl., 2008). En fjerde årsag til at der gives ukorrekte oplysninger, kan være, at forældrene ikke selv ønsker at oplyse barnets sande sygelighed eller adfærd.

Der er studier, som tyder på, at i hvert fald når det gælder større børn, er der generelt god overensstemmelse mellem forældres og deres børns rapportering af smerter (Andersen mfl., 2007) Studiet viste dog større forskel på forældre og børns rapportering, blandt børn fra lavere socioøkonomisk placerede familier.

Fremtidige udfordringer

Børne-SUSY undersøgelsen peger på flere områder, som kræver en indsats. Den høje forekomst af akutte sygdomme blandt børn og det deraf følgende store fravær fra skole, institutioner og formodentligt for forældrene fra arbejdspladser skyldes i høj grad infektioner. Der bør derfor mere målrettet gøres en indsats for at nedbringe antallet af infektioner blandt børn. Et af de områder, der tidligere er peget på, er den manglende hygiejne i børnenes daglige omgivelser, skoler som institutioner. Undersøgelser viser, at en målrettet indsats for at forbedre hygiejnen er mulig og at en sådan effektivt nedsætter antallet af infektioner.

Der er meget lidt viden om, hvordan langvarigt syge børn, handicappede børn og børn

født med misdannelser har det. Opsamling af viden og egentlig forskning på det område er tiltrængt. Ligesom det er væsentligt, nøjere at undersøge, hvordan familierne omkring disse børn klarer hverdagens udfordringer, og hvorvidt de støtteforanstaltninger, der er i institutioner og for familierne er relevante og tilstrækkelige til at give dem mulighed for at bidrage til at skabe de bedst mulige daglige rammer for børnenes helbredsudvikling, sundhed og trivsel.

Det er desuden nødvendigt med en indsats, som mere målrettet løfter initiativer med stor effekt på sundhed og helbred i de laveste socialgrupper, hvor der stadig på de fleste helbreds og sundhedsparametre er stor social ulighed at finde igennem hele børnealderen. Strukturelle indsatser er vigtige i den sammenhæng. Desuden bør indsatser som støtter familierne i at foretage det sunde valg for deres børn, være en naturlig del af alle møder mellem professionelle og socialt svage familier.

Referencer

Andersen A., Krølner R., Holstein B.E., Due P., & Hansen E.H. (2007). Medicine use among 11- and 13-year-olds: agreement between parent's reports and children's self-reports. *Annals of Pharmacotherapy*. 41 (4):581-6.

Davidson M. (2007). *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 – stikprøvekonstruktion, opnåelse, vægtning samt bortfald og konsekvenser*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. www.si-folkesundhed.dk (14.11.2008).

Holstein B.E., Hansen E.H., Andersen A. & Due P. (2008). Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(2):186-92.

1

Indledning

Anette Johansen & Pernille Due

Børnedødeligheden i Danmark er i et internationalt perspektiv lav, og børn har ikke tidligere haft så god sundhedstilstand som nu. Mulighederne for at behandle og afhjælpe konsekvenser af alvorlig sygdom i barnealderen er så gode som aldrig før. Men børns hverdagsliv stiller store krav til deres fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, og sygelighed kan alvorligt belaste deres livskvalitet og udvikling. Børnefamilier påvirkes af børnenes akutte og kroniske sygdomme. Omsorgen for syge børn kan være en meget stor udfordring for familien og vil ofte påvirke erhvervsaktive forældres mulighed for at passe deres job. Familier med kronisk syge børn belastes både økonomisk, psykisk og socialt.

Alvorlig sygdom i barndommen har desuden konsekvenser for børnenes umiddelbare livskvalitet, og kan påvirke både helbred og livskvalitet langt ind i voksenlivet.

Børns helbredsproblemer adskiller sig fra voksnes. Slidgigt og andre nedslidningssygdomme og forkalkningsbetingede hjerte- og karsygdomme, som er hyppige blandt ældre voksne. Leddegigt, medfødte hjerte- og karlidelser, insulinafhængig sukkersyge og gentagne infektionssygdomme optræder derimod i barnealderen.

De alvorlige sygdomme i barnealderen kan beskrives ud fra oplysninger om sygehuskontakter blandt børn, mens Børne-SUSY 2005 kan give et indblik i børns almene sundhed og helbredsproblemer ud fra forældrenes oplysninger om deres børns akutte og kroniske sygdomme, trivsel og udvikling.

1.1 Baggrund

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SIF) udfører med jævne mellemrum nationalt repræsentative interviewundersøgelser af befolkningens sundhed og sygelighed (SUSY-undersøgelser) til brug for statslig, regional og kommunal planlægning og sundhedsovervågning samt til brug for forskning om risikofaktorer for helbredsproblemer. I undersøgelserne indsamles data om sundhed og sygelighed og forhold af betydning herfor, som ikke er tilgængelige i de registre, der ellers giver information om institutionsbehandlet sygelighed, dødelighed, sociale begivenheder m.m.

SUSY-undersøgelser er gennemført blandt den voksne befolkning i 1987, 1994, 2000 og 2005. I undersøgelserne i 1994, 2000 og 2005 indgik der spørgsmål om interviewpersonernes hjemmeboende børns sundhed og sygelighed, den såkaldte børnedel, eller Børne-SUSY.

1.2 Formål

Det overordnede formål børne-SUSY-undersøgelserne (Børne-SUSY) er:

- At beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed blandt børn i Danmark.
- At beskrive udviklingen i danske børns sundhed og sygelighed over tid.
- At skabe nationalt reference- og kontrolmateriale for andre undersøgelser.
- At give indblik i sammenhængen mellem forældre og børns sundhed og sygelighed.

En nærmere beskrivelse af den teoretiske baggrund for den samlede SUSY-undersøgelse findes i rapporten "Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987" (kapitel 1).

1.3 Rapportens opbygning

I et indledende kort resume opridses de væsentligste resultater. I kapitel 2 beskrives de metoder, der er anvendt. Børns akutte og kroniske sygdomme og lidelser er beskrevet i kapitel 3- 10 og børns medicinbrug og sundhedsadfærd i kapitlerne 11-15. Resultaterne præsenteres i hvert kapitel i en tabel, der viser de enkelte resultater relateret til barnets køn, alder og familiære baggrund. Familiens betydning for børns sygelighed og adfærd gennemgås i kapitel 16.

2

Materiale og metode

Michael Davidsen, Louise Norman Jespersen & Anette Johansen

2.1 Indledning

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SIF) har i 1987, 1994, 2000 og 2005 gennemført interview-undersøgelser (SUSY-undersøgelser) blandt et nationalt repræsentativt udsnit af befolkningen i Danmark. Herudover er der gennemført specifikke undersøgelser i 1991 og 2003, der fokuserede på henholdsvis muskel- og skeletsygdomme og udvalgte sygdommes belastningsgrad. I undersøgelserne indsamles hovedsageligt data, som ikke er tilgængelige i nationale registre og informationssystemer.

I undersøgelserne i 1994, 2000 og 2005 er der indsamlet oplysninger om sundhed og sygelighed for interviewpersonernes hjemmeboende børn, den såkaldte børnedel, Børne-SUSY.

2.2 Stikprøve

Stikprøven til SUSY-2005 er konstrueret med henblik på at være både nationalt og regionalt repræsentativ for voksne danske statsborgere fra 16 år og derover. Stikprøven er sammensat af en geninterview stikprøve med udgangspunkt i de personer, der blev inviteret til SUSY-undersøgelsen i 1994, og en regionalt supplerende stikprøve. I begge delstikprøver er personer valgt tilfældigt og altså uanset køn, alder og uddannelse.

SUSY-undersøgelserne blev indtil 2000 gennemført som nye stikprøver fra gang til gang, men i 2000 blev det indført, at en del af deltagerne skulle være gengangere, så der blev mulighed for at følge udviklingen over tid for de samme personer. Udvælgelsen foregik ved, at de personer fra SUSY-1994, som sta-

dig var i live i 2000, blev inviteret til at deltage i SUSY-2000. På samme måde blev de personer fra SUSY-2000, som var i live i 2005, inviteret til SUSY-2005. Derudover blev der både i 2000 og 2005 suppleret med et antal unge i alderen 16 til 21 år for at bevare en aldersmæssigt repræsentativ fordeling i stikprøven.

Den regionalt supplerende stikprøve blev konstrueret mhp. at sikre sig mindst 3000 gennemførte interviews i hver af de fem regioner. Den supplerer således geninterviewstikprøven.

Personer, der har frabedt sig henvendelse fra forskere, er ikke blevet inviteret (for detaljer henvises til Ekholm mfl. 2006).

Oplysninger om evt. børns helbred er givet af de personer i den samlede stikprøve, der var forældre.

Rapportens brug af termen 'forældre'

Hver respondent (alder 16 og derover) blev spurgt om, hvor mange hjemmeboende børn på 15 år eller derunder, de havde, medregnet både deres egne og deres ægtefælles/ samlevers hjemmeboende børn. Den voksne, der har givet oplysninger om barnets sundhed, vil derfor i nogle tilfælde ikke være barnets biologiske far eller mor, men i stedet dennes samlever. Termen 'forældre' omfatter i denne rapport derfor både biologiske forældre, disses samlever samt adoptivforældre.

2.3 Dataindsamling og spørgeskemaer

Som ved tidligere SUSY-undersøgelser er dataindsamlingen baseret på besøgsinterview. Alle udtrukne personer modtog en invitation til at få et personligt interview i deres hjem. Efter endt interview udleverede interviewer en selvadministreret spørgeskema til respondenter. Spørgeskemaet til både det personlige interview og den selvadministrerede del foreligger i en trykt udgave som kan rekvireres hos SIF eller downloades fra SIF's hjemmeside (www.si-folkesundhed.dk).

Alle spørgsmål om børns sundhed og sygelighed er indhentet på baggrund af det personlige interview.

Alle forældre med mindst et eller flere hjemmeboende børn i alderen 15 år eller yngre blev spurgt om hvert barns sundhed og sygelighed. Hvis en familie havde flere end fire børn, blev der kun spurgt til de fire ældste, under 16 år.

Data er indsamlet fortløbende fra maj 2005 til februar 2006, og indsamlingen er gennemført af SFI SURVEY's interviewerkorps. Alle respondenternes oplysninger er blevet registreret af en interviewer direkte på en bærbar pc. For at højne svarprocenten blev det i januar 2006 besluttet, at der endvidere skulle gennemføres interview pr. telefon med udvalgte personer (for nærmere beskrivelse se notatet: "Design af SUSY-2005 undersøgelsen" af Davidsen M.)

2.4 Opnåelse

I alt er 21.832 voksne danskere (danske statsborgere på 16 år og derover) udvalgt til SUSY-2005. Blandt disse blev der opnået helt eller delvist interview med 14.566 personer, svarende til en samlet svarprocent på 66,7. I alt 3.965 forældre oplyste, at de havde hjemmeboende børn i alderen 0-15 år, og blandt disse forældre er der givet oplysninger om sammenlagt 6.962 børn.

2.5 Bortfald blandt alle interviewede i SUSY-2005

For nærmere at belyse hvilke demografiske faktorer, der har betydning for bortfaldet, er der gennemført en analyse, hvor betydningen af køn, alder, civilstand og region er vurderet under hensyntagen til de øvrige. Analysen bekræfter, at bortfaldet er afhængigt af demografiske faktorer. Selvom bortfaldet er stort set ens for mænd og kvinder, tyder analysen på et samspil mellem køn, alder og civilstand. Fx ses det både blandt mænd og kvinder, at gifte har det laveste bortfald, enker/enkemænd det næstlaveste, fraskilte det næsthøjeste og ugifte det højeste (for nærmere beskrivelse se notat "Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 – stikprøvekonstruktion, opnåelse, vægtning samt bortfald og konsekvenser" af Davidsen M.).

2.6 Vægtning

Som beskrevet ovenfor er oplysningerne om børns helbred i SUSY-2005 givet af forældre, således at børnene er valgt i kraft af, at deres forældre har gennemført et interview. Derfor er sammensætningen af den population af børn, der er indsamlet oplysninger om, forskellig fra den generelle danske børnepopulation i år 2005 på følgende områder:

- Enlige forsørgere: Da børn i familier med to forældre har dobbelt så stor chance for at blive udtrukket som børn i familier med kun én, vil der være for få børn med en enlig forsørger.
- Regional fordeling: Som beskrevet i Ekholm mfl. 2006 inducerer det valgte design en regional skævhed i stikprøven, idet små regioner er overrepræsenterede og store er underrepræsenterede.
- Antal børn i familien: Der er indhentet oplysninger om de fire ældste børn i familierne men ikke om eventuelle flere børn.

Fra Danmarks Statistiks Børnedatabase blev der indhentet oplysninger om alle børn i Danmark år 2005 (n=1,083 mill.) fordelt på

forældres samlivsstatus, region og antal børn i familien. Det viste sig, at kun hos 1,4 pct. af børnene i Danmark er der mere end fire børn i familien, hvorfor der ikke er taget hensyn til dette i vægtningen (Ekholm mfl., 2006).

For at rette op på den designmæssige skævhed er der foretaget en vægtning. Vægtningen sikrer, at fordelingen indenfor region- og samlivsgrupper (om forsørgeren er enlig eller ej) blandt børn i SUSY-2005 er den samme, som blandt 0-15-årige børn i Danmark generelt.

2.7 Læsevejledning og opslagstabeller

Læsevejledning

Rapporten kan bruges dels som opslagsbog vedr. bestemte typer af sygdomme blandt børn, og dels kan den læses i sammenhæng og give læseren et overblik over danske børns sundhed og sygelighed generelt.

Rapporten er opbygget således, at hvert kapitel indledes med en introduktion, hvor central viden på området er beskrevet. Dernæst følger en eller flere opslagstabeller, der viser forekomst og fordeling af de enkelte indikato-

rer (fx sygdomme, sundheds- og risikofærd) i forhold til sociodemografiske baggrundsvariable. Hver opslagstabel præsenteres på venstresiden, mens de tilhørende tekstkommentarer vises på højresiden (se efterfølgende detaljeret gennemgang af en opslagstabel). Hvor det er muligt, vil udviklingstendenser i forhold til 1994 og 2000 herefter blive belyst. Kapitlerne afsluttes med en opsamling, hvor resultaterne diskuteres i forhold til andre undersøgelser, og resultaternes folkesundhedsmæssige konsekvenser og udfordringer kort behandles.

Opslagstabeller

For hver indikator vises og analyseres forekomst og fordeling i forhold til følgende udvalgte baggrundsvariable: barnets køn, barnets alder, den interviewede forælders samlivsstatus, antal børn under 16 år i husstanden, den interviewede forælders uddannelsesniveau, den interviewede forælders socioøkonomiske gruppe, husstandsindkomst, boligtype og region.

Alle opslagstabellerne er bygget op på samme måde. I den efterfølgende forklaring af, hvordan tabellen er bygget op, er opslagstabellen for forekomsten af sygdom inden for de seneste 14 dage brugt som eksempel (se tabel 2.1).

Tabel 2.1 Forekomst af sygdom blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		22,2				6.962	
Køn	Dreng	22,8	1,05		(0,96 - 1,14)	3.536	
	Pige	21,7	1		(Reference)	3412	
Alder	Dreng	0 år	26,4	1,19		(0,68 - 1,86)	203
		1-2 år	40,2	1,81	+	(1,30 - 1,93)	417
		3-5 år	20,3	0,92		(0,66 - 1,54)	620
		6-8 år	18,7	0,84		(0,66 - 1,21)	696
		9-12 år	17,4	0,78		(0,66 - 1,12)	958
		13-15 år	22,2	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	21,7	0,98		(0,66 - 1,73)	208
		1-2 år	33,6	1,52	+	(1,10 - 1,93)	379
		3-5 år	22,3	1,01		(0,69 - 1,64)	628
		6-8 år	19,3	0,87		(0,66 - 1,35)	643
		9-12 år	16,6	0,75		(0,66 - 1,04)	939
		13-15 år	22,1	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	21,7	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	21,4	0,99		(0,89 - 1,24)	1.243	
	Enlig	25,3	1,17		(0,89 - 1,32)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	24,7	1		(Reference)	1.626	
	To	22,1	0,89		(0,74 - 1,00)	3.537	
	Tre	21,2	0,86		(0,68 - 1,00)	1.433	
	Fire eller flere	19,2	0,78		(0,66 - 1,00)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	<10 år (+skoleelev)	20,2	0,84		(0,60 - 1,06)	332	
	10 år	20,4	0,85		(0,60 - 1,06)	371	
	11-12 år	20,0	0,83		(0,63 - 1,07)	1.048	
	13-14 år	22,3	0,93		(0,76 - 1,06)	3.145	
	15+ år	24,0	1		(Reference)	1.955	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	18,8	0,78		(0,60 - 1,06)	64	
	Selvstændig med ansatte	16,4	0,67		(0,56 - 1,11)	389	
	Selvstændig uden ansatte	16,7	0,69		(0,56 - 1,23)	271	
	Topleder	19,8	0,81		(0,56 - 1,29)	383	
	Lønmodtager højt niveau	24,4	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	22,5	0,92		(0,72 - 1,19)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	20,1	0,82		(0,64 - 1,13)	2.361	
	Arbejdsløs	28,0	1,15		(0,72 - 1,61)	311	
	Under uddannelse	28,5	1,17		(0,77 - 1,55)	273	
	Førtidspensionist	35,3	1,44		(0,80 - 1,56)	120	
Husstandsindkomst ^e	Andre	23,9	0,98		(0,64 - 1,56)	255	
	1. Kvartil (lavest)	23,3	1,15		(0,97 - 1,30)	1.626	
	2. Kvartil	22,2	1,10		(0,97 - 1,30)	1.289	
	3. Kvartil	22,6	1,12		(0,97 - 1,30)	2.017	
Boligtype	4. Kvartil (højeste)	20,2	1		(Reference)	1.645	
	Landejendom	18,5	0,88		(0,79 - 1,11)	838	
	Enfamiliehus	21,1	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	26,1	1,24	+	(1,01 - 1,52)	831	
	Etageejendom	24,4	1,16		(0,87 - 1,49)	693	
Region	Andet	34,4	1,63		(0,83 - 1,96)	88	
	Region Hovedstaden	24,5	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	24,0	0,98		(0,75 - 1,08)	1.212	
	Region Syddanmark	19,1	0,78		(0,71 - 1,02)	1.583	
	Region Midtjylland	22,1	0,90		(0,73 - 1,08)	1.446	
	Region Nordjylland	21,5	0,88		(0,72 - 1,08)	1.454	

^a Søjlen procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

I første række vises året, hvor undersøgelsen er gennemført, og dernæst følger de valgte sociodemografiske baggrundsvariable og deres underinddelinger. For en nærmere beskrivelse af disse baggrundsvariable henvises til afsnit 2.4.

De efterfølgende kolonner indeholder forskellige statistiske opgørelser (se nedenfor). Datagrundlaget i alle søjler, undtagen søjlen "antal", er baseret på det vægtede datamateriale.

Procent (justeret) angiver andelen i børnebefolkningen med den givne sygdom, forudsat at alders og kønsfordelingen i den respektive gruppe var som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. Justeringen er foretaget ved hjælp af køns- og aldersstandardisering efter den direkte metode. For køn og alder kan procenterne derfor ikke justeres. Baggrunden for at vælge justerede andele er, at hvis børnenes køns- og aldersfordeling i grupperne er meget forskellig, vil det gøre sammenligning af andele i grupperne problematisk, da eventuelle forskelle så blot kan være udtryk for forskellig alderssammensætning i grupperne. Ved at justere sikrer man sig, at forskellen ikke blot skyldes alders- og kønsforskelle.

Der gøres opmærksom på, at vægtningen (se afsnit 2.2) tager højde for en designmæssig skævhed, mens justeringen sikrer sammenlignelighed af grupper uanset køns- og aldersfordelingen indenfor disse.

Relativ risiko (RR) er et mål for, hvor mange gange større (eller mindre) risikoen er i en gruppe sammenlignet med en valgt referencegruppe. Hvis RR er 1, er der ingen forskel på de to grupper. Hvis RR er større end 1, angiver det generelt, at den aktuelle gruppe i højere grad end referencegruppen har svaret 'ja' til den betragtede indikator. Hvis RR er mindre

end 1, har den betragtede gruppe i mindre grad end referencegruppen svaret 'ja' til den betragtede indikator. Referencegruppen kan kendes ved, at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsgrænser ud for denne gruppe. RR er beregnet fra de justerede procenter. Sikkerhedsgrænserne er beregnet ved hjælp af bootstrapping (stikprøvetagning med tilbagelægning, 1000 tilfældige gentagelser). Af tabel 2.1 fremgår det således, at den relative risiko for, at barnet har været syg inden for de seneste 14 dage, er 1,81 gange større for 1-2-årige piger end for 13-15-årige piger. I opslagstabellerne er piger, 13-15-årige, gifte, et barn i husstanden, 15 års uddannelse eller mere, lønmodtagere højt niveau, 4. husstandsindkomstkvartil, enfamiliehus og Region Hovedstaden valgt som referencegrupper.

Den næste kolonne indeholder en indikation af, om der er statistisk belæg for at sige, at den relative risiko i den aktuelle gruppe er forskellig fra 1 (referencegruppen) samt retningen af denne signifikante association. Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1, og "-" at den ligger signifikant under 1. Denne søjle baserer sig på sikkerhedsgrænserne i den næste søjle.

Søjlen 95% sikkerhedsgrænser indeholder et 95% sikkerhedsinterval for RR, hvor intervallet angiver den nedre og øvre grænse. Et 95% sikkerhedsområde indeholder i 95% af tilfældene den sande værdi af RR.

Af tabel 2.1 fremgår fx, at børn i række- eller flerfamiliehus har en statistisk signifikant højere risiko for sygdom inden for de seneste 14 dage end børn, der bor i enfamiliehus.

"Antal" viser det faktiske antal børn i den pågældende undergruppe.

Tabel 2.2 Forekomsten af børn i undersøgelsen fordelt på de udvalgte socioøkonomiske baggrundsvARIABLE

			Antal	Procent	Vægtet procent
Alle børn		2005	6.962		
Køn		Dreng	3.536	50,9	51,4
		Pige	3.412	49,1	48,6
Alder	Drenge	0 år	203	2,9	2,7
		1-2 år	417	6,0	6,0
		3-5 år	620	9,0	9,3
		6-8 år	696	10,1	10,3
		9-12 år	958	13,9	13,9
		13-15 år	625	9,0	9,3
	Piger	0 år	208	3,0	3,0
		1-2 år	379	5,5	5,2
		3-5 år	628	9,1	8,9
		6-8 år	643	9,3	9,0
		9-12 år	939	13,6	13,6
		13-15 år	598	8,7	8,9
Forældres samlivsstatus		Gift	5.209	74,8	67,4
		Samlevende	1.243	17,9	15,9
		Enlig	509	7,3	16,7
Antal børn i husstanden under 16 år		et	1.626	23,4	24,9
		to	3.537	50,8	50,8
		tre	1.433	20,6	19,4
		fire eller flere	366	5,3	5,0
Forældrenes uddannelsesniveau		<10 år (+skoleelev)	332	4,8	5,0
		10 år	371	5,4	5,1
		11-12 år	1.048	15,2	14,3
		13-14 år	3.145	45,5	44,7
		15+ år	1.955	28,3	30,0
		Anden skoleuddannelse	64	0,9	0,9
Forældres socioøkonomiske gruppe		Selvstændig med ansatte	389	5,6	4,9
		Selvstændig uden ansatte	271	3,9	3,9
		Topleder	383	5,5	5,5
		Lønmodtager højt niveau	945	13,7	14,3
		Lønmodtager mellemniveau	1.613	23,3	23,2
		Lønmodtager lavt niveau	2.361	34,1	32,1
		Arbejdsløs	311	4,5	5,1
		Under uddannelse	273	3,9	5,2
		Førtidspensionist	120	1,7	1,9
		Andre	255	3,7	3,9
Indtægt pr. person i husstanden		1. Kvartil (lavest)	1.626	24,7	28,8
		2. Kvartil	1.289	19,6	18,1
		3. Kvartil	2.017	30,7	27,5
		4. Kvartil (Højeste)	1.645	25,0	25,6
Boligtype		Landejendom	838	12,1	9,8
		Enfamiliehus	4.461	64,6	58,8
		Rækkehus eller flerfamiliehus	831	12,0	15,5
		Etageejendom	693	10,0	14,7
		Andet	88	1,3	1,3
Region		Region Hovedstaden	1.267	18,2	20,6
		Region Sjælland	1.212	17,41	15,0
		Region Syddanmark	1.583	22,74	22,3
		Region Midtjylland	1.446	20,77	23,4
		Region Nordjylland	1.454	20,88	10,7

2.8 Beskrivelse af baggrundsvariable

Alder og køn

Der indgår oplysninger om 6.962 børn i alderen 0 til 15 år, 3.536 drenge og 3.412 piger. Aldersfordelingen fremgår af tabel 2.2.

Forældres samlivsstatus

Grupperingen af forældrenes samlivsstatus er fremkommet ved at kombinere interviewpersonens oplysninger om juridisk ægteskabelig status med oplysninger om han eller hun lever i papirløst samliv. Samlivsforholdene er grupperet i følgende tre grupper:

- *Gift*. Aktuelt gift i henhold til juridisk ægteskabelig stand.
- *Samlevende*. Personer der rent juridisk hører til i grupperne separerede, skilte, enker/enkemænd eller ugifte, men som oplyser at være samlevende. Personer i registrerede parforhold er også placeret i denne gruppe.
- *Enlig*. Gruppen dækker over personer, der lever alene, og i juridisk henseende er skilte, separerede, enker/enkemænd eller ugifte.

67 pct. af børnene boede hos en forælder, der var gift, 16 pct. hos en forælder, der var samlevende, og 17 pct. hos en enlig forælder. At den interviewede forælder var gift eller samlevende betyder ikke nødvendigvis, at barnet bor sammen med begge sine biologiske forældre. Der kan være tale om moderens eller faderens "nye" partner eller ægtefælle.

Sammenlignet med oplysninger fra Danmarks Statistik er underrepræsentationen af børn af enlige i det uvægtede datamateriale tydelig. Af publikationen "Børns familier" fremgår det, at 79 pct. af familierne med hjemmeboende børn i 2007 var parfamilier og 21 pct. var familier med kun en voksen. I 64 pct. af familierne var de voksne gift, og i 16 pct. var de voksne samlevende eller samboende (Petersen & Nielsen, 2008). De tilsvarende andele i datamaterialet er 93 pct. uden vægtning og 83 pct. efter vægtning – det sidstnævnte tal tilnærmer sig de 79 pct. I datamaterialet ses således også en lille overrepræsentation af børn, som bor i familier, hvor de voksne er

gift – dette kan bl.a. hænge sammen med det lave bortfald blandt gifte interviewpersoner.

Antal børn i husstanden

Oplysningerne om antallet af børn i husstanden stammer fra spørgsmålet "Hvor mange børn på 15 år eller derunder bor der i denne husstand?" De andre børn i husstanden er ikke nødvendigvis barnets biologiske søskende, men kan være halvsøskende, papsøskende, plejesøskende mv. Børnene kan ligeledes have ældre søskende, som er over 15 år eller ikke bor hjemme.

Svarpersoner med hjemmeboende børn havde i gennemsnit 1,76 børn under 16 år. 25 pct. af børnene var eneste barn under 16 år i husstanden. 51 pct. boede sammen med et andet barn under 16 år. 19 pct. boede sammen med to andre børn, og 5 pct. boede sammen med tre eller flere andre børn under 16 år. Ifølge Danmarks statistik havde børnefamilier i 2007 i gennemsnit 1,77 hjemmeboende børn under 18 år. I 42 pct. af familierne boede der kun et barn, i 43 pct. boede der 2 børn, i 13 pct. boede der 3 børn, og i 3 pct. af børnefamilierne boede der fire børn eller flere (Petersen & Nielsen 2008).

Forældres uddannelsesniveau

Den anvendte klassifikation af uddannelse (fuldført eller igangværende) er den såkaldte ISCED (International Standardized Classification of Education). Den viser det samlede antal års uddannelse, interviewpersonen har gennemgået fra skolestart til afslutning af højeste erhvervsuddannelse (Ekholm mfl., 2006). 5 pct. af børnene havde forældre med mindre end 10 års uddannelse, 5 pct. forældre med 10 års uddannelse, 14 pct. forældre med 11-12 års uddannelse, 45 pct. forældre med 13-14 års uddannelse, 30 pct. forældre med 15+ år og 1 pct. forældre med anden skoleuddannelse, som fx kan være en uddannelse fra udlandet.

Klassifikation af forældrerens socioøkonomiske gruppering

Den anvendte socioøkonomiske gruppering er en tilnærmelse til Danmarks Statistiks socioøkonomiske klassifikation (SOCIO) (Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet, 2002). Inddelingen er baseret på interviewpersonens oplysninger om beskæf-

tigelsesstatus, stillingsbetegnelse og arbejdsfunktioner.

Der inddeles i to hovedgrupper af beskæftigede: selvstændige (inkl. medhjælpende ægtefæller) og lønmodtagere. De selvstændige opdeles yderligere i forhold til antal underordnede. Lønmodtagere opdelt i fem undergrupper efter de kriterier, der ligger til grund for Danmarks Statistiks fagklassifikation DISCO-88 (Danmarks Statistik, 1997), men i denne rapport har vi valgt at slå grupperne lønmodtagere på grundniveau og andre lønmodtagere sammen under betegnelsen lønmodtagere lavt niveau.

Socioøkonomisk gruppering

- *Selvstændige med ansatte.* Herunder medhjælpende ægtefæller.
- *Selvstændige uden ansatte.*
- *Topledere.* Fx personalechefer, politimestre, bankdirektører, postmestre, rektorer, salgschefer.
- *Lønmodtagere højt niveau.* Fx gymnasielærere, folkeskolelærere, advokater, journalister, læger, tandlæger, arkitekter, bygningsingeniører.
- *Lønmodtagere mellemniveau.* Fx sygeplejersker, apoteksassistenter, socialrådgivere, fotografer, bankierer, skibsførere, optikere, piloter.
- *Lønmodtagere lavt niveau.* Fx slagtere, murere, malere, frisører, politibetjente, butiksmedarbejdere, landmænd, gartnere, bagere, lagerarbejdere, rengøringsassistenter, telefonsælgere, flyttearbejdere og opvaskere.
- *Arbejdsløse.*
- *Under uddannelse.* Skoleelever, HG-elever, lærlinge og studerende
- *Førtidspensionister.*
- *Andre.* Omfatter husmødre, langtidssyge, revalidender, værnepligtige, bistanndsklienter samt ikke klassificerbare personer.

Af tabel 2.2 fremgår andelen og antallet af børn i de enkelte socioøkonomiske grupper. De fleste børn har forældre, der er lønmodtagere på lavt niveau, nemlig 32 pct. Det er i denne forbindelse vigtigt at huske, at vi kun har oplysninger om den interviewede forælders socioøkonomiske gruppe og ikke om begge forældres. Tidligere undersøgelser viser dog tendens til, at forældre har uddan-

nelser på samme niveau. Det er fx usædvanligt, at et barn har en forælder med videregående uddannelse og en anden forælder uden erhvervsuddannelse (Petersen & Nielsen, 2008).

Husstandsindkomst

Beregningerne af husstandsindkomsten er sket ved at anvende følgende formel: $\frac{[\text{husstandens samlede bruttoindkomst}]}{[\text{antallet af personer i husstanden}]}$, hvor $\alpha = 0.6$. Derved opnås der en såkaldt ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning (Finansministeriet, 2004).

Ifølge Danmarks Statistik udgør en familie med en enlig mor en stor andel af familierne i de laveste indkomstgrupper, mens parfamilierne udgør langt den største andel i de højeste indkomstgrupper. Det gælder også, når familiens indkomst er reguleret efter, hvor mange personer der skal forsørges af den. For eksempel lå kun 5 pct. af parfamilierne i det laveste indkomstdecil, mens det tilsvarende tal for familier med enlige mødre og fædre var henholdsvis 27 og 20 pct. (Petersen & Nielsen 2008).

Familier med mange børn er ligeledes overrepræsenteret i den laveste indkomstgruppe, hvor 28 pct. af familierne med fire børn lå i den laveste indkomstdecil (Petersen & Nielsen 2008).

Boligtype

Boligtype er baseret på interviewerens observationer og kategoriseret i følgende otte grupper: "på institution", "højhus (8 etager eller derover)", "etageejendom (mindst 5 lejligheder)", "to-, tre- eller firefamiliehus", "fritliggende enfamiliehus", "kæde-, gård- eller rækkehus" og "andet". I denne rapport har vi valgt at slå kategorierne "kæde-, gård eller rækkehus" og "to-, tre- eller firefamiliehus" sammen til kategorien "rækkehus eller flerfamiliehus" samt kategorierne "højhus" og "etageejendom" sammen til kategorien "etageejendom". Gruppen "institution" er udgået, da ingen interviewpersoner i denne kategori havde hjemmeboende børn.

59 pct. af børnene i datamaterialet bor i enfamiliehus, 16 pct. i rækkehus eller flerfamili-

liehus, 10 pct. på landejendom og 15 pct. i etageejendom. Til sammenligning finder Danmarks Statistik, at 64 pct. af børn bor i parcelhus, 12 pct. i række-, kæde- eller dobbelthus og 22 pct. i etagebolig (Petersen & Nielsen 2008). Danmarks Statistik finder, at tre ud af fire børn, der bor med begge forældre, bor i parcelhus, mens halvdelen af børn af enlige mødre bor i etageejendom og 25 pct. i parcelhus (Petersen & Nielsen 2008).

Region

Som tidligere omtalt blev der for at kunne lave opgørelser på regionalt niveau i SUSY-2005 foretaget ca. 3000 vokseninterview i hver af de fem regioner. Dette bevirker, at den regionale fordeling af de inviterede og den generelle danske befolkning ikke er ens. Den foretagne vægtning bevirker, at de vægtede procenter for region i tabel 2.2 præcis svarer til fordelingen af alle børn i de fem regioner.

2.9 Referencer

Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet (2002). *DUN 2001. Dansk Uddannelses-Nomenklatur*. København: Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik (1997). *Socio. Danmarks Statistiks socioøkonomiske klassifikation*. København: Danmarks Statistik.

Davidsen M. (2006). *Design af SUSY-2005 undersøgelsen*. Notat, Statens Institut for Folkesundhed. www.si-folkesundhed.dk. (14.11.2008)

Davidsen M. (2007). *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 – stikprøvekonstruktion, opnåelse, vægtning samt bortfald og konsekvenser*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Ekholm O., Kjølner M., Davidsen M., Hesse U., Eriksen L., Christensen A.I. & Grønnebæk M. (2006). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Petersen N. A & Nielsen, T. M. (2008). *Børns familier*. København: Danmarks Statistik.

Finansministeriet (2004). *Fordeling og incitamenter 2004*: www.fm.dk (14.11.2008)

3

Sygdomsepisoder

Anette Johansen og Pernille Due

3.1 Indledning

De fleste danske børn trives og har det godt, og når de er syge, bliver de hurtigt friske igen. En mindre dansk undersøgelse finder, at skolebørn i gennemsnit har 0,66 sygdomsepisoder om måneden. Småbørns og skolebørns sygdomsepisoder skyldes for langt hovedparten forbigående infektioner - primært luftvejsinfektioner og mave-tarminfektioner (Nandrup-Bus, 2008).

Nogle børn er dog ofte plaget af sygdom og et mindretal har kroniske lidelser, som i højere eller mindre grad præger deres dagligdag og funktion. Forældre til børn med langvarig sygdom beskriver, at børnene inden for det seneste år oftere har været konstant syge eller haft sygeepisoder, været sløje eller

skrantet imellem disse, end børn der ikke har nogen langvarig sygdom (Nielsen mfl., 2006A).

Sygdom kan medføre indskrænkning af barnets daglige aktiviteter, og barnets adfærd vil hyppigt være præget af den belastning, sygdommen udgør. Efter akut sygdom vil barnet ofte være svækket og mere modtageligt over for nye infektioner i en kortere eller længere periode. Hyppige sygdomsperioder kan på længere sigt hæmme barnets vækst samt sproglige og motoriske udvikling (Kjøller & Rasmussen, 2002).

Mange tilbagevendende og længerevarende sygdomsepisoder hos barnet kan at give forældre problemer i forhold til deres arbejdsplads.

Hvordan måles børns sygdomsepisoder?

I sundheds og sygelighedsundersøgelsen 2005 er forældrene blevet spurgt:

Hvorledes vil De vurdere barnets helbredstilstand indenfor det seneste år?

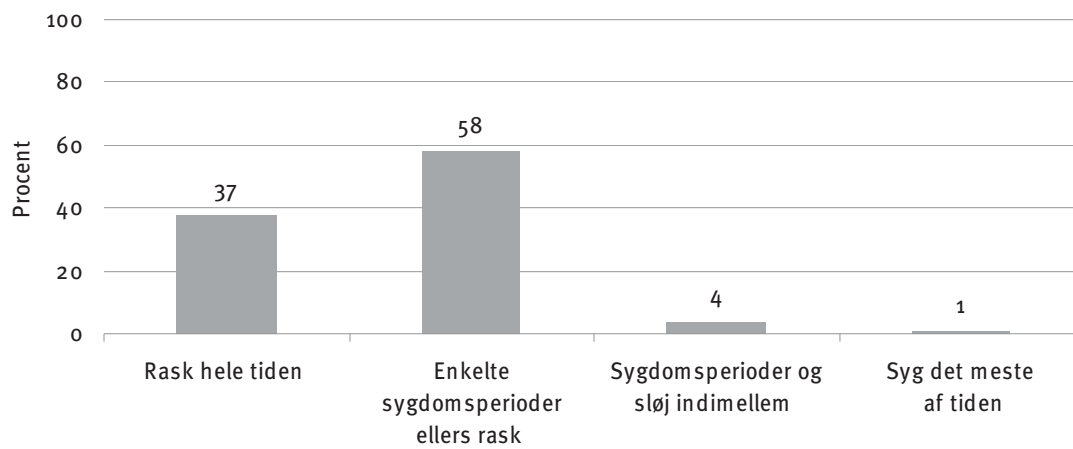
- Barnet har været rask hele tiden.
- Barnet har haft enkelte sygdomsepisoder, men har ellers været helt rask.
- Barnet har haft enkelte sygdomsepisoder, og har også haft symptomer eller skrantet/været sløj i den mellemliggende tid.
- Barnet har været syg det meste af tiden.

Figur 3.1 viser børnenes helbredstilstand ud fra forældrenes svar på ovenstående spørgsmål. 37 pct. af børnene havde været raske

hele tiden det foregående år. 58 pct. havde haft enkelte sygdomsperioder, men havde ellers været raske. 4 pct. havde haft enkelte sygdomsepisoder, og havde også haft symptomer eller skrantet/været sløj i den mellemliggende tid. 1 pct. havde været syg det meste af tiden.

På baggrund af spørgsmålet er det muligt at danne et generelt billede af danske børns sygdomsepisoder, og se hvilke børn der er plagede af sygdom og aldrig er helt raske: dvs. børn der skranter. Vi definerer gruppen af børn, der skranter, som børn der ifølge deres forældre, enten "har haft enkelte sygdomsepisoder, og også har haft symptomer eller skrantet/været sløj i den mellemliggende tid" eller børn der "har været syge det meste af tiden".

Figur 3.1 Børns sygdomsepisoder det foregående år



Tabel 3.1 Forekomsten af børn, der har skrantet inden for det seneste år. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		4,7				6.935	
Køn	Dreng	5,1	1,19		(0,96 - 1,48)	3.527	
	Pige	4,3	1		(Reference)	3.408	
Alder	Dreng	0 år	1,3	0,34		(0,15 - 1,58)	200
		1-2 år	13,1	3,58	+	(1,15 - 4,28)	417
		3-5 år	5,0	1,38		(0,46 - 4,25)	620
		6-8 år	3,8	1,03		(0,35 - 4,46)	694
		9-12 år	3,6	1,00		(0,34 - 4,42)	957
		13-15 år	3,7	1		(Reference)	624
		Piger	0 år	2,2	0,39		(0,15 - 1,56 )	206
	1-2 år		8,1	1,43		(0,39 - 4,27)	378
	3-5 år		4,0	0,71		(0,22 - 1,80)	628
	6-8 år		2,9	0,52		(0,15 - 1,38)	643
	9-12 år		3,2	0,57		(0,20 - 1,73)	939
	13-15 år		5,7	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	4,0	1		(Reference)	5.191
Samlevende		4,6	1,16		(0,91 - 1,87)	1.235	
Enlig		7,3	1,83		(0,93 - 2,37)	508	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	5,8	1		(Reference)	1.620	
	To	4,0	0,68		(0,53 - 1,25)	3.523	
	Tre	5,2	0,89		(0,53 - 1,36)	1.426	
	Fire eller flere	5,4	0,93		(0,53 - 1,36)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	7,2	2,21		(0,80 - 3,10)	327	
	10 år	5,1	1,56		(0,82 - 3,11)	367	
	11-12 år	6,6	2,05	+	(1,03 - 3,10)	1.044	
	13-14 år	4,8	1,47		(0,85 - 2,44)	3.139	
	15+ år	3,2	1		(Reference)	1.947	
	Anden skoleuddannelse	4,6	1,40		(0,83 - 3,09)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	4,6	1,68		(0,41 - 4,68)	388	
	Selvstændig uden ansatte	1,8	0,65		(0,40 - 2,76)	268	
	Topleder	3,1	1,12		(0,40 - 3,93)	383	
	Lønmodtager højt niveau	2,7	1		(Reference)	939	
	Lønmodtager mellemniveau	4,6	1,68		(0,82 - 4,74)	1.609	
	Lønmodtager lavt niveau	5,0	1,84		(0,84 - 4,63)	2.354	
	Arbejdsløs	7,9	2,88		(0,99 - 4,66)	305	
	Under uddannelse	5,8	2,12		(0,44 - 4,66)	273	
	Førtidspensionist	8,9	3,26		(0,42 - 4,65)	120	
	Andre	5,9	2,15		(0,45 - 4,64)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	6,8	2,97	+	(1,56 - 4,04)	1.621	
	2. Kvartil	5,0	2,18	+	(1,15 - 4,01)	1.285	
	3. Kvartil	4,2	1,82		(0,99 - 3,59)	2.014	
	4. Kvartil (højeste)	2,3	1		(Reference)	1.643	
Boligtype	Landejendom	4,0	0,92		(0,42 - 1,78)	838	
	Enfamiliehus	4,4	1		(Reference)	4.444	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	5,2	1,17		(0,49 - 1,75)	831	
	Etageejendom	6,0	1,37		(0,63 - 1,77)	688	
	Andet	3,7	0,84		(0,40 - 1,79)	88	
Region	Region Hovedstaden	5,1	1		(Reference)	1.264	
	Region Sjælland	4,9	0,95		(0,60 - 1,49)	1.205	
	Region Syddanmark	4,3	0,83		(0,60 - 1,49)	1.580	
	Region Midtjylland	4,1	0,80		(0,60 - 1,51)	1.440	
	Region Nordjylland	6,0	1,17		(0,67 - 1,49)	1.446	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn, der skranter, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder er der tale om reelle procenter.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

3.2 Resultater

Køn og alder

4,7 pct. af alle børnene har i det seneste år skrantet: haft enkelte sygdomsepisoder og har haft symptomer/været sløj i den mellem-liggende tid eller været syge det meste af tiden.

Stort set lige store andele af drengene og pigerne har skrantet. Den absolut største andel af børn, der har skrantet, ses blandt de 1-2-årige, 13 pct. af drengene og 8 pct. af pigerne, mod 4 pct. af 6-15-årige drenge og mellem 3 og 6 pct. af 6-15-årige piger.

Forældres samlivsstatus

Der er flest børn af enlige forældre, som har skrantet inden for det seneste år (7,3 pct.), mens det gælder hhv. 4 og 4,6 pct. af børn af gifte og samlevende forældre.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem andelen af børn der skranter og antallet af børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Børn af forældre med mindre end 11-12-års uddannelse har dobbelt så stor risiko for at have skrantet i forhold til børn af forældre med 15-års uddannelse.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der ses en tendens til, at forældre uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse og førtidspensionister) oftere rapporterer, at deres barn har skrantet inden for det seneste år sammenlignet med erhvervsaktive forældre.

Husstandsindkomst

Andelen af forældre, der har rapporteret, at deres barn har skrantet inden for det seneste år, falder med voksende husstandsindkomst. Således har børn i det laveste husstandsindtægtskvartil tre gange større risiko for at have skrantet i det foregående år sammenlignet med børn i det højeste husstandsindtægtskvartil.

Boligtype

Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem boligtype og andelen af børn, der har skrantet inden for det seneste år.

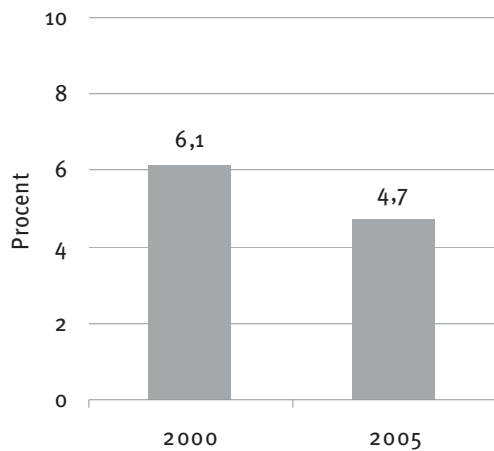
Region

Andelen af børn der skranter, adskiller sig ikke signifikant regionerne imellem.

3.3 Udvikling over tid

Af figur 3.2 fremgår det, at andelen af børn der skranter, er faldet fra 6,1 pct. i 2000 til 4,7 pct. i 2005. Faldet var størst blandt pigerne.

Figur 3.2 Andelen af børn, der har skrantet inden for det seneste år i 2000 og 2005



3.4 Diskussion

De fleste danske børn er raske og har kun få sygdomsepisoder i løbet af et år. Således har 37 pct. af børnene været raske hele tiden det foregående år og 58 pct. har kun haft enkelte sygdomsperioder, men har ellers været raske. 5 pct. har skrantet. I overensstemmelse med den tidligere sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 2000, finder vi, at andelen, der ofte er plaget af sygdom og hyppigere har tilbagevendende sygdomme, er størst blandt de 1-2-årige og størst blandt drengebørn (Kjøller & Rasmussen, 2002).

Årsagen hertil er blandt andet, at immunapparatet hos de helt små børn endnu er umodent og at børnene ikke har nået at danne antistoffer mod en del af de almindeligt forekommende sygdomsorganismer. De er derfor

i større risiko for at få infektionssygdomme, hvis de udsættes for smitte.

Det er tidligere påvist, at pasning i daginstitution i første leveår øger risikoen for sygelighed hos småbørn sammenlignet med hjemmepassede børn (Nielsen mfl., 2006B; Uldall, 1986).

Det er især børn med kroniske eller langvarige sygdomme, der skranter. I SUSY 2005 rapporteredes, at 17 pct. af børn med en langvarig sygdom havde skrantet det seneste år mod kun 3 pct. af børnene uden en langvarig sygdom. Det gælder for næsten alle typer af langvarige sygdomme, dog med undtagelse af kræftsygdomme, øjensygdomme, hudsygdomme og fødselsskader.

Der er fortsat sociale forskelle i at skranke, dvs. have hyppige sygdomsepisoder, blandt danske børn. En del af uligheden kan forklares ved, at det er de yngste familier med de yngste børn, som oftest har de trangeste økonomiske kår. Børn af enlige forældre, af forældre uden for arbejdsmarkedet, med kort uddannelse og lav husstandsindkomst har højere forælderreporteret sygelighed end børn af forældre med bedre socioøkonomiske vilkår.

Det er væsentligt fortsat at belyse dette mønster, så vi på længere sigt bliver bedre i stand til at udforme forbyggende indsatser, som er målrettet mod de familier, der har størst behov. Herudover bør der fokuseres på at nedsætte sygeligheden for børn i 1-2-års-alderen, dvs. den aldersgruppe der meget hyppigt passes i vuggestuer og andre pasningsordninger sammen med mange andre børn.

3.5 Referencer

Kjøller M. & Rasmussen N.K. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Nandrup-Bus I. (2008). Hvad fejler skoleelever, når de melder sig syge. *Sygeplejersken*, 8:50-7.

Nielsen A., Koefoed B.G., Møller R. & Laursen B. (2006A) . Langvarig sygdom hos danske børn rapporteret af forældrene. *Ugeskrift for Læger*; 168(4):367-72.

Nielsen A., Koefoed B.G., Møller R. & Laursen B. (2006B). Forekomst af nylig sygdom hos

danske børn i 1994 og 2000. *Ugeskrift for Læger*, 168(4):373-8.

Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P.E. (2007). Børn. I: Kjøller M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Rasmussen M. & Due P. (red.) (2007). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Uldall P. (1986). *Spæd- og småbørns almindelige sygelighed – forekomst og sociale konsekvenser*[disp]. København: FADL's Forlag.

4

Akut sygelighed

Anette Johansen

4.1 Indledning

Akutte sygdomme blandt børn er overvejende infektionssygdomme, hyppigst forkølelse og andre øvre luftvejsinfektioner og disse er hyppigst forekommende blandt småbørn (Petersen mfl., 2000; Nielsen mfl., 1998; Nielsen mfl., 2006).

De vigtigste smitemåder ved infektionssygdomme er dråbeoverførsel fx hoste eller nysen, smitte fra sekreter via hænder til mund, næse eller øjne, eller smitte fra afføring via mad eller hænder til munden.

Hvordan måles børns akutte sygelighed?

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 er forældrene blevet spurgt:

Har Deres barn været syg indenfor de seneste 14 dage?

- Ja.
- Nej.

Hvis forælderen svarede ja, blev han eller hun efterfølgende spurgt:

Hvad fejlede barnet?

og fremvist et kort med følgende svarmuligheder:

- Infektion (fx forkølelse, influenza, mellemørebetændelse eller anden febersygdom).
- Børnesygdom (fx skoldkopper).
- Astma eller allergi.
- Mave-tarmsygdom (fx ondt i maven, diarre, opkastning eller blindtarmsbetændelse).
- Hovedpine eller migræne.
- Blærebetændelse eller anden sygdom i urinvejene.
- Sygdom i muskler, knogler eller led som ikke skyldes skader.
- Skader (fx forbrænding, forstuvninger og brud).
- Andet. Skriv hvad.

I det følgende vil først den generelle forekomst af akut sygelighed blandt børn blive belyst og derefter vil forekomsten af de to mest udbredte former for akut sygelighed, luftvejsinfektioner og influenza samt akutte mave-tarmsygdomme, inklusive ondt i maven, blive skitseret.

Tabel 4.1 Forekomst af akut sygdom blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		22,2				6.962	
Køn	Dreng	22,8	1,05		(0,96 - 1,14)	3.536	
	Pige	21,7	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	26,4	1,19		(0,68 - 1,86)	203
		1-2 år	40,2	1,81	+	(1,30 - 1,93)	417
		3-5 år	20,3	0,92		(0,66 - 1,54)	620
		6-8 år	18,7	0,84		(0,66 - 1,21)	696
		9-12 år	17,4	0,78		(0,66 - 1,12)	958
		13-15 år	22,2	1		(Reference)	625
		Piger	0 år	21,7	0,98		(0,66 - 1,73 )	208
	1-2 år		33,6	1,52	+	(1,10 - 1,93)	379
	3-5 år		22,3	1,01		(0,69 - 1,64)	628
	6-8 år		19,3	0,87		(0,66 - 1,35)	643
	9-12 år		16,6	0,75		(0,66 - 1,04)	939
	13-15 år		22,1	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	21,7	1		(Reference)	5.209
Samlevende		21,4	0,99		(0,89 - 1,24)	1.243	
Enlig		25,3	1,17		(0,89 - 1,32)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	24,7	1		(Reference)	1.626	
	To	22,1	0,89		(0,74 - 1,00)	3.537	
	Tre	21,2	0,86		(0,68 - 1,00)	1.433	
	Fire eller flere	19,2	0,78		(0,66 - 1,00)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	20,2	0,84		(0,60 - 1,06)	332	
	10 år	20,4	0,85		(0,60 - 1,06)	371	
	11-12 år	20,0	0,83		(0,63 - 1,07)	1.048	
	13-14 år	22,3	0,93		(0,76 - 1,06)	3.145	
	15+ år	24,0	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	18,8	0,78		(0,60 - 1,06)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	16,4	0,67		(0,56 - 1,11)	389	
	Selvstændig uden ansatte	16,7	0,69		(0,56 - 1,23)	271	
	Topleder	19,8	0,81		(0,56 - 1,29)	383	
	Lønmodtager højt niveau	24,4	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	22,5	0,92		(0,72 - 1,19)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	20,1	0,82		(0,64 - 1,13)	2.361	
	Arbejdsløs	28,0	1,15		(0,72 - 1,61)	311	
	Under uddannelse	28,5	1,17		(0,77 - 1,55)	273	
	Førtidspensionist	35,3	1,44		(0,80 - 1,56)	120	
	Andre	23,9	0,98		(0,64 - 1,56)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	23,3	1,15		(0,97 - 1,30)	1.626	
	2. Kvartil	22,2	1,10		(0,97 - 1,30)	1.289	
	3. Kvartil	22,6	1,12		(0,97 - 1,30)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	20,2	1		(Reference)	1.645	
Bolitgtype	Landejendom	18,5	0,88		(0,79 - 1,11)	838	
	Enfamiliehus	21,1	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	26,1	1,24	+	(1,01 - 1,52)	831	
	Etageejendom	24,4	1,16		(0,87 - 1,49)	693	
	Andet	34,4	1,63		(0,83 - 1,96)	88	
Region	Region Hovedstaden	24,5	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	24,0	0,98		(0,75 - 1,08)	1.212	
	Region Syddanmark	19,1	0,78		(0,71 - 1,02)	1.583	
	Region Midtjylland	22,1	0,90		(0,73 - 1,08)	1.446	
	Region Nordjylland	21,5	0,88		(0,72 - 1,08)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

4.2 Resultater – akut sygelighed

Køn og alder

Hvert femte barn har været sygt eller haft symptomer inden for de seneste 14 dage. Totalt ses der ingen forskel i hyppigheden blandt piger og drenge. Børn mellem 1 og 2 år har oftest været syge inden for de seneste 14 dage, 40 pct. af drengene og 34 pct. af pigerne. For begge køn ses herefter et fald i den akutte sygelighed. Ved 13-15-års-alderen har 22 pct. været syge inden for de seneste 14 dage.

Forældres samlivsstatus

Der er ingen sammenhæng mellem forældres samlivsstatus og om deres barn har været sygt inden for de seneste 14 dage.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen signifikant sammenhæng mellem akut sygelighed og antal børn i husstanden. Der ses dog en svag tendens til, at andelen, der har været syge, falder med stigende antal børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen signifikant sammenhæng mellem den besvarende forælders uddannelsesniveau og forekomsten af sygdom eller symptomer hos barnet de seneste 14 dage.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er tendens til, at forældre uden for arbejdsmarkedet oftere rapporterer, at deres barn har været sygt inden for de seneste 14 dage i forhold til erhvervsaktive forældre.

Husstandsindkomst

Der er færrest børn af forældre i den højeste indtægtskvartil, som har været syge og/eller har haft symptomer inden for de seneste 14 dage.

Boligtype

Børn, der bor på landejendom og i enfamiliehus rapporteres sjældnere end børn, der bor i etageejendom, rækkehus eller flerfamiliehus, at have været sygt og/eller haft symptomer inden for de seneste 14 dage. Børn, der bor i rækkehus eller flerfamiliehus, har 1,24 gange større risiko for at have været syge end børn, der bor i enfamiliehus.

Region

Andelen af børn, som rapporteres, at have været sygt og/eller har haft symptomer inden for de seneste 14 dage er højest i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hhv. 24 og 24,5 pct.

4.3 Udvikling over tid

Det ser ikke ud til, at forekomsten af akut sygelighed er ændret siden 1994 og 2000, hvor henholdsvis 21 og 23 pct. af børn under 16 år havde været syge inden for de seneste 14 dage mod 22 pct. i 2005. Da der ikke er spurgt til akut sygelighed på helt den samme måde i 2005-undersøgelsen som i de tidligere undersøgelser, er det dog ikke muligt at sammenligne direkte.

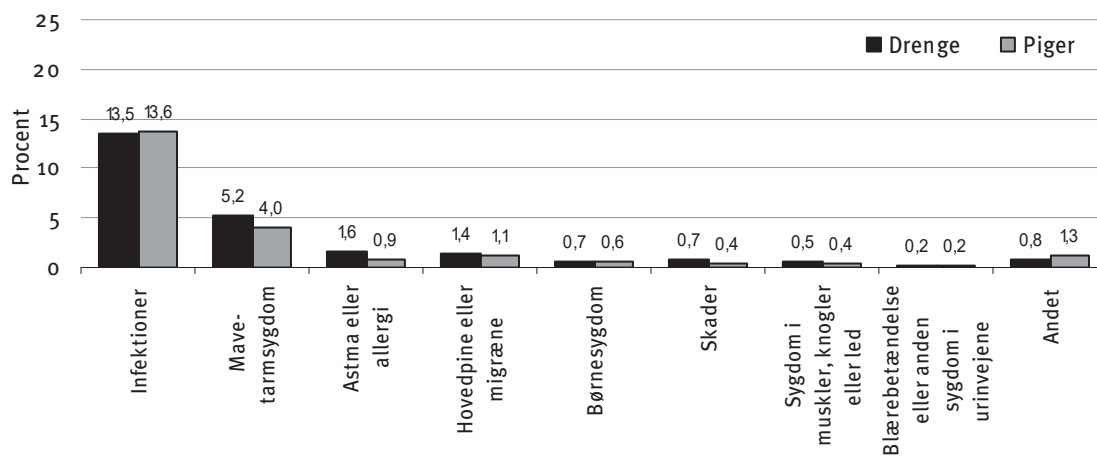
4.4 Årsager til børnenes akutte sygelighed

Af figur 4.1 fremgår det, at den hyppigste årsag til sygdom inden for de seneste 14 dage både for drenge og piger er infektionssygdomme i luftveje (fx forkølelse, influenza eller mellemørebetændelse) efterfulgt af mave-tarm-sygdomme og -symptomer (fx ondt i maven, diarre eller opkastning). Under 2 pct. har været syge pga. astma og allergi eller hovedpine og migræne. Mindre end 1 pct. har haft symptomer på de øvrige sygdomskategorier. Forældre til ca. 1 pct. af børnene har svaret, at barnet har haft en anden form for sygdom. Gruppen af børn med ”anden sygdom”

var oprindelig større, men efter analyse af forældres svar, blev det klart, at mange af de typer af sygdomme, som forældrene havde placeret her, kunne placeres i andre kategorier primært som luftvejsinfektioner og mave-tarmsygdomme. At tallene for infektioner i denne figur ikke stemmer helt overens med tallene i opslagtabellen på næste side, skyldes at tallene i denne figur er justerede, mens tallene i opslagstabellen er vægtede (se kapitel 2)

Flere drenge end piger har de seneste 14 dage haft mave-tarmsygdom eller ondt i maven, astma eller skader. For de øvrige grupper af sygdomme ses ingen sikker kønsforskel.

Figur 4.1 Andelen af børn der har været syge inden for de seneste 14 dage opdelt på sygdomstype og køn.



Tabel 4.2 Forekomst af infektionssygdom i luftveje og influenza blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	14,1			6.962	
Køn	Dreng	14,1	1,00		(0,90 - 1,12)	3.536	
	Pige	14,1	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	20,5	1,71		(0,91 - 2,74)	203
		1-2 år	29,7	2,48	+	(1,60 - 2,78)	417
		3-5 år	12,6	1,05		(0,62 - 1,87)	620
		6-8 år	11,0	0,92		(0,61 - 1,55)	696
		9-12 år	8,6	0,72		(0,61 - 1,27)	958
		13-15 år	12,0	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	17,3	1,42		(0,61 - 2,67)	208
		1-2 år	26,6	2,17	+	(1,25 - 2,78)	379
		3-5 år	15,5	1,27		(0,77 - 2,28)	628
		6-8 år	10,9	0,89		(0,61 - 1,48)	643
		9-12 år	9,3	0,76		(0,61 - 1,29)	939
		13-15 år	12,3	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	14,2	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	13,8	0,97		(0,79 - 1,22)	1.243	
	Enlig	14,4	1,01		(0,79 - 1,22)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	16,0	1		(Reference)	1.626	
	To	13,8	0,87		(0,62 - 1,02)	3.537	
	Tre	14,0	0,88		(0,63 - 1,02)	1.433	
	Fire eller flere	10,0	0,62		(0,46 - 1,02)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	12,5	0,81		(0,61 - 1,28)	332	
	10 år	14,3	0,92		(0,61 - 1,27)	371	
	11-12 år	13,2	0,86		(0,61 - 1,19)	1.048	
	13-14 år	13,7	0,89		(0,67 - 1,12)	3.145	
	15+ år	15,5	1		(Reference)	1.955	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	16,5	1,07		(0,61 - 1,28)	64	
	Selvstændig med ansatte	11,8	0,74		(0,50 - 1,21)	389	
	Selvstændig uden ansatte	9,9	0,62		(0,50 - 1,12)	271	
	Topleder	11,7	0,74		(0,50 - 1,16)	383	
	Lønmodtager højt niveau	15,9	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	13,5	0,85		(0,62 - 1,23)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	12,6	0,80		(0,55 - 1,13)	2.361	
	Arbejdsløs	18,8	1,18		(0,64 - 2,02)	311	
	Under uddannelse	18,8	1,18		(0,69 - 2,03)	273	
Førtidspensionist	29,7	1,87		(0,87 - 2,04)	120		
Husstandsindkomst ^e	Andre	14,4	0,91		(0,51 - 1,69)	255	
	1. Kvartil (lavest)	13,9	1,04		(0,85 - 1,26)	1.626	
	2. Kvartil	13,4	1,00		(0,85 - 1,26)	1.289	
	3. Kvartil	14,6	1,09		(0,85 - 1,26)	2.017	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	13,4	1		(Reference)	1.645	
	Landejendom	10,2	0,73		(0,63 - 1,18)	838	
	Enfamiliehus	13,9	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	14,1	1,02		(0,65 - 1,36)	831	
Region	Etageejendom	16,9	1,22		(0,85 - 1,73)	693	
	Andet	23,4	1,68		(0,61 - 2,10)	88	
	Region Hovedstaden	15,8	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	16,5	1,04		(0,74 - 1,18)	1.212	
Region Syddanmark	Region Syddanmark	11,6	0,73		(0,64 - 1,09)	1.583	
	Region Midtjylland	13,4	0,85		(0,64 - 1,17)	1.446	
	Region Nordjylland	12,9	0,81		(0,64 - 1,14)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

4.5 Resultater - influenza og infektionssygdomme i luftveje

Køn og alder

Forældre til 14 pct. af børnene rapporterer, at deres barn har haft infektionssygdom, fx forkølelse eller influenza inden for de seneste 14 dage, det gælder i lige høj grad drenge og piger. Hos begge køn ses den laveste forekomst blandt 9-12-årige børn, 9 pct. Forekomsten er højst blandt de 1-2-årige, hos drengene, 30 pct., mod 27 pct. blandt 1-2-årige piger.

Forælders samlivsstatus

Der er ingen forskelle i rapporteringen af sygdom pga. infektioner samlivsgrupperne imellem.

Antal børn i husstanden

Der ses en tendens til at enebørn oftere har haft akut infektionssygdom end børn, der bor sammen med andre børn.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen sammenhæng mellem den besvarende forælders uddannelsesniveau og forekomsten af infektionssygdom inden for de seneste 14 dage.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er tendens til, at forældre udenfor arbejdsmarkedet oftere rapporterer, at deres barn har været sygt pga. infektionssygdom inden for de seneste 14 dage i forhold til erhvervsaktive forældre.

Husstandsindkomst

Der ses ingen sammenhæng mellem husstandsindkomst og barnets infektionssygdom inden for de seneste 14 dage.

Boligtype

Forældre, der bor i etageejendom og i ”anden form for bolig” rapporterer oftest, at deres barn har været sygt pga. infektioner. Lavest rapportering ses blandt forældre, der bor på landejendom.

Region

Andelen af forældre, som rapporterer, at deres barn har været sygt pga. infektionssygdomme er højest i Region Sjælland og Region Hovedstaden, hhv. 16,5 og 15,8 pct., og lavest i region Syddanmark, 11,6 pct.

Tabel 4.3 Forekomst af mave-tarmsygdom og mavepine blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	R relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	4,6			6.962	
Køn	Dreng	5,2	1,32		(1,00 - 1,65)	3.536	
	Pige	4,0	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	3,0	0,53		(0,35 - 1,64)	203
		1-2 år	7,9	1,38		(0,55 - 2,04)	417
		3-5 år	5,4	0,94		(0,38 - 2,02)	620
		6-8 år	4,9	0,86		(0,35 - 2,02)	696
		9-12 år	4,1	0,72		(0,36 - 1,98)	958
		13-15 år	5,7	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	3,4	0,94		(0,35 - 2,04)	208
		1-2 år	3,4	0,92		(0,35 - 2,03)	379
		3-5 år	4,0	1,10		(0,28 - 2,05)	628
		6-8 år	4,6	1,26		(0,50 - 2,04)	643
		9-12 år	4,1	1,12		(0,43 - 2,03)	939
		13-15 år	3,6	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	4,5	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	4,3	0,95		(0,72 - 1,49)	1.243	
	Enlig	5,2	1,16		(0,72 - 1,52)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	5,4	1		(Reference)	1.626	
	To	4,5	0,84		(0,56 - 1,56)	3.537	
	Tre	3,6	0,66		(0,47 - 1,36)	1.433	
	Fire eller flere	5,4	1,01		(0,47 - 1,49)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	4,9	1,08		(0,30 - 1,63)	332	
	10 år	4,1	0,90		(0,18 - 1,63)	371	
	11-12 år	3,3	0,74		(0,27 - 1,36)	1.048	
	13-14 år	5,0	1,11		(0,71 - 1,63)	3.145	
	15+ år	4,5	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	3,3	0,72		(0,00 - 1,64)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	1,9	0,37		(0,04 - 1,27)	389	
	Selvstændig uden ansatte	3,5	0,68		(0,13 - 1,70)	271	
	Topleder	5,2	1,02		(0,19 - 1,71)	383	
	Lønmodtager højt niveau	5,1	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	5,5	1,07		(0,58 - 1,71)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	4,3	0,84		(0,46 - 1,82)	2.361	
	Arbejdsløs	3,9	0,77		(0,10 - 1,71)	311	
	Under uddannelse	6,6	1,29		(0,19 - 1,71)	273	
	Førtidspensionist	2,2	0,43		(0,00 - 1,68)	120	
	Andre	3,3	0,64		(0,00 - 1,52)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	4,4	0,97		(0,74 - 1,60)	1.626	
	2. Kvartil	5,3	1,19		(0,73 - 1,54)	1.289	
	3. Kvartil	4,9	1,09		(0,74 - 1,53)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	4,5	1		(Reference)	1.645	
Boligtype	Landejendom	4,9	1,17		(0,65 - 2,24)	838	
	Enfamiliehus	4,1	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	6,0	1,44		(0,81 - 2,35)	831	
	Etageejendom	4,7	1,14		(0,65 - 2,02)	693	
	Andet	6,5	1,58		(0,65 - 2,35)	88	
Region	Region Hovedstaden	5,2	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	3,8	0,73		(0,57 - 1,29)	1.212	
	Region Syddanmark	4,2	0,82		(0,56 - 1,35)	1.583	
	Region Midtjylland	4,7	0,92		(0,57 - 1,34)	1.446	
	Region Nordjylland	5,2	1,01		(0,56 - 1,34)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

4.6 Resultater - mavepine og mave-tarmsygdomme

Køn og alder

4,6 pct. af børnene har i følge deres forældre være syge pga. mave-tarmsygdomme eller klaget over mavepine inden for de seneste 14 dage. Det gælder flere drenge end piger. Mens der blandt drengene er tendens til, at forekomsten topper blandt de 1-2-årige, hvor næsten 8 pct. har været syge pga. mave-tarmsygdomme, er der blandt pigerne ikke de store aldersforskelle.

Forælders samlivsstatus

Der ses ingen forskelle i rapporteringen af sygdom pga. mave-tarmsygdomme samlivsgrupperne imellem.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen sammenhæng mellem mave-tarmsygdomme og antal børn i husstanden.

Forælders uddannelsesniveau

Der er ingen sammenhæng mellem den besvarende forælders uddannelsesniveau og forekomsten af mave-tarmsygdom inden for de seneste 14 dage.

Forælders socioøkonomiske gruppe

Der ses ingen sammenhæng mellem forekomsten af mave-tarmsygdom inden for de seneste 14 dage og den adspurgte forældres socioøkonomiske gruppe.

Husstandsindkomst.

Der ses ingen sammenhæng mellem husstandsindkomsten og barnets mave-tarmsygdomme inden for de seneste 14 dage.

Boligtype

Der ses ingen sammenhæng mellem boligtype og barnets mave-tarmsygdomme inden for de seneste 14 dage.

Region

Rapporteringen af mave-tarmsygdom og mavepine adskiller sig ikke signifikant regionerne imellem.

4.7 Konsekvenser af børns akutte sygelighed

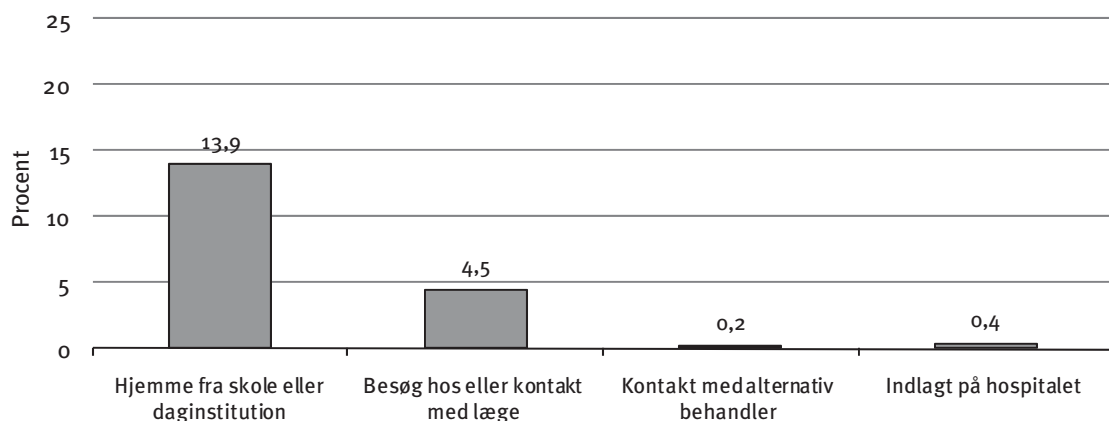
Forældre der svarede, at deres barn havde været syg inden for de seneste 14 dage, blev efterfølgende spurgt, hvilke konsekvenser sygdommen havde for dem. Forældrenes svar på dette spørgsmål er illustreret i figur 4.2, som viser forekomsten af sygefravær, kontakt med læge, behandler og hospitalsindlæggelse som følge af sygdom inden for de seneste 14 dage. Af figuren fremgår det, at 14 pct. af børnene havde været hjemme fra skole eller daginstitution pga. akut sygelighed inden for de seneste 14 dage. Det er kun 4,5 pct., som har været til lægen, eller hvor forældrene har haft telefonisk kontakt med læge. En relativ stor del af de børn, der har været syge, har

ikke været berørt af sygdommen på nogen af de tilspurgte måder (5,5 pct. af alle børn). Dette kan fx skyldes, at børnene har været syge i weekenden og deres skolegang således ikke er blevet berørt af sygdommen. Det kan også skyldes, at akut sygelighed fx omfatter forkølelse, som ikke behøver at påvirke barnet i nævneværdig grad.

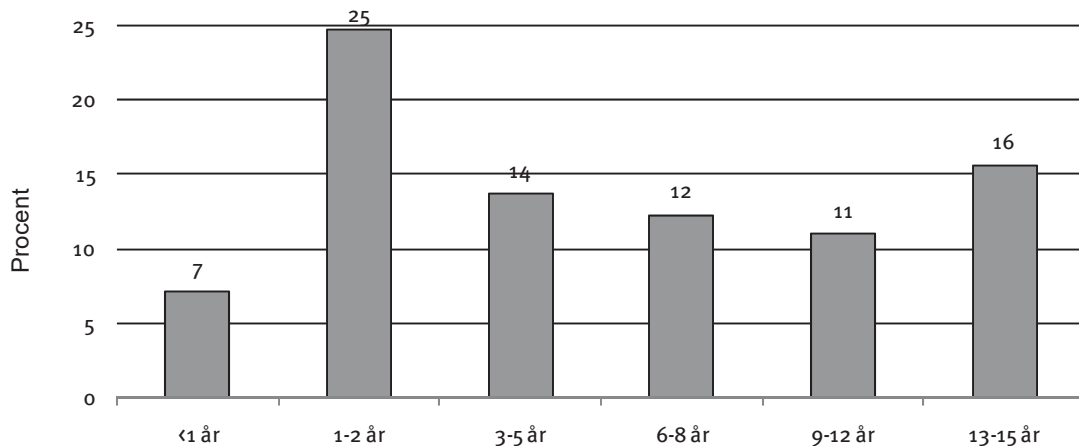
Figur 4.3 viser, at hvert fjerde barn i 1-2-årsalderen, har været hjemme som følge af sygdom i de seneste 14 dage, men også en relativ stor andel af de 13-15-årige, 16 pct.

Figur 4.4 viser, at andelen af børn, der har været til læge eller i kontakt med læge, er størst blandt de helt små, 7 pct. af de 0-årige og 10 pct. af de 1-2-årige.

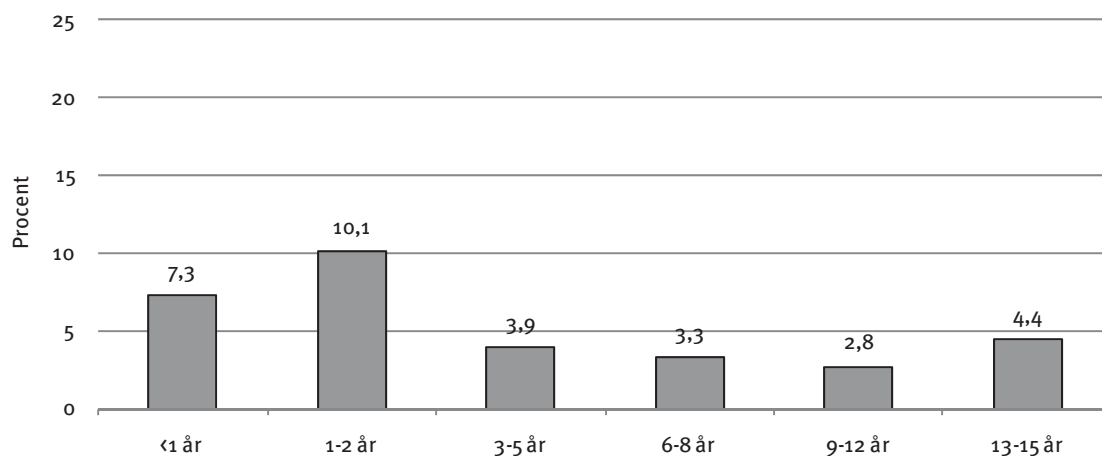
Figur 4.2 Forekomsten af sygefravær, kontakt med læge, kontakt med alternativ behandler og hospitalsindlæggelse som følge af sygdom inden for de seneste 14 dage blandt danske børn



Figur 4.3 Forekomsten af sygefravær, som følge af sygdom inden for de seneste 14 dage blandt danske børn opdelt på alder



Figur 4.4 Forekomsten af kontakt med læge som følge af sygdom inden for de seneste 14 dage blandt danske børn



4.8 Diskussion

Hvert femte barn har været sygt, inden for de seneste 14 dage. Andelen af børn, der har været syge inden for de seneste 14 dage, er højest blandt de 1-2-årige (37pct.), men også en betragtelig andel af de 13-15-årige har været syge (22 pct.). 14 pct. af børnene i undersøgelsen har været hjemme fra skole eller daginstitution pga. deres akutte sygdom. 25 pct. af de 1-2-årige og 16 pct. af de 13-15-årige har været fraværende fra institution eller skole inden for de seneste 14 dage. 4,5 pct. har været til lægen eller haft telefonisk kontakt med lægen som følge af deres akutte sygdom. Den største andel, der har været til læge eller haft kontakt til lægen, ses blandt de helt små. Blandt de 1-2-årige har hver tiende været til læge eller haft kontakt til læge inden for de seneste 14 dage.

Årsagen til sygdommen skyldes for 6 ud af 10 børn infektionssygdom. De 1-2-årige har oftere end ældre børn luftvejsinfektionssygdomme. 30 pct. af drengene og 27 pct. af pigerne af de 1-2-årige har haft luftvejsinfektioner inden for de seneste 14 dage. Årsagen til den lavere sygelighed blandt de 0-årige end blandt de 1-2-årige skyldes formentligt blandt andet, at børnene er beskyttet af moderens immunforsvar, så længe de bliver ammet. Herudover er langt de fleste børn ikke startet i

institution på dette tidspunkt og bliver derfor ikke eksponeret for smitte i samme grad som de lidt ældre børn. Næsthøypigste årsag til akut sygdom blandt børn er mave-tarmsygdom, hvert tyvende barn har haft mave-tarmsygdom eller klaget over mavesmerter inden for de seneste 14 dage.

Det er tidligere påvist, at pasning i daginstitution øger risikoen for sygdom hos de 0-2-årige børn. Tilsvarende viser denne undersøgelse, at den akutte sygeligheden er lidt højere blandt de 1-5-årige børn, der er blevet passet i daginstitution det første år end blandt de børn, der er blevet passet hjemme eller i dagpleje. Da både det enkelte barns sygelighed og forældrenes sociale situation kan have betydning for valg af pasningsform er det dog svært at belyse en evt. direkte sammenhæng mellem pasningsform og sygelighed via SUSY 2005. Det er således muligt at børn, der ofte har været syge som spædbørn bevidst placeres i dagpleje eller i hjemmet for at mindske smitte risikoen.

Smitterisikoen øges med graden af tæthed, dvs. antal børn i forhold til areal (Nielsen mfl., 1998). Enkelte undersøgelser tyder endvidere på, at børn, der passes i skovbørnehaver, har færre luftvejsinfektioner end børn, der passes i almindelige daginstitutioner (Smidt, 2001).

Spredningen af infektioner i daginstitutioner og skoler kan forebygges ved at børnefamilier får bedre muligheder for at passe akut syge børn i deres eget hjem indtil sygdommen er overstået, dvs. forbedrede regler om arbejdsfrihed ved børns sygdom. God personlig hygiejne hos børn og de voksne, der omgiver dem, kan også mindske smittespredning. Interventionsstudier har således vist, at hvis børnene vasker hænder jævnligt, og i særlig grad i forbindelse med toiletbesøg og spisning, reduceres forekomsten af infektionssygdomme (Ladegaard & Stage, 1999; Master mfl., 1997). Institutioner, skoler og forældre

bør derfor opfordres til at gøre god håndhygiejne til en del af børnenes hverdag.

Tendensen til at børn, der bor på landejendom eller i enfamiliehus, sjældnere har været syge inden for de seneste 14 dage, skyldes formodentligt, at persontætheden er lavere i disse typer af boliger end i fx etageejendom (Wind-Andersen & Rindel, 1995). En anden forklaring kan være, at disse børn opholder sig mere udendørs. Det er beskrevet, at udendørsliv i grønne områder kan påvirke helbredet positivt, både oplevelsesmæssigt, psykisk og kropsligt (Kamper-Jørgensen, 2007).

4.9 Referencer

- Kamper-Jørgensen F. (2007). Naturen. I: Kjøl-ler M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). *Folkesundhedsrapporten 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Ladegaard M.B. & Stage V. (1999). Håndhygi-ejne og småbørnssygelighed i daginstituti-oner. *Ugeskrift for Læger*, 161(31):4396-400.
- Master D., Hess Longe S. & Dickson H. (1997). Scheduled hand washing in an elementary school population. *Family Medicine*, 29(5): 336-9.
- Nielsen A., Lie H., Keiding L. & Madsen M. (1998). *Børns sundhed i Danmark*. Køben-havn: DIKE.
- Nielsen A., Koefoed B.G., Møller R. & Laursen B. (2006). Forekomst af nylig sygdom hos danske børn i 1994 og 2000. *Ugeskrift for Læger*, 168(4):373-8.
- Petersen T., Nielsen A., Paludan M., Rasmus-sen S. & Madsen M. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Smidt E. (2001). I: Goldstein H. (red.). *Syg-domsforebyggelse – hverdag og visioner*. København: Akademisk Forlag.
- Wind-Andersen K. & Rindel A. (1995). *Boligen og børns sundhed - delrapport 1. En sammen-fatning af den videnskabelige dokumentati-on*. København: Bygge- og boligstyrelsen.

5 Symptomer

Anette Johansen

5.1 Indledning

Et symptom er en effekt, som regel af en sygdom eller skade og kan også være udtryk for psykosocial belastning. Symptomer kan være objektive, dvs. de kan iagttages og måles af andre end personer selv, eller subjektive, dvs. de opleves, iagttages kun af personen selv. Oftest omfatter begrebet ”symptom” alene en persons egne iagttagelser, fx hovedpine, kvalme, i modsætning til kliniske fund dvs. iagttagelser gjort af andre ved fx kropsundersøgelser og røntgenundersøgelser.

Når symptomer ikke kan forklares ved sygdom taler man om psykosomatiske symptomer (Petersen mfl., 2000). Symptomer er således ikke altid tegn på sygdom i traditionel forstand (Van Wijk & Kolk, 1997). Der er kulturelle og sociale forskelle i rapporteringen af symptomer, og forældres sygdoms adfærd synes at have betydning for, om barnet rapporterer de samme symptomer som forældrene (Virtanen mfl. 2002; Bugdayci mfl., 2005; Petersen mfl., 2000; Grøholt mfl., 2003).

Forekomsten af de enkelte typer af symptomer er afhængig af barnets alder og køn. (Sundblad mfl., 2007; Goodman & McGrath, 1991). Småbørn klager fx relativt ofte over mavepine, mens hovedpine er det oftest rapporterede symptom blandt teenagepiger (Berntsson & Köhler, 2001).

Smerter er et hyppigt helbredsproblem blandt voksne, hvor det ofte har alvorlige personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser. Smerter hos børn er en hyppig årsag til sygemelding og fravær fra skole (Virtanen mfl., 2002; Roth-Isigkeit mfl., 2004).

Hvordan måles børns symptomer?

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 blev forældrene spurgt:

Har Deres barn indenfor de seneste 14 dage haft nogen af følgende symptomer: forkølelse, hovedpine, ondt i maven, ondt i ryggen, ondt i øret eller udflåd fra øret, hududslet, eksem eller kløe, underlivssmerter eller menstruationsbesvær

Svarkategorier:

- Ja.
- Nej.
- Ved ikke.

Der er således udelukkende indhentet oplysninger om forekomsten af symptomer, ikke om symptomernes hyppighed, sværhedsgrad eller årsagen til symptomet.

De følgende tabeller omfatter både objektive symptomer, som fx hududslet, forkølelse og udflåd fra øret, og subjektive symptomer, fx smerter.

Når alle symptomer medtages, har 43 pct. af børnene klaget over mindst et symptom inden for de seneste 14 dage.

Ondt i øret eller udflåd fra øret er rapporteret blandt 3,1 pct. af børnene inden for de seneste 14 dage, hyppigst blandt 1-2-årige, hvor der angives øreproblemer blandt 5,4 pct. af drengene og 7,7 pct. af pigerne.

Hududslet, eksem eller kløe er rapporteret blandt 9,5 pct. af børnene inden for de seneste 14 dage, hyppigst blandt småbørn, idet 15,5 pct. af de 1-2-årige drenge og 11,9 pct. af 1-2-årige piger havde haft hududslet eller kløe.

5.2 Mavesmerter

Mange børn klager jævnligt over mavesmerter, og mange forældre konsulterer deres læge for at få en forklaring på barnets klager. Mavesmerter er en hyppig årsag til skolefravær blandt større børn.

Akutte mavesmerter kan være symptom på en mave-tarminfektion, men kan også skyldes at barnet fx har spist eller drukket for meget. Hyppige og tilbagevendende klager over mavesmerter kan skyldes intolerance fx overfor mælkesukker (laktoseintolerans) eller overfor gluten (coeliaki). Mavekatar og refluks sygdomme (hvor mavesyren lejlighedsvis trænger op i spiserøret) er ligeledes kendte, men ikke hyppige årsager til tilbagevendende mavesmerter hos børn (Nielsen mfl., 2001).

Forekomsten af mavepine, hovedpine, rygsmerter og forkølelse præsenteres i de følgende afsnit.

Der kan sjældent påvises en fysisk/organisk forklaring på børns mavesmerter. Psykologiske faktorer menes at spille en afgørende rolle (Grøholt mfl., 2003). Sådanne psykosomatiske mavesmerter optræder fx i forbindelse med ubehagelige begivenheder, og hos børn, der er kedede af det eller på anden måde mistrives.

Teenagepiger klager oftere end drenge over mavesmerter (Grøholt mfl., 2003; Petersen mfl., 2000; Due & Holstein, 2003). Det er beskrevet, at børn i den laveste indkomstkvarter har en forøget risiko for mavepine (Grøholt mfl., 2003). Klager over mavepine forekommer hyppigere blandt teenagere, der bor hos enlige forældre eller i stedfamilier, sammenlignet med teenagere, der bor sammen med begge deres biologiske forældre (Petersen mfl., 2000).

Tabel 5.1 Forekomst af mavesmerter blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal		
Alle børn		2005	13,8			6.962		
Køn	Dreng	13,3	0,93		(0,83 - 1,04)	3.536		
	Pige	14,3	1		(Reference)	3.412		
Alder	Drenge	0 år	17,1	1,17		(0,60 - 1,37)	203	
		1-2 år	13,2	0,90		(0,53 - 1,37)	417	
		3-5 år	12,7	0,87		(0,51 - 1,38)	620	
		6-8 år	12,7	0,87		(0,51 - 1,37)	696	
		9-12 år	12,7	0,87		(0,52 - 1,40)	958	
		13-15 år	14,6	1		(Reference)	625	
	Piger	0 år	11,2	0,68		(0,50 - 1,29)	208	
		1-2 år	9,9	0,61		(0,50 - 1,20)	379	
		3-5 år	12,7	0,78		(0,50 - 1,24)	628	
		6-8 år	17,8	1,09		(0,70 - 1,37)	643	
		9-12 år	14,6	0,89		(0,52 - 1,45)	939	
		13-15 år	16,4	1		(Reference)	598	
		Forælders samlivsstatus ^d	Gift	12,4	1		(Reference)	5.209
			Samlevende	14,6	1,18		(1,00 - 1,53)	1.243
Enlig	19,0		1,54	+	(1,05 - 1,78)	509		
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	16,3	1		(Reference)	1.626		
	To	14,0	0,86		(0,64 - 1,00)	3.537		
	Tre	9,7	0,60	-	(0,50 - 0,87)	1.433		
	Fire eller flere	12,3	0,75		(0,50 - 1,00)	366		
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	16,3	1,19		(0,66 - 1,45)	332		
	10 år	14,0	1,02		(0,64 - 1,46)	371		
	11-12 år	11,1	0,81		(0,65 - 1,16)	1.048		
	13-14 år	14,2	1,04		(0,79 - 1,36)	3.145		
	15+ år	13,7	1		(Reference)	1.955		
	Anden skoleuddannelse	12,1	0,88		(0,65 - 1,45)	64		
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	9,4	0,66		(0,48 - 1,10)	389		
	Selvstændig uden ansatte	8,6	0,61		(0,48 - 1,18)	271		
	Topleder	13,0	0,92		(0,47 - 1,63)	383		
	Lønmodtager højt niveau	14,2	1		(Reference)	945		
	Lønmodtager mellemniveau	14,2	1,00		(0,61 - 1,47)	1.613		
	Lønmodtager lavt niveau	12,8	0,90		(0,62 - 1,30)	2.361		
	Arbejdsløs	19,1	1,34		(0,70 - 1,69)	311		
	Under uddannelse	18,0	1,27		(0,67 - 1,69)	273		
	Førtidspensionist	18,5	1,30		(0,48 - 1,70)	120		
	Andre	14,9	1,05		(0,50 - 1,69)	255		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	16,1	1,27		(0,89 - 1,44)	1.626		
	2. Kvartil	13,3	1,05		(0,87 - 1,42)	1.289		
	3. Kvartil	13,1	1,03		(0,87 - 1,40)	2.017		
	4. Kvartil (højeste)	12,7	1		(Reference)	1.645		
Boligtype	Landejendom	12,2	0,94		(0,79 - 1,37)	838		
	Enfamiliehus	13,0	1		(Reference)	4.461		
	Rækkehus eller flerfamiliehus	16,0	1,23		(0,87 - 1,71)	831		
	Etageejendom	14,9	1,15		(0,81 - 1,54)	693		
	Andet	19,0	1,46		(0,79 - 1,84)	88		
Region	Region Hovedstaden	16,0	1		(Reference)	1.267		
	Region Sjælland	15,3	0,95		(0,68 - 1,07)	1.212		
	Region Syddanmark	12,5	0,78		(0,65 - 1,07)	1.583		
	Region Midtjylland	12,2	0,76		(0,65 - 1,07)	1.446		
	Region Nordjylland	13,3	0,83		(0,65 - 1,08)	1.454		

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med det givne symptom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre symptomrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

5.3 Resultater - mavesmerter

Køn og alder

13,8 pct. af de danske børn har ifølge den adspurgte forælder klaget over mavesmerter inden for de seneste 14 dage. Forekomsten er højest blandt 6-8-årige piger, 17,8 pct., og lavest blandt 1-2-årige piger, hvor 9,9 pct. af børnene har haft mavesmerter inden for de seneste 14 dage.

Forældres samlivsstatus

En større andel børn af enlige forældre har haft mavepine inden for de seneste 14 dage i forhold til børn af forældre med anden samlivsstatus. Børn af en enig forælder har i undersøgelsen en halv gang større risiko for at klage over mavesmerter end børn af gifte forældre.

Antal børn i husstanden

Den højeste forekomst af mavesmerter rapporteres blandt enebørn og den laveste forekomst blandt børn, der bor i en husstand sammen med to andre børn under 16 år.

Forældres uddannelsesniveau

Børn af forældre med 11-12 års uddannelse har den laveste forekomst af mavesmerter (11 pct.). Mens børn af forældre med mindre end

10 års skolegang har den højeste rapportering af mavesmerter (16 pct.).

Forældres socioøkonomiske gruppe

Flest børn af arbejdsløse og førtidspensionerede forældre har haft mavesmerter inden for de seneste 14 dage. En femtedel af børnene af arbejdsløse forældre har haft mavesmerter mod mindre end en tiendedel af børnene af de selvstændige forældre.

Husstandsindkomst

Der er svag tendens til, at børn af forældre fra den laveste indkomstkvartil oftere har haft mavesmerter end børn af forældre fra højere indkomstkvartiler.

Boligtype

Der ses ingen klar sammenhæng mellem boligtype og andelen af børn, som har haft mavepine.

Region

Børn af forældre, der bor i Region Hovedstaden har oftest haft mavesmerter inden for de seneste 14 dage.

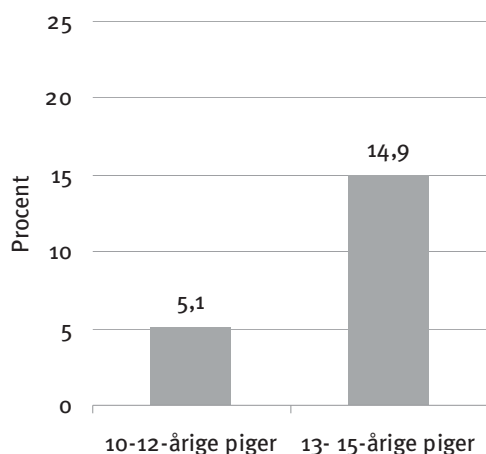
Underlivssmerter eller menstruationsbesvær

Forældre til piger over 10 år er blevet spurgt, om deres barn inden for de seneste 14 dage har klaget over underlivssmerter eller menstruationsbesvær. Det har 15 pct. af de 14-15-årige piger og ca. 5 pct. af de 10-12-årige piger.

5.4 Udvikling over tid

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 1994 og 2000 er forældrene ligeledes blevet spurgt om symptomer hos barnet. Spørgsmålene om mavesmerter er dog ikke stillet helt identisk, idet forældrene i 2000 er blevet forevist en liste over symptomerne, mens de i 2005 er blevet adspurgt, om barnet har haft det enkelte symptom. Tallene tyder dog på, at der siden 1994 har været en stigning i andelen af drenge og piger, som har klaget over mavesmerter inden for de seneste 14 dage. I 1994 rapporteredes mavesmerter hos 10 pct. af børnene mens tallene for 2000 og 2005 var hhv. 20 pct. og 14 pct.

Figur 5.1 Andel af piger med underlivssmerter eller menstruationsbesvær inden for en 14 dages periode



5.5 Hovedpine

Næsten alle oplever hovedpine på et tidspunkt i deres liv. Hovedpine kan udløses af en lang række sygdomme, men kan også udløses af fx træthed, tobaksrygning, indtagelse af alkohol, lægemidler og specielle

fødevarer. I mange tilfælde findes der ikke en specifik, kendt årsag.

Migræne, anfaldsvis hovedpine varende fra få timer op til døgn, optræder også hos børn og kan ligesom hos voksne være stærkt belastende og hæmme daglige funktioner. Migræne er en af årsagerne til skolefravær (Virtanen mfl., 2002). Hovedpine i barnealderen følges ofte af hovedpineanfald også i voksenalderen (Sasmaz mfl., 2004; Fearon & Hotopf, 2001).

Hovedpine er ofte et ledsagende symptom til infektionssygdomme, fx influenza, og er et kærnesymptom ved hjernehinde- og hjernebetændelse, ved hjernesvulster og ved forhøjet blodtryk. Hovedpine er desuden en følgetilstand til hjernerystelse.

Andre undersøgelser af hovedpine blandt børn rapporterer, at 15 pct. af de 7-17-årige, ifølge deres forældre, havde hovedpine minimum hver anden uge (Grøholt mfl., 2003). Forekomsten af hovedpine tiltager med alderen og er størst blandt teenagere (Virtanen mfl., 2002). Hovedpine er mere udbredt blandt piger end blandt drenge (Sundblad mfl., 2006), blandt børn af forældre med lav uddannelse (Petersen mfl., 2000) og blandt børn fra den laveste indkomstkvarter (Grøholt mfl., 2003).

Undersøgelser, hvor der er indhentet oplysninger om både forældre og børns forekomst af hovedpine, viser en klar sammenhæng mellem forældres rapportering af symptomet og rapportering af samme typer smerter hos deres børn (Grøholt mfl., 2003; Virtanen mfl., 2002; Sasmaz mfl., 2004).

I nærværende undersøgelse er forældrene blevet spurgt, om barnet har klaget over hovedpine inden for den seneste 14-dagesperiode, men ikke om graden eller arten af hovedpinesymptomerne.

Tabel 5.2 Forekomst af hovedpine blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal		
Alle børn		2005	9,8			6.962		
Køn	Dreng	9,3	0,90		(0,78 - 1,03)	3.536		
	Pige	10,3	1		(Reference)	3.412		
Alder	Dreng	0 år	1,7	0,10	-	(0,01 - 0,36)	203	
		1-2 år	1,5	0,09	-	(0,01 - 0,26)	417	
		3-5 år	2,9	0,18	-	(0,07 - 0,33)	620	
		6-8 år	9,9	0,61	-	(0,36 - 0,95)	696	
		9-12 år	15,7	0,96		(0,64 - 1,04)	958	
		13-15 år	16,3	1		(Reference)	625	
	Piger	0 år	0,5	0,02	-	(0,01 - 0,09)	208	
		1-2 år	0,9	0,05	-	(0,01 - 0,17)	379	
		3-5 år	3,8	0,18	-	(0,07 - 0,36)	628	
		6-8 år	10,8	0,52	-	(0,26 - 0,85)	643	
		9-12 år	16,1	0,78		(0,52 - 1,04)	939	
		13-15 år	20,7	1		(Reference)	598	
		Forælders samlivsstatus ^d	Gift	9,0	1		(Reference)	5.209
			Samlevende	8,5	0,95		(0,79 - 1,28)	1.243
Enlig	13,3		1,48	+	(1,01 - 1,71)	509		
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	10,3	1		(Reference)	1.626		
	To	10,3	0,99		(0,73 - 1,16)	3.537		
	Tre	9,5	0,92		(0,61 - 1,16)	1.433		
	Fire eller flere	7,3	0,70		(0,53 - 1,15)	366		
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	11,7	1,29		(0,82 - 1,75)	332		
	10 år	11,4	1,26		(0,82 - 1,75)	371		
	11-12 år	9,1	1,00		(0,82 - 1,63)	1.048		
	13-14 år	10,0	1,10		(0,82 - 1,46)	3.145		
	15+ år	9,1	1		(Reference)	1.955		
	Anden skoleuddannelse	12,6	1,39		(0,82 - 1,75)	64		
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	8,2	0,76		(0,46 - 1,36)	389		
	Selvstændig uden ansatte	6,6	0,62		(0,46 - 1,20)	271		
	Topleder	7,2	0,67		(0,46 - 1,37)	383		
	Lønmodtager højt niveau	10,7	1		(Reference)	945		
	Lønmodtager mellemniveau	9,1	0,86		(0,59 - 1,42)	1.613		
	Lønmodtager lavt niveau	9,9	0,93		(0,65 - 1,31)	2.361		
	Arbejdsløs	15,1	1,42		(0,73 - 1,74)	311		
	Under uddannelse	8,9	0,84		(0,46 - 1,73)	273		
	Førtidspensionist	14,6	1,37		(0,47 - 1,74)	120		
	Andre	9,8	0,92		(0,46 - 1,74)	255		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	12,0	1,40		(0,98 - 1,60)	1.626		
	2. Kvartil	8,7	1,02		(0,85 - 1,50)	1.289		
	3. Kvartil	9,3	1,09		(0,85 - 1,49)	2.017		
	4. Kvartil (højeste)	8,6	1		(Reference)	1.645		
Boligtype	Landejendom	6,7	0,70	-	(0,59 - 0,99)	838		
	Enfamiliehus	9,5	1		(Reference)	4.461		
	Rækkehus eller flerfamiliehus	11,8	1,24		(0,72 - 1,92)	831		
	Etageejendom	10,4	1,09		(0,61 - 1,55)	693		
	Andet	15,9	1,67		(0,56 - 2,18)	88		
Region	Region Hovedstaden	9,9	1		(Reference)	1.267		
	Region Sjælland	11,6	1,17		(0,78 - 1,37)	1.212		
	Region Syddanmark	9,2	0,93		(0,75 - 1,41)	1.583		
	Region Midtjylland	9,2	0,92		(0,75 - 1,37)	1.446		
	Region Nordjylland	9,3	0,94		(0,75 - 1,36)	1.454		

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med det givne symptom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre symptomrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

5.6 Resultater - hovedpine

Køn og alder

Hvert tiende barn har, ifølge deres forældre, haft hovedpine inden for de seneste 14 dage (9,8 pct.). Der er ingen kønsforskel. Under 4 pct. børn i børnehvealderen har haft hovedpine inden for en 14-dages-periode, mens 10 pct. af børnene i indskolingsalderen og 16-20 pct. af børnene i 1. - 8. skoleklasse har hovedpine. Hver femte pige og hver sjette dreng i 9. klasse har klaget over hovedpine inden for de seneste 14 dage, ifølge de adspurgte forældre.

Forælders samlivsstatus

Flest børn af enlige forældre har haft hovedpine inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med børn af gifte forældre har børn af enlige forældre en halv gang større risiko for at have haft hovedpine.

Antal børn i husstanden

Der ses en svag tendens til, at rapporteringen af hovedpine falder med stigende antal børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen klar sammenhæng mellem den besvarende forælders uddannelsesniveau og forekomsten af hovedpine hos barnet.

Forældres socioøkonomiske gruppe

En større andel børn af arbejdsløse forældre og forældre på førtidspension har haft hovedpine inden for en 14-dages-periode i forhold til børn fra andre socioøkonomiske grupper.

Husstandsindkomst

Andelen af børn med hovedpine er størst blandt forældre med en indtægt indenfor den lavest indkomst kvartil, 12 pct.

Boligtype

Børn af forældre, der bor i landejendom, har sjældnere end forældre i andre boligtyper, haft hovedpine.

Region

Børn af forældre fra Region Sjælland har lidt oftere end forældre i de andre regioner, haft hovedpine.

5.7 Udvikling over tid

Spørgsmålene om hovedpine er ikke stillet helt identisk i 2005 og i de tidligere undersøgelser, 1994 og 2000. Men med det forbehold synes der ikke at være en ændring i forekomsten af hovedpine blandt børn i perioden 1994 til 2005.

5.8 Rygsmerter

Mange danske børn klager over rygsmerter, hyppigst teenagere. Rygsmerter hos skolebørn kan skyldes dårlig holdning som følge af utilstrækkelig muskeltræning, muskelspændinger som følge af anspændthed eller dårlig arbejdsstilling (Nielsen mfl., 1998). Overbelastning og skader, opstået i forbindelse med fx sport eller fritidsarbejde og følger efter ulykker kan også resultere i rygsmerter hos børn (Harreby mfl. 1999).

Rygsmerter kan endvidere være betinget af medfødte misdannelser, fx kileformede ryghvirvler (morbus Scheuermann), skævhed i ryggen (skoliose), sammenvoksede ryghvirvler eller udglidning af hvirvler i forhold til hinanden (spondylolistese). Det er sjældent at børn får degenerative lidelser som fx diskusprolaps. (Petersen mfl., 2000; Nielsen mfl., 1998).

Forekomsten af rygsmerter øges efter 12-årsalderen, især blandt piger (Trevelyan & Legg, 2006). En undersøgelse blandt skoleelever fandt, at en tredjedel af tredjeklasses elever og halvdelen af niendeklasses elever rapporterede rygsmerter inden for den seneste må-

ned, og i ca. en tredjedel af tilfældene havde smerterne haft en eller anden form for konsekvens for dem, hyppigst nedsat fysisk aktivitet (Wedderkopp mfl., 2001).

I tidligere i danske undersøgelser findes der ingen eller kun små kønsforskelle i rapporteringen af børns rygsmerter (Due & Holstein, 2003; Petersen mfl., 2000).

Flere danske studier finder, at børn fra hjem med de lavest uddannede forældre i højere grad rapporterer rygsmerter end børn med højt uddannede forældre (Holstein mfl., 1990; Wedderkopp mfl., 2005).

Flere udenlandske studier påpeger, at tunge skoletasker kan forårsage rygsmerter hos skolebørn. Tasker med en enkelt rem giver ekstra stor belastning af barnets ryg. Elever, der bærer mere end 20 pct. af deres egen kropsvægt, har en øget risiko for rygsmerter (Trevelyan & Legg, 2006). Også for rygsmerter finder tidligere studier, at hvis andre i familien har haft rygsmerter, forøges barnet risiko for også at opleve rygsmerter (Trevelyan & Legg, 2006).

Tabel 5.3 Forekomst af rygsmerter blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	3,5			4.459	
Køn	Dreng	3,4	0,92		(0,66 - 1,25)	2.279	
	Pige	3,7	1		(Reference)	2180	
Alder	Drenge	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	1,3	0,23	-	(0,09 - 0,69)	696
		9-12 år	3,4	0,60		(0,17 - 1,00)	958
		13-15 år	5,7	1		(Reference)	625
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	1,4	0,16	-	(0,09 - 0,45)	643
		9-12 år	2,1	0,24	-	(0,09 - 0,52)	939
		13-15 år	8,8	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	2,8	1		(Reference)	3.424
		Samlevende	3,8	1,32		(0,87 - 2,76)	640
Enlig		5,8	2,03		(0,83 - 2,78)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	4,5	1		(Reference)	984	
	To	3,1	0,69		(0,25 - 1,17)	2.235	
	Tre	3,6	0,81		(0,32 - 1,17)	998	
	Fire eller flere	2,0	0,44		(0,19 - 1,16)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	5,4	1,84		(0,71 - 3,13)	224	
	10 år	4,9	1,68		(0,71 - 3,10)	246	
	11-12 år	3,8	1,29		(0,71 - 3,11)	669	
	13-14 år	3,5	1,19		(0,70 - 2,78)	2.071	
	15+ år	2,9	1		(Reference)	1.179	
	Anden skoleuddannelse	.	.		.	37	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	1,9	0,66		(0,03 - 3,98)	284	
	Selvstændig uden ansatte	4,5	1,51		(0,20 - 4,49)	183	
	Topleder	0,6	0,22		(0,06 - 1,35)	268	
	Lønmodtager højt niveau	2,9	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	2,6	0,87		(0,21 - 4,49)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	4,1	1,40		(0,60 - 4,62)	1.541	
	Arbejdsløs	8,5	2,90		(0,23 - 4,62)	161	
	Under uddannelse	3,5	1,19		(0,06 - 4,58)	141	
	Førtidspensionist	3,9	1,33		(0,09 - 4,60)	98	
	Andre	7,0	2,36		(0,10 - 4,64)	160	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	5,4	2,60	+	(1,24 - 3,81)	1.015	
	2. Kvartil	4,1	1,95	+	(1,01 - 3,85)	776	
	3. Kvartil	3,1	1,51		(1,00 - 3,36)	1.310	
	4. Kvartil (højeste)	2,1	1		(Reference)	1.114	
Boligtype	Landejendom	1,8	0,53		(0,06 - 1,25)	572	
	Enfamiliehus	3,4	1		(Reference)	2.946	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	5,4	1,60		(0,45 - 2,16)	477	
	Etageejendom	3,7	1,10		(0,22 - 2,14)	372	
	Andet	2,5	0,72		(0,00 - 2,16)	61	
Region	Region Hovedstaden	3,3	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	3,1	0,95		(0,55 - 2,10)	805	
	Region Syddanmark	4,7	1,44		(0,58 - 2,11)	1.036	
	Region Midtjylland	3,3	1,00		(0,55 - 2,10)	901	
	Region Nordjylland	3,0	0,90		(0,55 - 2,15)	965	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med det givne symptom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre symptomrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

5.9 Resultater - ryg-smerter

Småbørn klager sjældent over rygsmarter. Vi har derfor valgt kun at belyse forekomsten af rygsmarter fra 6-års-alderen. Forekomsten af rygsmarter i de yngste aldersgrupper var mindre end en pct.

Køn og alder

Forældre til 3,5 pct. af børnene har rapporteret, at deres 6-15-årige barn har haft rygsmarter inden for de seneste 14 dage. For hele aldersgruppen er der ingen kønsforskel i forekomsten. Andelen, der har haft rygsmarter, stiger med alderen. Den højeste forekomst er blandt 13-15-årige piger, 8,8 pct., mod 5,7 pct. blandt 13-15-årige drenge .

Forældres samlivsstatus

Børn af enlige har en højere forekomst af rygsmarter end børn af gifte forældre og samlevende. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Antal børn i husstanden

Der er ingen statistisk sikker sammenhæng mellem antallet af børn i husstanden og forekomsten af rygsmarter blandt børn.

Forældres uddannelsesniveau

Der er svag tendens til, at andelen af forældre der rapporterer, at deres barn havde haft rygsmarter, falder med forældrenes stigende uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Børn af arbejdsløse forældre har i højere grad, haft rygsmarter inden for de seneste 14 dage, end børn af forældre i de andre socioøkonomiske grupper. Forskellen kan dog være resultat af statistisk tilfældighed.

Husstandsindkomst

Risikoen for, at den adspurgte forælder rapporterer, at deres barn har haft rygsmarter, stiger med faldende husstandsindtægt pr. person. Børn fra den laveste indkomstkvartil har en forøget risiko på 2,6 i forhold til børn i den højeste indkomstkvartil.

Boligtype

Vi finder ingen statistisk sikre forskelle i rapporteringen af rygsmarter boligtyperne imellem. Børn af forældre, der bor på landejendom, har dog sjældnere rygproblemer, end forældre i de andre boligtyper.

Region

Der er ingen forskelle i rapporteringen af rygsmarter regionerne i mellem.

5.10 Udvikling over tid

Der er ingen ændring i rapportering af rygsmarter fra 1994 til 2005.

5.11 Forkølelse

Forkølelse, oftest betinget af virusbetingede øvre luftvejsinfektioner, er det hyppigste symptom blandt børn. Forkølelse forekommer hyppigt op til 5-8 gange årligt blandt småbørn med størst forekomst i den kolde tid. Årsagen hertil er dog ikke kulde i sig selv, men det forhold, at vi opholder os mere indendørs om vinteren - når mange mennesker opholder sig tæt sammen inden døre forøges smitterisikoen (Statens Serum Institut, 2007).

Det karakteristiske symptom ved forkølelse er, at næsen løber. Forkølelse er sædvanligvis en mild sygdom, der varer en uges tid. Forkølelse kan også optræde sammen med andre sygdomme, som fx influenza. Komplikationer som mellemørebetændelse, bihulebetændelse, bronkitis og lungebetændelse kan endvidere opstå i forlængelse af forkølelse.

Forkølelsvirus spredes gennem direkte og indirekte kontakt samt via luftenbåren smitte. Kontaktsmitte via hænder kan undgås ved god håndhygiejne.

Tabel 5.4 Forekomst af forkølelssymptomer blandt børn inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	25,0			6.962	
Køn	Dreng	24,7	0,98		(0,90 - 1,05)	3.536	
	Pige	25,3	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	29,5	1,48		(0,90 - 2,46)	203
		1-2 år	47,7	2,39	+	(1,74 - 2,59)	417
		3-5 år	25,4	1,27		(0,84 - 1,85)	620
		6-8 år	19,3	0,97		(0,75 - 1,46)	696
		9-12 år	17,1	0,86		(0,75 - 1,30)	958
		13-15 år	19,9	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	33,5	1,69		(0,89 - 2,56)	208
		1-2 år	42,5	2,14	+	(1,47 - 2,59)	379
		3-5 år	30,3	1,53	+	(1,12 - 2,40)	628
		6-8 år	18,8	0,95		(0,75 - 1,50)	643
		9-12 år	18,0	0,91		(0,75 - 1,36)	939
		13-15 år	19,8	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	23,9	1		(Reference)	5.209
		Samlevende	25,9	1,09		(0,99 - 1,28)	1.243
Enlig		30,8	1,29		(0,99 - 1,43)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	28,9	1		(Reference)	1.626	
	To	24,2	0,84		(0,71 - 1,00)	3.537	
	Tre	22,4	0,78	-	(0,62 - 0,98)	1.433	
	Fire eller flere	21,2	0,73		(0,61 - 1,00)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	24,5	0,93		(0,70 - 1,24)	332	
	10 år	28,5	1,09		(0,70 - 1,25)	371	
	11-12 år	23,4	0,89		(0,70 - 1,13)	1.048	
	13-14 år	24,2	0,92		(0,77 - 1,14)	3.145	
	15+ år	26,2	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	22,4	0,85		(0,70 - 1,24)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	22,4	0,80		(0,55 - 1,12)	389	
	Selvstændig uden ansatte	17,6	0,63		(0,55 - 1,00)	271	
	Topleder	19,8	0,71		(0,55 - 1,11)	383	
	Lønmodtager højt niveau	28,1	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	24,8	0,88		(0,70 - 1,09)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	23,0	0,82		(0,66 - 1,02)	2.361	
	Arbejdsløs	30,3	1,08		(0,71 - 1,54)	311	
	Under uddannelse	24,0	0,85		(0,56 - 1,24)	273	
	Førtidspensionist	41,9	1,49		(0,89 - 1,58)	120	
	Andre	29,8	1,06		(0,73 - 1,50)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	26,6	1,09		(0,88 - 1,20)	1.626	
	2. Kvartil	24,5	1,00		(0,88 - 1,19)	1.289	
	3. Kvartil	24,1	0,98		(0,88 - 1,19)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	24,5	1		(Reference)	1.645	
Boligtype	Landejendom	19,3	0,81		(0,74 - 1,03)	838	
	Enfamiliehus	23,7	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	26,5	1,12		(0,87 - 1,40)	831	
	Etageejendom	31,2	1,32		(0,98 - 1,62)	693	
	Andet	31,6	1,33		(0,75 - 1,62)	88	
Region	Region Hovedstaden	29,5	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	25,9	0,88		(0,70 - 1,00)	1.212	
	Region Syddanmark	22,2	0,75	-	(0,67 - 0,92)	1.583	
	Region Midtjylland	22,5	0,76	-	(0,67 - 0,94)	1.446	
	Region Nordjylland	23,0	0,78	-	(0,68 - 0,97)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med det givne symptom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre symptomrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

5.12 Resultater - forkølelse

Køn og alder

I undersøgelsen rapporterede forældre til 25 pct. af børnene, at deres barn havde været forkølet inden for de seneste 14 dage. Stort set lige mange drenge og piger havde været forkølet, og hyppigst blandt 1-2-årige, henholdsvis 48 pct. af drengene og 43 pct. af pigerne. Forekomsten af forkølelse topper således i vuggestuealderen, mens andelen med forkølelsessymptomer falder, når barnet er i skolealderen. Blandt skolebørnene har lidt under en femtedel været forkølede inden for en 14-dages-periode.

Forældres samlivsstatus

Der er tendens til, at børn af enlige forældre hyppigere har været forkølede inden for de seneste 14 dage, end børn af gifte og samlevende forældre.

Antal børn i husstanden

Enebørn har, i højere grad end børn med hjemmeboende søskende under 16 år har været forkølede inden for de seneste 14 dage, ifølge de adspurgte forældre.

Forældres uddannelsesniveau

Forkølelse blandt børn viser ingen sammenhæng med forældres uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er tendens til, at førtidspensionerede og arbejdsløse hyppigere rapporterer, at deres barn har haft forkølelsessymptomer, end forældre i de fleste andre socioøkonomiske grupper.

Husstandsindkomst

Der er ingen statistisk sikre forskelle i rapporteringen af forkølelsessymptomer de enkelte husstandsindkomstgrupper imellem.

Boligtype

Der er tendens til at børn, der bor i etageejendom, har størst risiko for at have været forkølede, særligt sammenlignet med børn der bor på landejendomme.

Region

Risikoen for at barnet har været forkølet, er større i Region Hovedstaden end i de andre regioner i landet.

5.13 Diskussion

Forældre rapporterer, at 43 pct. af børnene har haft mindst et symptom inden for de seneste 14 dage, hyppigst forkølelse. Hvert fjerde barn i undersøgelsen havde været forkølet inden for de seneste 14 dage. Mavesmerter er det næst hyppigste symptom, rapporteret hos 14 pct. af børnene. Hver tiende barn har klaget over hovedpine og 3,5 pct. af skolebørn har haft rygsmarter.

Selvom disse symptomer oftest er forbigående og sjældent er led i en alvorlig sygdom, er det bekymrende, at så relativt mange børn har haft symptomer inden for en 14-dages periode. Oplysningerne om børns symptomer stammer ikke fra børnene selv, men fra deres forældre, og der må af den grund forventes at være en underrapportering. Det kan antages, at symptomerne har haft en sådan sværhedsgrad, at forælderen enten har kunnet se det på barnet, eller at barnet selv har fortalt det til forælderen. Spørgeskemaundersøgelser blandt børn rapporterer en højere forekomst af symptomer end undersøgelser, hvor forældre er blevet spurgt om deres børns symptomer (Nielsen mfl., 1998; Sasmaz mfl., 2004).

I hvilket omfang det enkelte barn fortæller sine forældre, at det har smerter eller symptomer, samt i hvilket omfang den voksne registrerer symptomer eller tegn på smerter hos barnet, vil være påvirket af såvel psykologiske som miljømæssige faktorer (Van Wijk & Kolk, 1997).

Når det gælder småbørn kan det være svært for forældre at afgøre, om et utilpas barn har mavepine eller andre symptomer. Med andre ord kan validiteten af forældrereporterede symptomer diskuteres.

I tidligere undersøgelser findes en sammenhæng mellem børns symptomer og rapportering af samme type symptom hos forældrene. (Bille 1997, Gunzburg mfl., 1999) Denne sammenhæng kan der være flere mulige forklaringer på. Symptomoverlap mellem barn

og voksen kan være forårsaget af genetiske eller miljømæssige forhold, der bevirker, at familiens risiko for at udvikle det givne symptom er større end for den almene befolkning. En anden forklaring kan være, at de forældre, der har særlige klager, fx migræne, har mere fokus på denne type smerter end på andre gener, og derfor i højere grad vil tage notits af denne type symptomer hos deres barn. En tredje forklaring kan være, at børn, der hører deres forældre klage over et givent symptom, i højere grad også selv vil have tendens til at klage over smerter af denne art, uanset om barnet reelt oplever denne typer smerter eller ej.

En række tidligere undersøgelser finder, at mavesmerter er hyppigere blandt teenagepiger end drenge (Petersen mfl., 2000; Grøholt mfl., 2003; Due & Holstein, 2003). At nærværende undersøgelse ikke i samme grad finder kønsforskelle i teenageres mavesmerter skyldes formodentligt, at der i denne undersøgelse er blevet spurgt separat til underlivs- og menstruationsbesvær.

Ringe indeklima og dårlige lys- og akustikforhold i skolerne har i tidligere undersøgelser vist at øge risikoen for symptomer hos eleverne. Der er betydelige muligheder for at reducere omfanget af skolebørns forskellige symptomer ved at forbedre indeklima, tilpasse møbler og redskaber og stimulere børnenes fysiske aktivitet gennem gymnastik og andre aktiviteter (Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

Også det psykiske miljø har vist sig at være af stor betydning. En stor dansk undersøgelse af skolebørns sundhed finder til eksempel, at daglige symptomer forekommer mere end dobbelt så ofte hos børn, der bliver mobbet, som hos børn der ikke er udsat for mobning (Due mfl., 2001). Skoler og institutioner bør således forsæt gøre en aktiv indsats for at sikre elevernes trivselsforhold.

5.14 Referencer

- Andersen S, Helweg-Larsen K. (2008). *Børns fysiske aktiviteter i skole og fritid*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Bille B. (1997). A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalgia* 17(4): 488-91
- Bugdayci R., Ozge A., Sasmaz T., Kurt A.O., Kaleagasi H., Karakelle A., Tezcan H. & Siva A. (2005). Prevalence and factors affecting headache in Turkish schoolchildren. *Pediatrics International: official journal of the Japan Pediatric Society*, 47(3):316-22.
- Berntsson L.T. & Köhler L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2–17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. The *European Journal of Public Health*, 11(1):35–42.
- Due P. & Holstein B.E. (red.) (2003). *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Due P., Holstein B.E. & Jørgensen P.S. (2001). Mobning har alvorlige konsekvenser. I: Jørgensen P.S., Holstein B.E. & Due P. (red). *Sundhed på vippen: en undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Fearon P. & Hotopf M. (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*, 322(7295):1145-8.
- Goodman J.E. & McGrath P.J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 46(3):247-64.
- Grøholt E.K., Stigum H., Nordhagen R. & Köhler L. (2003). Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *European Journal of Epidemiology*, 18(10):965–75.
- Gunzburg R., Balague F., Nordin M., Szpalski M., Duyck D., Bull D. & Melot C. (1999). Low back pain in a population of school children. *European Spine Journal* 8:439-43
- Harreby M., Nygaard B., Jessen T., Larsen E., Storr-Paulsen A., Lindahl A., Fisker I. & Lægaard E. (1999). Risk factors for low back pain in a cohort of 1389 Danish school children: an epidemiologic study. *European Spine Journal*, 8: 444–450
- Holstein B.E., Ito H. & Due P. (1990). Sociale forskelle i børns helbred. *Ugeskrift for Læger*, 152: 2910-3.
- Nielsen A., Lie H., Keiding L. & Madsen M. (1998). *Børns sundhed i Danmark*. København: DIKE.
- Nielsen A., Pedersen C.R. & Madsen M. (2001). *Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Petersen T., Nielsen A., Paludan M., Rasmussen S. & Madsen M. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Roth-Isigkeit A., Thyen U., Raspe H.H., Stöven H. & Schmucker P. (2004). Reports of pain among German Children and Adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 93(2):258-63.
- Sasmaz T., Bugdayci R., Ozge A., Karakelle A., Kurt O. & Kaleagasi H. (2004). Are parents aware of their schoolchildren's headaches?. *European Journal of Public Health*, 14(4):366-8.
- Sundblad G.M.B., Saartok T. & Engström L.M.T. (2006). Child – parent agreement on reports of disease, injury and pain. *BMC Public Health*, 6:276.
- Sundblad G.M.B., Saartok T. & Engström L.M.T. (2007). Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *European Journal of Pain* 11:171-180.

Trevelyan F.C. & Legg S.J. (2006). Back pain in school children-where to from here?. *Applied Ergonomics*, 37(1):45-54.

Van Wijk C.M. & Kolk A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45(2): 231-46.

Virtanen R., Aromaa M., Rautava P., Metsähonkala L., Anttila P., Helenius H. & Sillanpää M. (2002). Changes in headache prevalence between pre-school and pre-pubertal ages. *Cephalalgia* 22(3):179-85.

Wedderkopp N., Andersen L.B., Froberg K. & Leboeuf-Yde C. (2005). Back pain reporting in young girls appears to be puberty-related. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6:52.

Wedderkopp N., Leboeuf-Yde C., Andersen L.B., Froberg K. & Hansen H.S. (2001). Back Pain Reporting Pattern in a Danish Population-Based Sample of Children and Adolescents. *Spine*, 26(17):1879-83.

Statens Serum Institut, sygdomme, luftbårne. (2007). www.ssi.dk (10.10.2008)

6

Langvarig sygdom

Louise Norman Jespersen og Susan Ishøy Michelsen

6.1 Indledning

Langvarig sygdom omfatter forskelligartede langvarige lidelser, både alvorlige, livstruende sygdomme som cancer og mindre alvorlige lidelser som fx gentagne mellemørebetændelser, og eftervirkninger efter skader.

På grund af de store forskelle i sygdommenes karakterer er det vanskeligt, at lave en samlet beskrivelse af børnenes langvarige sygdomme. Alligevel er det vigtigt at interessere sig for de langvarige sygdomme, idet undersøgelser tyder på, at sygdommenes langvarige karakter alene kan have store konsekvenser for barnet og barnets familie (Pless & Douglas, 1971; Lenney 1997).

Udover de fysiske konsekvenser, langvarig sygdom kan have for barnet, kan langvarig sygdom også resultere i psykiske og sociale følgevirkninger. Eksempelvis kan barnets langvarige sygdom medføre øget fravær i skolen og dermed resultere i, at barnets sociale netværk i skolen svækkes (Sanzo 2008). Desuden er børn med langvarig sygdom hyppigere i kontakt med egen læge end raske børn (Grøholt mfl., 2003; Lipstein mfl. 2009).

Også for forældrene kan barnets langvarige sygdom have omfattende konsekvenser. Udover den psykiske belastning, det kan være at have et barn med en langvarig sygdom, kan der være konsekvenser i form af fravær fra arbejdet, nedsat indtjening i forbindelse med barnets indlæggelser og sygedage, samt manglende tid til raske søskende (Newacheck & Halfon, 1998; Lenney 1997).

Langvarig sygdom hos danske børn blev belyst i Børne-SUSY i 2000, hvor i alt 16 pct. af de i alt 7.670 børn under 16 år havde mindst én langvarig sygdom. Astma, medfødte misdannelser og kronisk mellemørebetændelse

var de hyppigst forekommende lidelser (Kjøller & Rasmussen, 2002; Nielsen, 2006).

Her udover er den samlede forekomst af langvarig sygdom blandt børn i Danmark kun sparsomt beskrevet. Derimod er forekomsten af specifikke kroniske sygdomme og alvorlige lidelser blandt danske børn belyst i nordiske og danske undersøgelser, fx forskellige kræftsygdomme (Svendson mfl., 2007; Raaschou-Nielsen mfl., 2006), astma (Hermann mfl. 2006) og leddegigt (Berntson mfl. 2003). Også forekomsten af langvarige sygdomme hos børn i en bestemt aldersgruppe er tidligere beskrevet (Grøholt mfl., 2003; Pless & Roghmann, 1971).

Denne undersøgelse beskriver den samlede forekomst af forskellige kategorier af langvarig sygdom blandt danske børn i alderen 0-15 år i 2005.

Hvordan måles langvarig sygdom?

Tabellen for langvarig sygdom er udarbejdet på baggrund af følgende spørgsmål i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005:

Lider barnet af nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden varig lidelse?

Svarkategorier:

- Ja.
- Nej.

Hvis svaret var bekræftende blev følgende supplerende spørgsmål stillet:

Hvilken sygdom eller lidelse drejer det sig om? (åbent spørgsmål)

Har en læge sagt, hvad det var?

Svarkategorier:

- Ja.
- Nej.

Oplysningerne om sygdommen i det åbne spørgsmål er klassificeret ud fra en lægelig vurdering af oplysningerne i overensstemmelse med WHO's internationale sygdomsklassifikation (International Classification of

Disease (ICD) –10) i overordnede sygdomskategorier. Grupperingen af de rapporterede langvarige lidelser i disse kategorier og ICD-10-koderne gengives i tabel 6.2 (WHO, 1994).

Tabel 6.1 Forekomst af langvarig sygdom blandt børn. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		11,1				6.962	
Køn	Dreng	13,0	1,45	+	(1,16 - 1,65)	3.536	
	Pige	9,0	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	3,2	0,18	-	(0,09 - 0,47)	203
		1-2 år	12,2	0,70		(0,40 - 1,02)	417
		3-5 år	10,7	0,62		(0,34 - 1,08)	620
		6-8 år	12,0	0,69		(0,40 - 1,01)	696
		9-12 år	15,9	0,92		(0,60 - 1,02)	958
		13-15 år	17,3	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	2,0	0,14	-	(0,09 - 0,43)	208
		1-2 år	7,2	0,52		(0,20 - 1,02)	379
		3-5 år	8,4	0,60		(0,28 - 1,00)	628
		6-8 år	9,4	0,68		(0,41 - 1,01)	643
		9-12 år	8,8	0,64		(0,35 - 1,02)	939
		13-15 år	13,9	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	11,2	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	10,5	0,93		(0,76 - 1,25)	1.243	
	Enlig	11,2	1,00		(0,77 - 1,20)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	11,7	1		(Reference)	1.626	
	To	10,6	0,91		(0,71 - 1,19)	3.537	
	Tre	11,2	0,96		(0,71 - 1,19)	1.433	
	Fire eller flere	10,7	0,91		(0,70 - 1,19)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	11,9	1,10		(0,56 - 1,57)	332	
	10 år	14,0	1,29		(0,72 - 1,58)	371	
	11-12 år	13,2	1,21		(0,79 - 1,57)	1.048	
	13-14 år	10,3	0,95		(0,74 - 1,23)	3.145	
	15+ år	10,8	1		(Reference)	1.955	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	3,7	0,34		(0,23 - 1,08)	64	
	Selvstændig med ansatte	8,2	0,83		(0,62 - 1,58)	389	
	Selvstændig uden ansatte	12,6	1,28		(0,63 - 2,02)	271	
	Topleder	8,8	0,89		(0,62 - 1,50)	383	
	Lønmodtager højt niveau	9,9	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	10,9	1,10		(0,79 - 1,91)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	11,4	1,15		(0,79 - 1,75)	2.361	
	Arbejdsløs	17,0	1,72		(0,91 - 2,01)	311	
	Under uddannelse	9,3	0,94		(0,62 - 1,93)	273	
Førtidspensionist	12,4	1,25		(0,64 - 1,99)	120		
Husstandsindkomst ^e	Andre	14,1	1,43		(0,70 - 2,02)	255	
	1. Kvartil (lavest)	12,6	1,32		(1,00 - 1,56)	1.626	
	2. Kvartil	12,0	1,26		(1,00 - 1,57)	1.289	
	3. Kvartil	11,0	1,15		(1,00 - 1,57)	2.017	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	9,6	1		(Reference)	1.645	
	Landejendom	9,6	0,86		(0,51 - 1,23)	838	
	Enfamiliehus	11,1	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	12,0	1,08		(0,68 - 1,24)	831	
Region	Etageejendom	11,1	0,99		(0,64 - 1,23)	693	
	Andet	5,7	0,51		(0,31 - 1,23)	88	
	Region Hovedstaden	10,5	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	10,7	1,02		(0,86 - 1,41)	1.212	
Region Syddanmark	Region Syddanmark	11,5	1,09		(0,86 - 1,41)	1.583	
	Region Midtjylland	11,1	1,06		(0,86 - 1,41)	1.446	
	Region Nordjylland	12,7	1,21		(0,85 - 1,41)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

6.2 Resultater

I alt rapporterer forældrene forekomst af én eller flere langvarige sygdomme blandt 11 pct. af deres børn.

Køn og alder

Langvarige sygdomme rapporteres blandt 13 pct. af drengene, mod 9 pct. blandt pigerne. Forekomsten stiger med alderen og er således højst blandt 13-15-årige, (17 pct. blandt drenge og 14 pct. blandt piger).

Forældres samlivsstatus

Der er ingen sammenhæng mellem børns langvarige sygdom og forældrenes samlivsstatus.

Antal børn i husstanden

Der er ingen sammenhæng mellem langvarig sygdom hos børnene og det antal børn, der bor i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen klar sammenhæng mellem forældrenes uddannelseslængde og børnenes langvarige sygdom.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er umiddelbart ingen klar sammenhæng mellem forældrenes socioøkonomiske gruppe og børns langvarige sygdom. Dog er forekomsten af langvarig sygdom højest blandt børn af arbejdsløse forældre, 17 pct.

Husstandsindkomst

Der er tendens til, at børnene hyppigere har en langvarig sygdom jo lavere husstandsindkomsten er. I forhold til børn af forældre med indtægt i højeste kvartil er der ca. 30 pct. øget risiko for, at forældre med indkomst i laveste kvartil rapporterer mindst én langvarig sygdom hos deres barn.

Boligtype

Der er ingen sammenhæng mellem langvarig sygdom hos børn og familiens boligtype.

Region

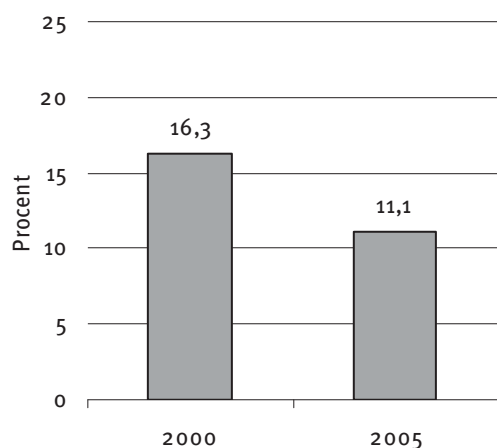
Der er ingen sammenhæng mellem børnenes langvarige sygdomme og hvilken region familien er bosat i.

6.3 Udvikling over tid

Også i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 blev forældrene spurgt om børnenes langvarige sygdom. Andelen af børn med én eller flere langvarige sygdomme var dengang 16,3 pct., hvilket er signifikant højere end den rapporterede forekomst i 2005, 11,1 pct. (Kjøller & Rasmussen, 2002).

Figur 6.1 illustrerer udviklingen i andelen af forældrereporterede langvarige sygdomme fra 2000 til 2005.

Figur 6.1 Sammenligning af børns langvarige sygdom over tid (justeret for køn og alder)



6.4 Sygdomskategorier

For at give et overblik over hvilke langvarige sygdomme, der rapporteres hyppigst hos børnene, er sygdommene inddelt i overordnede sygdomskategorier (Tabel 6.2), primært efter hvilken del af kroppen de berører (WHO 1994).

Tabel 6.2 præsenterer andelen af børn i hver overordnet sygdomsgruppe. Indenfor hver sygdomsgruppe gives der eksempler på spe-

cifikke langvarige sygdomme, der er rapporteret i Børne-SUSY 2005.

Andelen af børn i sygdomskategorierne rangerer fra 0,04 pct. (hjertesygdomme) til 3,47 pct. (luftvejssygdomme), mens langt de fleste sygdomsgrupper forekommer hos under 1 pct. af børnene.

I alt 0,6 pct. af børnene er rapporteret at have en langvarig lidelse, der falder udenfor de specifikke sygdomskategorier, og som derfor er kodet i en særskilt gruppe (ICD-10 gruppe Roo-R99 & Zoo-Z99). Det drejer sig fx om børn, der er vådligere, børn med forsinket udvikling, hovedpine eller feberkramper.

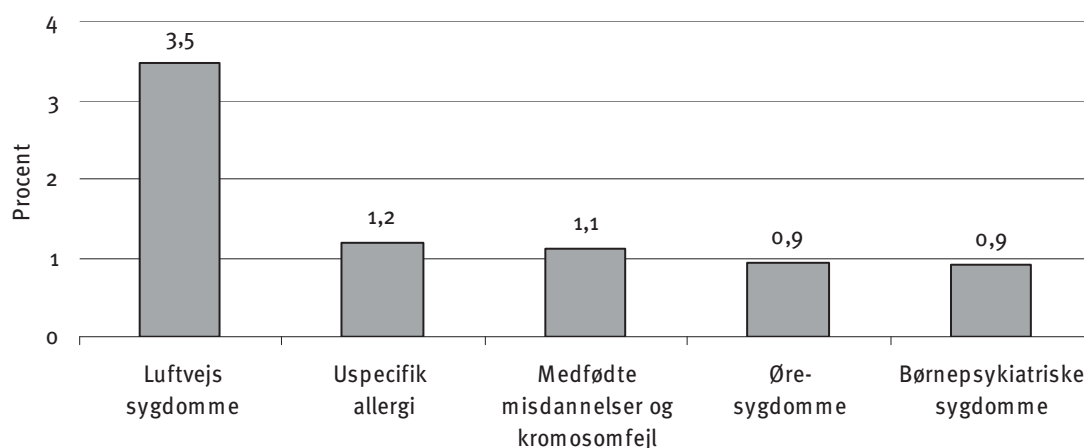
I figur 6.2 fremstilles de fem hyppigste sygdomskategorier grafisk.

Frekvenser og forekomster i rapportens kapitler er beregnet på baggrund af forskellige spørgsmål i Børne-SUSY 2005. Fx kan der være spurgt til sygdomskategorier og ikke til varigheden af sygdommen, hvorfor der kan være afvigelser mellem tallene, der er præsenteret i dette kapitel og tallene i andre kapitler. Forskelle kan skyldes, at der er forskel på, om forældrene har rapporteret deres barns helbredsproblemer (som fx misdannelse eller allergi), som en langvarig sygdom, eller ej.

Tabel 6.2 Kategorisering af de langvarige sygdomme, disses hyppighed, samt eksempler på konkrete sygdomme i de enkelte grupper

Sygdomsgruppe	ICD-10 kodning	Procent	Eks. på hyppige sygdomme i Børne-SUSY 2005
Infektioner	A00-B99	0,1	Maveinfektion, mononukleose, meningitis
Kræftsygdomme og godartede svulster	C00-D48	0,2	Kræft i nyrer og øjne, leukæmi, godartede svulster i hjerne, tarm og knogler
Blod- og immunsygdomme	D50-D89	0,1	Blødersygdom, bindevævssygdom, immundefekt
Hormonelt betingede sygdomme	E00-E90	0,3	Sukkersyge, stofskiftesygdom, væksthormonmangel, cystisk fibrose
Børnepsykiatriske sygdomme	F00-F99	0,9	Autisme, ADHD, OCD, anorexi, Tourette Syndrom, stammen
Sygdomme udgået fra hjernen	G00-G99	0,5	Epilepsi, spastisk lammelse, hjerneskade, migræne
Øjensygdomme	H53-H59	0,2	Synsnedsættelse, skelen, øjenbetændelse,
Øresygdomme	H60-H95	0,9	Mellemørebetændelse, væske i mellemøret, dræn, nedsat hørelse
Hjertesygdomme	I00-I99	0,1	Erhvervede hjertesygdomme, evt. på infektiøs baggrund
Luftvejssygdomme	J00-J99	3,5	Astmatisk bronkitis, høfeber, astma, diverse specifikke allergier (støvmide, dyrehår, pollen)
Mave-tarmsygdomme	K00-K93	0,2	Fordøjelsesproblemer, glutenintolerans
Hudsygdomme	L00-L99	0,9	Eksem (allergisk og ikke-allergisk), psoriasis
Bevægeapparatsygdomme	M00-M99	0,8	Hypermobilitet, børneleddegigt, smerteproblemer (i ryg, nakke, skulder, hofte, knæ)
Urinvejs- og kønsorgan-sygdomme	N00-N99	0,2	Blærebetændelse, nyrebækkenbetændelse
Fødselsskader	P00-P96	0,1	Lammelser, evt. midlertidige på baggrund af forløsningen, hofte- eller skulderskader
Medfødte misdannelser og kromosomfejl	Q00-Q99	1,1	Læbe-/ganespalte, hjertemisdannelse, rygmarsbrok, grøn/grå stær, nyremisdannelse, hofteskred, klumpfod, dværgvækst, Downs Syndrom
Skader eller følger af skader	S00-T14 T90-T98	0,6	Skader på arme, ben, hoved og nakke, blindhed, hovedpine, problemer med bevægeapparat
Uspecifik allergi	T15-T88	1,2	Allergi uden nærmere forklaring af symptomer (inkl. fødevareallergi)
Symptomer ikke koblet til specifik sygdom	R00-R99 Z00-Z99	0,6	Vådligger, hovedpine, feberkramper, generel forsinket udvikling, forsinket udvikling på specifikke områder fx motorik og tale

Figur 6.2 De fem hyppigst forekommende sygdomskategorier hos børnene i SUSY 2005



Luftvejssygdomme forekommer blandt 3,5 pct. af børnene og udgør dermed den største gruppe af langvarige sygdomme. Hyppigst er der tale om astma, 3,1 pct., mens høfeber, (0,2 pct.), og dyrehårs- eller støvmideallergi, (0,1 pct.) forekommer relativt sjældent. Sammen med børneeksem benævnes disse sygdomme ofte som atopiske sygdomme, der er defineret ved at være en allergisk overreaktion, som ses i dele af kroppen, som ikke direkte er i kontakt med allergenet. 2,9 pct. af børnene har "astma uden nærmere specifikation" eller "astmatisk bronkitis", mens børn hvor forældrene rapporterer allergisk astma eller astma-allergi er samlet under "allergisk astma", der forekommer hos 0,3 pct. af børnene.

Allergier, der ikke er nærmere defineret (inklusive fødevareallergi), er den næsthypigste hovedgruppe af langvarige sygdomme blandt børnene, idet forældrene har rapporteret, at 1,2 pct. af deres børn har allergi.

1,1 pct. af børnene har en langvarig sygdom i kategorien "medfødte misdannelser og kromosomfejl". De hyppigste enkelt diagnoser i denne gruppe er læbe og/eller ganespalte samt klumpfod, men gruppen består i øvrigt af mange forskellige misdannelser og typer af kromosomfejl.

De tre hyppigste sygdomskategorier: "luftvejssygdomme", "uspecifik allergi" og "medfødte misdannelser og kromosomfejl" behandles særskilt i kapitlerne: "Allergiske lidelser" og "Medfødte misdannelser".

Ca. 1 pct. af børnene har ifølge forældrene langvarige øresygdomme, næsten alle kronisk mellemørebetændelse, væske i mellemøret, indsat dræn, (i alt 0,6 pct.), eller hørenedsættelse af varierende sværhedsgrad, (0,3 pct.).

Blandt 0,9 pct. af børnene rapporteres der langvarige psykiske problemer eller psykiatriske sygdomme, hyppigst autisme, ADHD/DAMP, Tourettes Syndrom eller stammen. Autismen rapporteres hos 0,3 pct. af børnene, Forældrene har i denne gruppe rapporteret enten autisme (uden specifikation), autisme kombineret med udviklingshæmning, atypisk autisme eller Aspergers syndrom. ADHD eller DAMP forekommer ligeledes hos 0,3 pct. af børnene. En mindre gruppe børn har lidelser med angst eller tvangstanker og mere sjældent har forældrene angivet, at børnene har anorexi eller depression.

Børneeksem forekommer blandt 0,5 pct. af børnene, herunder er medtaget børneeksem, astmaeksem og atopisk dermatit.

Epilepsi er rapporteret blandt 0,3 pct., mens spastisk lammelse, ryg-nakkesmerter, eksem (uden specifikation), sukkersyge, forsinket udvikling, synsnedsættelse, hjertemisdannelser, klumpfod, vådliggere er rapporteret med en hyppighed på mellem 0,1 pct. og 0,2 pct.

De fleste af børnene med langvarig sygdom har kun én langvarig sygdom, mens en lille gruppe har to eller flere samtidige langvarige

sygdomme. Knap hver tiende af alle børn har én langvarig sygdom (88 pct. af børn med langvarig sygdom), 1,4 pct. har to langvarige sygdomme, mens 0,2 pct. og 0,1 pct. har hhv. tre og fire langvarige sygdomme.

For langt størstedelen (97 pct.) af de langvarige sygdomme er det angivet, at en læge har sagt, hvilken sygdom der er tale om.

6.5 Symptomer og medicinforbrug

Sammenlignet med børn uden langvarig sygdom har de langvarigt syge børn, ifølge forældrene, oftere haft gentagne akutte sygdomsepisoder eller skrantet mellem sådanne inden for det seneste år. 17 pct. har således skrantet/ været syge mellem sygdomsepisoder eller været syge det meste af tiden sammenlignet med 3 pct. af børn uden langvarig sygdom.

Børn med langvarig sygdom har hyppigere haft symptomer inden for de seneste 14 dage end børn uden langvarig sygdom. Forekomsten af disse blandt børn med og uden langvarig sygdom ses i figur 6.3.

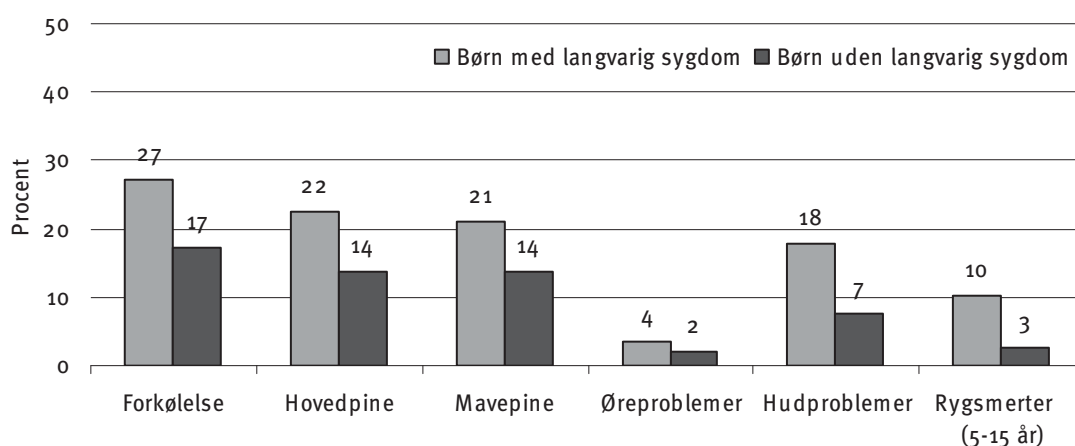
Mere end hvert fjerde barn med langvarig sygdom har været forkølet og mere end hver femte har haft hovedpine eller mavepine inden for de seneste 14 dage. Det er væsentligt flere end blandt børn uden langvarig sygdom.

Lidt over halvdelen (53 pct.) af børn med langvarige sygdomme har været i lægemiddelbehandling de seneste 14 dage, mod 19 pct. af de børn, der ikke har en langvarig sygdom. De behandles oftere med midler mod astma, antibiotika og smertestillende medicin end børn uden langvarig sygdom. 13 pct. af børnene med langvarig sygdom har således brugt smertestillende medicin de seneste 14 dage sammenlignet med 9 pct. af børn uden langvarig sygdom. 6 pct. har brugt penicillin sammenlignet med 3 pct. af børn uden langvarig sygdom. 24 pct. af de langvarigt syge børn har brugt astmamedicin de seneste 14 dage svarende til, at næsten alle børn med astma er i medicinsk behandling.

Har langvarigt syge børn oftere langvarigt syge forældre?

Der er sammenhæng mellem langvarig sygdom hos forældrene og langvarig sygdom hos børnene. 41 pct. af børnene med langvarig sygdom har en forælder, der selv har en langvarig sygdom. Det tilsvarende tal for børn uden langvarig sygdom er 30 pct.

Figur 6.3 Forekomsten af de hyppigst forekommende symptomer blandt børn med og uden langvarig sygdom



6.6 Diskussion

Langvarig sygdom er i Børne-SUSY 2005 defineret af den enkelte forælder.

Der må derfor forventes, at være stor forskel på alvorsgraden af de rapporterede langvarige sygdomme og dermed også på, hvilke konsekvenser sygdommene har for børnene og i hvilken grad de indvirker på børnenes hverdag. Men sygdommene har det til fælles, at de er oplevet som langvarige af forældrene. Derudover er diagnosen for 97 pct. af de langvarige sygdomme bekræftet af en læge, hvilket øger pålideligheden og ensartetheden af de forælderrapporterede data.

En amerikansk interviewundersøgelse peger på, at selvom en stor andel af børnene har en langvarig sygdom, er kun få hæmmet af den i deres daglige liv (Newacheck & Taylor, 1992). Om det samme gør sig gældende for de danske børn, kan resultaterne i denne rapport ikke direkte belyse. Men at kun 4 pct. af forældrene i Børne-SUSY 2005 rapporterer, at deres barn er handicappet eller funktionshæmmet, mens 11 pct. rapporterer, at deres barn har en langvarig sygdom, peger i samme retning.

På den anden side er det er tidligere vist, at der er tendens til at underrapportere langvarig sygdom, når der anvendes et åbent spørgsmål og når rapporteringen af langvarig sygdom beror på forældrenes subjektive definition (Nielsen mfl., 2001; Petersen mfl., 2000). Både sygdommens alvor, varighed, synlighed og eventuelle stigmatiserende effekt kan have indflydelse på rapporteringen. Især har det vist sig, at jo mere indgribende en sygdom er i barnets dagligdag, des større chance er der, for at den rapporteres. Dette betyder, at der er tendens til underrapportering af de langvarige sygdomme, som ikke har så stor indvirkning på børnenes hverdag.

Som beskrevet i indledningen, er det svært at sammenligne forekomsten af langvarige sygdomme på tværs af undersøgelser.

Kønssforskellen som findes i denne undersøgelse er dog også fundet i andre studier, hvor langvarig sygdom også rapporteres hyppige-

re hos drenge end hos piger (Pless & Douglas, 1971; Berntsson & Köhler, 2001).

Sammenlignes resultaterne af denne undersøgelse med resultaterne fra SUSY-2000, ses et fald i andelen af børn, der lider af én eller flere langvarige sygdomme. Faldet ser primært ud til at skyldes, at færre forældre angiver astma, allergi, mellemøreproblemer og eksem (både børneeksem og andet eksem) som langvarig sygdom hos deres barn. Som beskrevet i kapitel 7 er faldet i astma også set i andre undersøgelser.

Børn med langvarige sygdomme har også hyppigere forældre med langvarige sygdomme. Udfra tal fra Børne-SUSY 2005 kan vi ikke se årsagen til dette. Sammenhængen kan både skyldes egentlige arvelige sygdomme og forældreadfærd, der øger risikoen for visse sygdomme (fx rygning). Man kan også forestille sig, at forældre, der i mange år belastes af et langvarigt måske alvorligt sygt barn, har en øget risiko for selv at blive langvarigt syge.

Gruppen af børn med langvarige sygdomme i Børne-SUSY 2005 er på nogle punkter mere udsatte end andre børn. De har oftere symptomer som fx hovedpine, ondt i ryggen, forkølelse, og hudproblemer og bruger ligeledes oftere medicin end børn uden langvarige sygdomme. Den anvendte medicin er til dels specifik medicin rettet mod de langvarige sygdomme (som fx astmamedicin), men også antibiotika og smertestillende håndkøbsmedicin anvendes hyppigere hvilket tyder på, at disse børn har brug for, at også deres almindelige sygelighed og trivsel følges tæt.

Det er forventeligt at børn, der er hæmmet af deres sygdom, er i hyppigere kontakt med deres læge end børn, der ikke er hæmmet af deres sygdom. Et nordisk studie fra 1996 finder, at danske børn, som var hæmmet af en langvarig sygdom, hyppigere var i kontakt med deres egen læge i forhold til andre børn (Berntsson & Köhler, 2001).

Udover at påvirke børnene fysisk vil en langvarig sygdom ofte også medføre psykiske og sociale følgevirkninger for børnene og deres familier. Disse sekundære konsekvenser af langvarig sygdom er vigtige at holde sig for øje i forsøget på at lette tilværelsen for børn med langvarig sygdom.

Familier til børn med en langvarig sygdom har brug for både en kontinuerlig lægefaglig kontrol samt støtte fra Socialvæsenet til at kompensere for de ekstra ressourcer, familien i nogle tilfælde må afsætte til det langvarigt syge barn. En del af disse børn har lange eller hyppige sygdomsperioder, hvor forældrene naturligt er følelsesmæssigt belastede og er

koncentrerede om at støtte barnet så godt som muligt. I disse tilfælde er det vigtigt, at forældrene møder forståelse, når de er fraværende fra arbejdspladsen, at de modtager økonomisk kompensation herfor, samt at de tilbydes egnede pasningsmuligheder for børnene i sårbare perioder, hvor børnene fx ikke tåler at komme i almindelig dagpasning.

6.7 Referencer

- Berntsson L.T. & Köhler L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 11(1):35-42.
- Berntsson L., Andersson Gäre B., Fasth A., Herlin T., Kristinsson J., Lahdenne P., Marhaug G., Nielsen S., Pelkonen P. & Rygg M.; Nordic Study Group (2003). Incidence of juvenile idiopathic arthritis in the Nordic countries. A population based study with special reference to the validity of the ILAR and EULAR criteria. *Journal of Rheumatology*, 30(10): 2275-82
- Grøholt E.K., Stigum H., Nordhagen R. & Köhler L. (2003). Health service utilization in the Nordic countries in 1996. Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *European Journal of Public Health*, 13(1):30-7.
- Hermann C., Olivarius de Fine N., Høst A., Begtrup K. & Hollnagel H. (2006). Prevalence, severity and determinants of asthma in Danish five-year-olds. *Acta Paediatrica* 95: 1182-1190
- Kjøller M. & Rasmussen N.K. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Lenney W. (1997). The burden of pediatric asthma. *Pediatric Pulmonology Supplement*, 15:13-6.
- Lipstein E.A., Perrin J.M., Kuhlthau KA. (2009). School absenteeism, health status, and health care utilization among children with asthma: associations with parental chronic disease. *Pediatrics*, 123(1):e60-6.
- Newacheck P.W. & Halfon N. (1998). Prevalence and Impact of Disabling Chronic Conditions in Childhood. *American Journal of Public Health*, 88(4):610-7.
- Newacheck P.W. & Taylor, (1992). Childhood Chronic Illness: Prevalence, Severity, and Impact *American Journal of Public Health*, 82(3):364-371.
- Nielsen A., Petersen C.R. & Madsen M. (2001). *Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark – og udviklingen siden 1984*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nielsen A.M., Koefoed B.G., Møller R. & Laurson B. (2006). Langvarig sygdom hos danske børn rapporteret af forældrene. *Ugeskrift for Læger*, 168(4):367-72.
- Petersen T, Nielsen A, Paludan M. & Rasmussen S. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/1997*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Pless I.B. & Douglas J.W.B. (1971). Chronic Illness in Childhood: Part I. Epidemiological and Clinical Characteristics. *Journal of Pediatrics*, 47(2):405-14.
- Pless I.B. & Roghmann K.J. (1971). Chronic illness and its consequences: Observations based on three epidemiologic surveys. *Journal of Pediatrics*, 79(3):351-9.
- Raaschou-Nielsen O., Sørensen M., Carstensen H., Jensen T., Bernhardt T., Gjerris F. & Schmiegelow K. (2006). Increasing incidence of childhood tumors of the central nervous system in Denmark, 1980-1996, *British Journal of Cancer* 95(3):416-22
- Sanzo M. (2008). The child with arthritis in the school setting. *Journal of School Nursing*, 24(4):190-6.
- Svendsen A.L., Feychting M., Klæboe L., Langmark F. & Schüz J (2007). Time trends in the incidence of acute lymphoblastic leukemia among children 1976-2002: a population-based Nordic study, *Journal of Pediatrics* 151(5): 548-50.
- World Health Organization (1994). *International Classification of Diseases*. 10. udgave. Sted: Geneve, World Health Organization.

7

Allergiske lidelser

Anette Johansen

7.1 Indledning

Allergiske lidelser (overfølsomhedssygdomme) er et samlebegreb for en række sygdomme, som er karakteriseret ved en reaktion i slimhinder, hud eller indre organer på påvirkninger, der ikke giver reaktion hos raske personer. De omfatter luftvejssygdomme (astma, rhinoconjunctivitis – høfeber), fødevareroverfølsomhed, nældefeber og atopisk dermatitis, ofte benævnt børneeksem (Bindslev-Jensen & Halken, 2005; Bjørk, 2005). De allergiske lidelser har været stigende gennem de seneste årtier. Der er ingen entydige forklaringer herpå, men stigningen skyldes formentlig et kompliceret samspil mellem genetiske faktorer og mange forskellige faktorer i kosten og det ydre miljø; både risikofaktorer for allergiudvikling og mangel på beskyttende faktorer (Hansen, 2005).

Astma er tilbagevendende anfald af besværet, pibende og hvæsende vejrtrækning ledsaget af åndenød. Hos de fleste større børn med astma, ca. 60 pct., kan der påvises allergi over for bestemte stoffer. Hos små børn skyldes astmatisk bronkitis derimod oftest en slimhindereaktion på virusinfektioner, især respiratorisk syncytialvirus (RSV), og kun sjældent allergi. Astma er en kronisk sygdom, hvor en betændelseslignende tilstand i luftvejene giver hævede slimhinder og slim i luftvejene. Astma kan fx udløses af fugt, røg, kulde, stærke lugte, virusinfektioner samt fysiske anstrengelser. Sygdommen behandles medicinsk af egen læge, men kræver ved svære anfald sygehusindlæggelse. Astma kan være en alvorlig belastning for barnet og familien og kan hæmme barnet i fysiske aktiviteter og resultere i dårlig trivsel (Nielsen mfl., 2007).

En dansk undersøgelse af udskolingsbørns sundhed fandt, at eleverne med astma havde et dårligere selv vurderet helbred og ofte have

været syge inden for de seneste 14 dage (Petersen mfl., 2000).

Astma er til dels arveligt. Der kan ofte påvises overfølsomhed overfor indendørsallergener, såsom husstøvmider og skimmelsvampe samt pelsdyr. Ren brysternæring i de første 6 levemåneder har formentlig en beskyttende effekt hos børn med familiær disposition for allergi (Høst mfl., 2005). En række undersøgelser har endvidere vist, at udsættelse for tobaksrøg og muligvis også rygning i graviditeten øger risikoen for astmatisk bronkitis blandt småbørn (Linneberg, 2007). For de store skolebørn kan egen tobaksrygning forværre eller udløse astma (Precht mfl., 2006).

Høfeber (allergisk rhinitis) er en kronisk, men oftest intermitterende sygdom, karakteriseret ved irritation og kløe i øjne og næse, gentagne nys, løbende og/eller tilstoppet næse, der skyldes en betændelseslignende tilstand i næseslimhinde, øjnes bindehinder og bihuller, ofte som reaktion på udsættelse for pollen, husstøvmider og husdyr. Symptomerne kan være ledsaget af almen træthed og koncentrationsbesvær (Linneberg, 2007). Ved årstidsbestemt høfeber er der hyppigt allergi overfor birke- og græspollen.

Børneeksem (atopisk dermatitis) forekommer hyppigst i de første leveår og er næsten firedoblet i forekomst over de seneste 40 år. Årsagen er hyppigt ukendt og skyldes ikke altid overfølsomhed. Kontakteksem ses hyppigere hos større børn og oftest hos piger. Nikkel og parfume er hyppige årsager (Østerballe & Linneberg, 2005).

Fødevarerallergi hos børn skyldes oftest æg, komælk og jordnødder. Der er beskrevet en forekomst på ca. 2 pct. for overfølsomhed overfor æg og komælk blandt småbørn i Danmark. De fleste med komælksallergi bli-

ver tolerante inden deres tredje leveår (Østerballe & Linneberg, 2005).

Der er stigende hyppighed af astma, høfeber, børneeksem og fødevareallergi blandt børn i de vestlige lande. Et bud på, hvorfor der er sket en stigning, er, at børn er blevet overfølsomme overfor bestemte kemikalier, samt at de i dag hyppigere udsættes for husstøvmider og skimmelsvamp i boligen som følge af øget isolering af boliger. Et andet bud er, at den generelle hygiejne er blevet så god, at børn sjældnere udsættes for bakterier i den tidlige spædbarnsalder, og at en senere udsættelse for infektioner udløser en allergisk reaktion (Nielsen mfl., 2007; Linneberg, 2007). Denne hypotese understøttes af, at der tilsyneladende er en sammenhæng mellem lav forekomst af allergiske reaktioner og hhv. stor familie med ældre søskende og ophold i daginstitution (Hansen mfl., 2005).

Hvordan måles forekomsten overfølsomhedssygdomme

I undersøgelsen er forekomsten af allergi, astma og astmatisk bronkitis og børneeksem eller allergisk eksem på huden målt på baggrund af følgende spørgsmål;

Har deres barn indenfor det sidste år haft allergi eller overfølsomhed?

Forældrene blev præsenteret for et kort med følgende svarmuligheder:

- Nej.
- Allergisk snue, øjenkløe (fx høfeber) som generer på bestemte årstider.
- Allergisk snue, øjenkløe som generer uafhængig af årstiden.
- Astma.
- Astmatisk bronkitis.
- Børneeksem/astmaeksem eller allergisk eksem på huden.
- Andet.

Forældrene havde mulighed for at svare ja til flere kategorier.

Forældrene rapporterede, at 22 pct. af børnene havde en eller flere typer af overfølsomhedssygdomme.

Tabel 7.1 Forekomst af astma eller astmatisk bronkitis blandt børn inden for det seneste år. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	6,0			6.962	
Køn	Dreng	7,4	1,66	+	(1,13 - 1,99)	3.536	
	Pige	4,5	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	2,1	0,28	-	(0,09 - 0,90)	203
		1-2 år	9,6	1,26		(0,54 - 2,37)	417
		3-5 år	8,5	1,12		(0,52 - 2,40)	620
		6-8 år	5,8	0,77		(0,34 - 1,75)	696
		9-12 år	7,6	1,01		(0,55 - 2,09)	958
		13-15 år	7,6	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	0,9	0,21	-	(0,09 - 0,99)	208
		1-2 år	8,2	1,96		(0,72 - 2,35)	379
		3-5 år	4,8	1,15		(0,46 - 2,35)	628
		6-8 år	3,4	0,80		(0,24 - 2,35)	643
		9-12 år	4,3	1,03		(0,43 - 2,31)	939
		13-15 år	4,2	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	6,2	1		(Reference)	5.209
		Samlevende	5,5	0,89		(0,69 - 1,29)	1.243
Enlig		6,8	1,10		(0,69 - 1,47)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	5,6	1		(Reference)	1.626	
	To	6,2	1,11		(0,68 - 1,47)	3.537	
	Tre	6,2	1,11		(0,59 - 1,47)	1.433	
	Fire eller flere	5,3	0,94		(0,61 - 1,47)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	6,3	1,21		(0,44 - 2,32)	332	
	10 år	9,4	1,80		(0,71 - 2,30)	371	
	11-12 år	6,1	1,17		(0,66 - 1,90)	1.048	
	13-14 år	6,1	1,17		(0,80 - 1,84)	3.145	
	15+ år	5,2	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	3,3	0,64		(0,44 - 1,90)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	5,2	0,96		(0,33 - 2,71)	389	
	Selvstændig uden ansatte	3,9	0,72		(0,35 - 1,86)	271	
	Topleder	5,4	1,01		(0,41 - 2,41)	383	
	Lønmodtager højt niveau	5,4	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	6,4	1,19		(0,70 - 2,47)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	5,9	1,10		(0,71 - 2,09)	2.361	
	Arbejdsløs	11,6	2,16		(0,80 - 2,66)	311	
	Under uddannelse	5,7	1,07		(0,35 - 2,63)	273	
	Førtidspensionist	8,4	1,56		(0,36 - 2,66)	120	
	Andre	3,1	0,58		(0,36 - 1,61)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	7,0	1,44		(0,98 - 1,86)	1.626	
	2. Kvartil	6,5	1,35		(0,98 - 1,85)	1.289	
	3. Kvartil	5,8	1,20		(0,98 - 1,86)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	4,8	1		(Reference)	1.645	
Boligtype	Landejendom	5,5	0,91		(0,52 - 1,41)	838	
	Enfamiliehus	6,1	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	5,2	0,86		(0,45 - 1,42)	831	
	Etageejendom	7,1	1,17		(0,60 - 1,44)	693	
	Andet	3,3	0,55		(0,18 - 1,44)	88	
Region	Region Hovedstaden	5,8	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	5,8	1,00		(0,74 - 1,44)	1.212	
	Region Syddanmark	6,1	1,05		(0,74 - 1,44)	1.583	
	Region Midtjylland	6,5	1,11		(0,74 - 1,44)	1.446	
	Region Nordjylland	5,4	0,93		(0,74 - 1,42)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

7.2 Resultater - astma og astmatisk bronkitis

Køn og alder

6 pct. af børn under 16 år har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år. Drengene har oftere haft astma eller astmatisk bronkitis end piger. Denne tendens ses i alle aldersgrupper.

Forældres samlivsstatus

Der er ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år, og forældrenes samlivsstatus.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år, og antallet af andre hjemmeboende børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år, og forældrenes uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der ses ingen forskel i andelen med astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år mellem børn af forskellige erhvervsaktive grupper. Derimod rapporteres en stor andel med astma eller astmatisk bronkitis

blandt børn af arbejdsløse. Sammenlignet med børn af lønmodtagere på lavt niveau har børn af arbejdsløse forældre dobbelt så stor risiko for at have haft astma eller astmatisk bronkitis. Forskellen er dog ikke statistisk sikker.

Husstandsindkomst

Andelen af børn med astma eller astmatisk bronkitis stiger med faldende indkomstgruppe. Forskellene er dog små og er ikke statistisk sikre.

Boligtype

Der ses ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år, og boligtypen.

Region

Der er ingen systematiske forskelle mellem regionerne mht. andelen af børn, der har haft astma eller astmatisk bronkitis inden for det seneste år.

7.3 Udvikling over tid

I 1994 blev det rapporteret af forældrene, at 6,3 pct. af deres børn havde astma eller astmatisk bronkitis, i 2000 var andelen 7,6 pct. og i 2005 faldet til 6,0 pct.

Tabel 7.2 Forekomst af årstidsbestemt eller årstidsuafhængig allergisk snue eller øjenkløe blandt børn inden for det seneste år. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	7,7			6.503	
Køn	Dreng	8,5	1,23		(1,00 - 1,43)	3.316	
	Pige	6,9	1		(Reference)	3187	
Alder	Dreng	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	2,2	0,16	-	(0,10 - 0,38)	417
		3-5 år	3,1	0,23	-	(0,10 - 0,43)	620
		6-8 år	7,5	0,56	-	(0,24 - 0,93)	696
		9-12 år	13,7	1,02		(0,65 - 1,13)	958
		13-15 år	13,4	1		(Reference)	625
	Piger	0 år
		1-2 år	2,3	0,17	-	(0,10 - 0,45)	379
		3-5 år	3,6	0,26	-	(0,09 - 0,61)	628
		6-8 år	5,9	0,43	-	(0,17 - 0,85)	643
		9-12 år	8,2	0,60		(0,35 - 1,06)	939
		13-15 år	13,7	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	7,9	1		(Reference)	4.921	
	Samlevende	8,3	1,05		(0,67 - 1,24)	1.080	
	Enlig	6,4	0,81		(0,62 - 1,24)	501	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	9,9	1		(Reference)	1.450	
	To	7,5	0,76		(0,51 - 1,00)	3.329	
	Tre	6,3	0,64	-	(0,50 - 0,94)	1.372	
	Fire eller flere	7,3	0,74		(0,50 - 1,00)	352	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	7,7	1,02		(0,31 - 1,42)	306	
	10 år	7,0	0,93		(0,40 - 1,42)	356	
	11-12 år	5,8	0,78		(0,45 - 1,29)	973	
	13-14 år	8,6	1,15		(0,82 - 1,42)	2.964	
	15+ år	7,5	1		(Reference)	1.804	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	2,0	0,26		(0,20 - 1,19)	55	
	Selvstændig med ansatte	5,4	0,69		(0,42 - 1,50)	376	
	Selvstændig uden ansatte	4,7	0,60		(0,42 - 1,86)	258	
	Topleder	5,7	0,73		(0,42 - 1,76)	364	
	Lønmodtager højt niveau	7,8	1		(Reference)	873	
	Lønmodtager mellemniveau	8,6	1,09		(0,68 - 1,75)	1.502	
	Lønmodtager lavt niveau	7,0	0,90		(0,57 - 1,73)	2.225	
	Arbejdsløs	12,4	1,58		(0,53 - 2,06)	281	
	Under uddannelse	10,0	1,29		(0,42 - 2,06)	248	
Førtidspensionist	12,6	1,61		(0,45 - 2,07)	115		
Husstandsindkomst ^e	Andre	9,1	1,17		(0,43 - 2,06)	226	
	1. Kvartil (lavest)	7,4	1,02		(0,85 - 1,48)	1.522	
	2. Kvartil	9,0	1,23		(0,85 - 1,49)	1.194	
	3. Kvartil	8,1	1,12		(0,85 - 1,49)	1.896	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	7,3	1		(Reference)	1.548	
	Landejendom	5,5	0,70		(0,47 - 1,04)	796	
	Enfamiliehus	7,8	1		(Reference)	4.204	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	8,9	1,15		(0,67 - 1,40)	767	
	Etageejendom	7,6	0,97		(0,50 - 1,40)	608	
Region	Andet	6,4	0,82		(0,46 - 1,40)	85	
	Region Hovedstaden	9,3	1		(Reference)	1.167	
	Region Sjælland	6,9	0,74		(0,54 - 1,06)	1.127	
	Region Syddanmark	8,1	0,87		(0,55 - 1,05)	1.504	
	Region Midtjylland	6,0	0,64		(0,54 - 1,05)	1.354	
	Region Nordjylland	7,7	0,82		(0,54 - 1,05)	1.351	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

7.4 Resultater - allergisk snue eller øjenkløe (høfeber)

Køn og alder

7,7 pct. af børnene havde ifølge deres forældre haft enten årstidsbestemt eller årstids-uafhængig allergisk snue eller øjenkløe inden for det seneste år. Flere drenge end piger har haft allergisk snue eller øjenkløe. Der ses en stigning i andelen med allergisk snue eller øjenkløe med børnenes stigende alder.

Forældres samlivsstatus

Der ses ingen sammenhæng mellem forældrens samlivsstatus og allergisk snue eller øjenkløe hos barnet

Antal børn i husstanden

Der er ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft allergisk snue eller øjenkløe inden for det seneste år, og antallet af andre hjemmeboende børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Laveste forekomst af allergisk snue eller øjenkløe inden for det seneste år ses blandt børn af forældre med 11-12 års uddannelse eller anden skoleuddannelse. Der ses dog i øvrigt ingen klar sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft allergisk snue eller øjenkløe inden for det seneste år, og forældrenes uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er højest forekomst af allergisk snue eller øjenkløe blandt børn af forældre udenfor arbejdsmarkedet. Forekomsten er 12,6 pct. blandt børn af førtidspensionister og 12,4 pct. blandt børn af arbejdsløse. Der er lavest forekomst blandt børn af selvstændige erhvervsdrivende, hhv. 5,4 og 4,7 pct.

Husstandsindkomst

Der ses ingen sammenhæng mellem forekomsten af allergisk snue eller øjenkløe og husstandsindkomsten pr. person.

Boligtype

Forekomsten af allergisk snue eller øjenkløe er lavest blandt børn, der bor på en landejendom, 5,5 pct.

Region

Forekomsten af allergisk snue eller øjenkløe er højest blandt børn, der bor i Region Hovedstaden, og lavest blandt børn, der bor i Region Midtjylland. Forskellene er dog ikke statistisk sikre.

7.5 Udvikling over tid

I 1994 havde 5,8 pct. af børn haft høfeber inden for det seneste år, i 2000 var andelen 7,2 pct. og i 2005 7,1 pct.

Tabel 7.3 Forekomst af børneeksem/astmæksem eller allergisk eksem på huden blandt børn inden for det seneste år. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	9,0			6.962	
Køn	Dreng	8,3	0,85		(0,73 - 1,00)	3.536	
	Pige	9,8	1		(Reference)	3.412	
Alder	Drenge	0 år	4,5	0,89		(0,31 - 2,80)	203
		1-2 år	12,2	2,43	+	(1,17 - 3,02)	417
		3-5 år	8,3	1,65		(0,68 - 3,01)	620
		6-8 år	8,3	1,65		(0,70 - 3,02)	696
		9-12 år	9,1	1,82		(0,92 - 2,99)	958
		13-15 år	5,0	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	3,8	0,42		(0,31 - 1,31)	208
		1-2 år	11,0	1,23		(0,64 - 2,36)	379
		3-5 år	13,6	1,52		(0,72 - 3,04)	628
		6-8 år	8,9	0,99		(0,43 - 2,19)	643
		9-12 år	9,0	1,00		(0,52 - 1,82)	939
		13-15 år	8,9	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	8,7	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	8,8	1,02		(0,84 - 1,45)	1.243	
	Enlig	10,6	1,23		(0,84 - 1,54)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	10,5	1		(Reference)	1.626	
	To	8,4	0,80		(0,63 - 1,19)	3.537	
	Tre	8,3	0,79		(0,63 - 1,23)	1.433	
	Fire eller flere	10,3	0,99		(0,63 - 1,26)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	6,2	0,63		(0,42 - 1,36)	332	
	10 år	7,6	0,78		(0,42 - 1,51)	371	
	11-12 år	7,1	0,73		(0,40 - 1,20)	1.048	
	13-14 år	9,3	0,95		(0,65 - 1,34)	3.145	
	15+ år	9,8	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	17,9	1,83		(0,50 - 1,99)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	7,0	0,59		(0,24 - 1,23)	389	
	Selvstændig uden ansatte	7,5	0,63		(0,24 - 1,25)	271	
	Topleder	8,5	0,72		(0,28 - 1,24)	383	
	Lønmodtager højt niveau	11,8	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	10,4	0,88		(0,53 - 1,24)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	7,5	0,63	-	(0,41 - 0,93)	2.361	
	Arbejdsløs	11,3	0,96		(0,29 - 1,24)	311	
	Under uddannelse	5,5	0,47	-	(0,24 - 0,96)	273	
	Førtidspensionist	3,8	0,32		(0,24 - 1,13)	120	
	Andre	11,4	0,96		(0,43 - 1,24)	255	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	10,2	1,07		(0,76 - 1,27)	1.626	
	2. Kvartil	9,2	0,96		(0,63 - 1,27)	1.289	
	3. Kvartil	7,1	0,75		(0,64 - 1,06)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	9,6	1		(Reference)	1.645	
Bolittype	Landejendom	8,9	1,04		(0,56 - 1,52)	838	
	Enfamiliehus	8,6	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	9,5	1,11		(0,72 - 1,50)	831	
	Etageejendom	10,7	1,25		(0,69 - 1,51)	693	
	Andet	6,7	0,79		(0,41 - 1,51)	88	
Region	Region Hovedstaden	11,4	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	8,2	0,72		(0,53 - 1,00)	1.212	
	Region Syddanmark	8,8	0,77		(0,52 - 1,00)	1.583	
	Region Midtjylland	7,1	0,63	-	(0,53 - 0,98)	1.446	
	Region Nordjylland	9,0	0,79		(0,57 - 1,00)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne sygdom, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre sygdomsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

7.6 Resultater - allergisk eksem

Køn og alder

9 pct. af børnene har haft børneeksem/astmaeksem eller allergisk eksem på huden inden for det seneste år. Stort set lige mange piger og drenge har haft eksem på huden. Blandt drengene har flest 1-2-årige haft eksem på huden, mens flest 3-5-årige af pigerne har haft eksem på huden.

Forældres samlivsstatus

Der ses ingen statistisk sikre sammenhænge mellem forældrens samlivsstatus og barnets risiko for eksem på huden.

Antal børn i husstanden

Der er ingen sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft eksem på huden, og antallet af andre hjemmeboende børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses ingen statistisk sikker sammenhæng mellem andelen af børn, der har haft eksem på huden, og forældrenes uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Flest lønmodtagere på højt niveau oplyser, at deres barn har haft børneeksem/astmaeksem

eller allergisk eksem på huden inden for det seneste år. Børn af forældre uden uddannelse har fx halv så stor risiko for at have haft eksem på huden i forhold til børn af lønmodtagere forældre på højt niveau.

Husstandsindkomst

Der ses ingen sammenhæng mellem forekomsten af eksem på huden og husstandsindkomsten.

Boligtype

Der ses ingen sikker sammenhæng mellem eksem på huden og den boligtype, barnet bor i.

Region

Forekomsten af eksem på huden er højest blandt børn, der bor i Region Hovedstaden, og lavest blandt børn, der bor i Region Midtjylland. Risikoen for børn i Region Midtjylland er 0,6 i forhold til børn fra Region Hovedstaden.

7.7 Udvikling over tid

I 1994 havde 9 pct. af børnene haft eksem inden for det seneste år. I 2000 var andelen 12 pct. og i 2005, 9 pct.

7.8 Diskussion

Mere end hvert femte barn i undersøgelsen har haft en eller flere typer af overfølsomhedssygdomme inden for det seneste år. Børneeksem og kontakteksem er den mest udbredte type af overfølsomhedssygdomme blandt børn. Næsten hvert tiende barn har haft eksem inden for det seneste år, mens 7 pct. har haft høfeber og 6 pct. har haft astma eller astmatisk bronkitis.

Flere drenge end piger lider af astma og astmatisk bronkitis, mens stort set lige mange drenge og piger har haft børneeksem/astmaeksem eller allergisk eksem på huden. For allergisk snue og øjenkløe stiger forekomsten med barnets alder. Der er ikke i denne undersøgelse fundet nogen sammenhæng mellem antallet af søskende og forekomsten af overfølsomhedssygdomme.

Forekomsten af astma og astmatisk bronkitis, børneeksem og kontakteksem blandt børn er steget fra 1994 til 2000, men faldet igen i 2005. Samme tendens er rapporteret i andre undersøgelser (Nielsen mfl., 2007).

Børn af forældre med allergi har dobbelt så stor risiko for at have allergiske lidelser sammenlignet med børn af forældre, som ikke har allergi. Således var forekomsten af de forskellige lidelser samlet 12 pct. hos børn af forældre, der selv havde allergi, mod 6 pct. blandt børn, hvor den adspurgte forælder

ikke havde allergi. Det samme billede viste sig for astma, hvor 14 pct. af forældre med astma oplyste, at deres barn havde astma mod 5 pct. blandt forældrene, der ikke selv havde astma.

Det er dokumenteret, at passiv rygning, herunder rygning i graviditeten, øger risikoen for astmatisk bronkitis tidligt i livet. Det bør derfor indskræpes, at børn ikke bør udsættes for passiv rygning. Hvorvidt anbefalinger om at tilråde amning og undgå passiv rygning også vil kunne forebygge og høfeber senere i livet, er mere uvist (Linneberg, 2007). Det er dog påvist, at børn, der udsættes for passiv rygning, har mindre chance for at vokse fra astma end børn, der ikke udsættes for røg. Udsættelse for røg øger desuden risikoen for hyppige og svære astmaanfald (Strachan & Cook, 1998; Rasmussen, 2004), og studier har vist at symptomerne aftager, hvis forældrene holder op med at ryge (Committee on Environmental Health, 1997).

Der er ikke videnskabelig konsensus vedrørende generelle anbefalinger om pelsdyr i hjemmet eller specielle forholdsregler for at nedbringe udsættelsen for allergener (Linneberg, 2007).

Den tidligere omtalte hygiejnehypotese bør ikke tages til indtægt for, at en nedsættelse af den generelle hygiejniske standard vil kunne forebygge allergi og astma (Høst mfl., 2005; Linneberg, 2007).

7.9 Referencer

- Bjørk C. (2005). Overfølsomhedssygdomme. I: Christensen K., Bjørk C., Vinter-Larsen M., Løkkegaard E. & Grønbæk M. *Otte folkesygdomme - forekomst og udvikling*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Bindslev-Jensen C & Halken S. (2005). Allergi og atopisk sygdom. *Ugeskrift for Læger*, 167 (6) : 603.
- Committee on Environmental Health (1997). Environmental tobacco smoke: a hazard to children. *Pediatrics*, 99(4):639-42.
- Hansen C.L., Bælum J., Sherson D.L., Skadhauge L.R., Siersted H.C., Omland Ø., Sigsgaard T.I. & RAV-gruppen. (2005). Opvækstforholds betydning for atopiske lidelser hos voksne danskere. *Ugeskrift for Læger*, 167(48):4570-4.
- Høst A., Halken S. & Poulsen L.K. (2005). Miljøfaktorers betydning for udvikling af allergi. *Ugeskrift for Læger*, 167(6):613.
- Linneberg A. (2007). *Astma og allergi*. I: Kjøl-ler M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P. E. (2007). *Børn*. I: Kjøl-ler M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syd-dansk Universitet.
- Petersen T., Nielsen A., Paludan M., Rasmus-sen S. & Madsen M. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Precht D.H., Keiding L., Nielsen G.A. & Mad-sen M. (2006). Smoking among Upper Sec-ondary Pupils with Asthma: Reasons for Their Smoking Behavior: A Population-based Study. *Journal of Adolescent Health*, 39(1):141-143.
- Rasmussen S.R. (2004). *Livstidssundheds-omkostninger for rygere og aldrig-rygere. Årlige omkostninger ved passiv rygning*. Kø-benhavn: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Strachan D.P. & Cook D.G. (1998). Health effects of passive smoking. 6. Parental smok-ing and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax*, 53(3):204-12.
- Østerballe M. & Linneberg A.. (2005). Hvor mange har allergi? *Ugeskrift for Læger* 167(6):605-7.

8

Overvægt

Anette Johansen og Camilla Schmidt Morgen

8.1 Indledning

Der har været en markant øgning i forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og voksne i Danmark gennem de seneste 30 år (Due mfl., 2006). Overvægt og fedme har ofte fysiske og psykiske konsekvenser for det enkelte barn både i barndommen og senere i livet.

Fedme blandt børn og unge giver en øget risiko for type 2 diabetes, visse kræftformer og hjerte- og karlidelser senere i livet (Yngve mfl., 2007; Nielsen mfl., 2007; Baker mfl., 2007; Freedman mfl., 1999).

De psykosociale konsekvenser af overvægt blandt børn kan være vidtrækkende. Børnene udsættes ofte for mobning, har lavt selvværd, og der er en tendens til, at de som voksne ikke opnår et lige så højt socioøkonomisk niveau som normalvægtige (Freedman mfl., 1999; Griffiths mfl., 2006).

Det er kendt, at overvægtige har svært ved at opnå et varigt vægttab (Freedman mfl., 1999), og at risikoen for at være overvægtig som voksen er 20 gange højere blandt 10-17-årige, der er overvægtige, sammenlignet med normalvægtige på samme alder (Whitaker mfl., 1997; Sørensen & Sonne-Holm, 1988).

Skolebørnsundersøgelsen 2006, der indeholder oplysninger om 11-, 13- og 15-åriges selvrapporterede højde og vægt, påviste, at hver tiende af de store skoleelever er overvægtige (Rasmussen & Due, 2007). En europæisk undersøgelse baseret på forælderreporteret højde og vægt, angav tilsvarende, at 10 pct. af de 11-årige danske drenge og 14 pct. af de 11-årige piger var overvægtige (Krølner mfl., 2005). Begge undersøgelser fandt dog, at danske børn ligger i den laveste halvdel vægtmæssigt sammenlignet med andre europæiske lande (Yngve mfl., 2007;

Currie mfl., 2008). I gennemsnit var 14 pct. af pigerne og 20 pct. af drengene overvægtige i den europæiske undersøgelse "The Pro Children Study" (Yngve mfl., 2007).

Overvægt og fedme i voksenbefolkningen har en social gradient, således at overvægt og fedme især forekommer i befolkningsgrupper med korte uddannelser, lave indkomster og ufaglærte job (Svendsen, 2007; Kristensen mfl., 2006; Stunkard & Sørensen, 1993). Social ulighed i overvægt og fedme ses ligeledes blandt børn og unge (Currie mfl., 2008), dog ofte i knapt så markant grad (Parsons mfl., 1999).

Overvægt og fedme blandt børn og unge kan defineres på forskellig vis. Den ideelle definition er baseret på en angivelse af fedtprocent, målt ved for eksempel bioelektrisk impedans analyse. Denne målemetode kan af økonomiske og tidsmæssige årsager ikke anvendes i større epidemiologiske undersøgelser. Der anvendes derfor hyppigt en beregning af BMI (Body Mass Index) ud fra højde og vægt og angives veldefinerede grænser for undervægt, normal vægt, overvægt og svær overvægt (fedme) for voksne og børn. Overvægtgrænser og fedmegrænser er afhængige af barnets alder og køn, og BMI skal derfor justeres herfor ved vurdering af børns overvægt og fedme (Cole mfl., 2000).

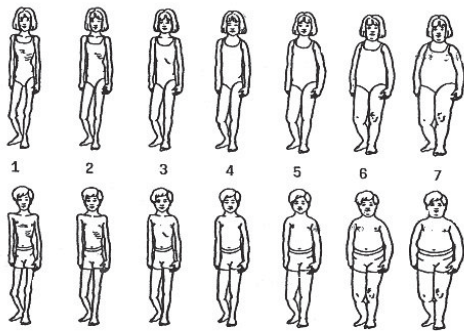
Valid beregning af BMI afhænger af præcise rapporteringer af højde og vægt. Forældre har en tendens til at underrapportere egne børns vægt, hvorfor der ofte er en underestimering af andelen af overvægtige børn i undersøgelser, der er baseret på forælderreportering (Chaimovitz mfl., 2008).

Hvordan måles børnenes kropsstørrelse/overvægt

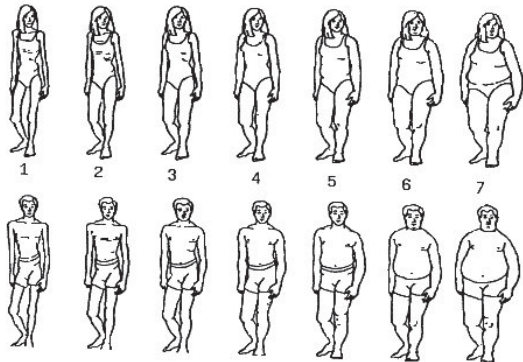
I Børne-SUSY 2005 blev der anvendt kropsbil leder som indikator for børnenes kropsbyg-

ning og vægtstatus. Forældrene med børn over fem år blev præsenteret for en serie kropsbilleder og bedt om at udpege, hvilket billede der lignede deres barns kropsbygning bedst. Serienre fremstillede henholdsvis drenge og piger i 6-12 års alderen og drenge og piger over 12 år. Forældrene blev kun præsenteret for den serie der passede til barnets alder og køn. Billedserierne er gengivet i figurene 8.1 og 8.2.

Figur 8.1 Piger og drenge 6 til 12 år



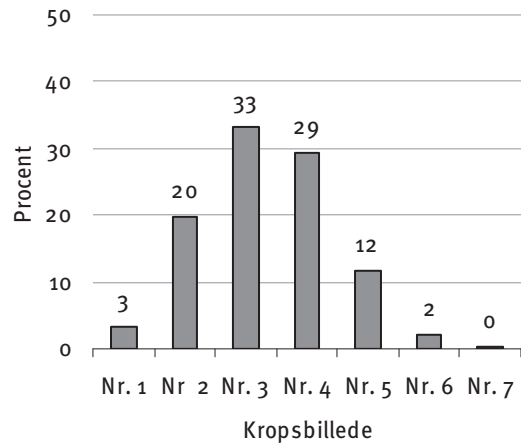
Figur 8.2 Piger og drenge over 12 år



Forældrenes besvarelser blev efterfølgende kategoriseret således, at børn hvis krop lignede figur 1 eller 2, blev defineret som undervægtige. Børn, hvor forælderen angav, at barnet lignede figur 3-4 mest, blev defineret som normalvægtige, mens børn, hvis krop lignede figur 5, 6 eller 7 mest, blev defineret som overvægtige. Børn i gruppe 5 er medtaget i kategorien, overvægtige, da tidligere studier har vist, at forældre har tendens til at undervurdere deres børns kropsstørrelse (Chaimovitz mfl., 2008).

På baggrund af denne opdeling vurderede 23 pct. af forældrene, at deres barn var undervægtige, 62 pct., at deres barn var normalvægtig og 14 pct., at deres barn var overvægtig.

Figur 8.3 Andelen af børn i de enkelte kropsbilled-kategorier



Tabel 8.1 Andel børn mellem 6 og 15 år, der kan kategoriseres som overvægtige (billede 5-7). (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	14,4			4.459	
Køn	Dreng	13,7	0,92		(0,79 - 1,06)	2.279	
	Pige	15,0	1		(Reference)	2.180	
Alder	Dreng	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	10,3	0,88		(0,68 - 1,57)	696
		9-12 år	17,6	1,51		(0,89 - 1,84)	958
		13-15 år	11,7	1		(Reference)	625
		<hr/>					
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	11,4	0,89		(0,68 - 1,60)	643
		9-12 år	18,8	1,47		(0,98 - 1,85)	939
		13-15 år	12,8	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	12,8	1		(Reference)	3.424
Samlevende		15,1	1,18		(0,99 - 1,61)	640	
Enlig		19,1	1,49	+	(1,06 - 1,77)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	18,0	1		(Reference)	984	
	To	13,7	0,76		(0,55 - 1,00)	2.235	
	Tre	12,8	0,71		(0,55 - 1,00)	998	
	Fire eller flere	14,0	0,78		(0,55 - 1,00)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	18,1	1,67	+	(1,02 - 2,31)	224	
	10 år	15,8	1,46		(1,00 - 2,35)	246	
	11-12 år	14,8	1,36		(0,99 - 2,16)	669	
	13-14 år	14,9	1,37	+	(1,02 - 2,02)	2.071	
	15+ år	10,9	1		(Reference)	1.179	
	Anden skoleuddannelse	.	.		.	37	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	14,5	1,36		(0,69 - 2,39)	284	
	Selvstændig uden ansatte	10,7	1,01		(0,69 - 2,21)	183	
	Topleder	9,5	0,89		(0,69 - 1,69)	268	
	Lønmodtager højt niveau	10,7	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	14,6	1,37		(0,88 - 2,36)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	16,5	1,54		(0,95 - 2,37)	1.541	
	Arbejdsløs	16,2	1,52		(0,69 - 2,37)	161	
	Under uddannelse	15,1	1,42		(0,69 - 2,36)	141	
	Førtidspensionist	16,7	1,57		(0,69 - 2,38)	98	
Andre	19,4	1,82		(0,89 - 2,38)	160		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	17,4	1,47	+	(1,02 - 1,71)	1.015	
	2. Kvartil	14,2	1,21		(0,98 - 1,72)	776	
	3. Kvartil	13,9	1,18		(0,98 - 1,71)	1.310	
	4. Kvartil (højeste)	11,8	1		(Reference)	1.114	
Boligtype	Landejendom	13,8	1,08		(0,87 - 1,50)	572	
	Enfamiliehus	12,8	1		(Reference)	2.946	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	15,5	1,21		(0,87 - 1,83)	477	
	Etageejendom	20,5	1,61	+	(1,10 - 2,04)	372	
	Andet	18,5	1,45		(0,87 - 2,04)	61	
Region	Region Hovedstaden	13,0	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	15,7	1,21		(0,84 - 1,56)	805	
	Region Syddanmark	16,3	1,25		(0,87 - 1,56)	1.036	
	Region Midtjylland	12,9	0,99		(0,84 - 1,54)	901	
	Region Nordjylland	15,1	1,16		(0,83 - 1,56)	965	

a Procent (justeret) angiver andelen i børnebefolkningen der er overvægtige, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den respektive gruppe var som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder er der tale om reelle procenter.

b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre overvægtrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

8.2 Resultater

Køn og alder

Forældre til 14,4 pct. af børnene har placeret deres barn på seks år eller ældre i kategorierne 5,6, eller 7, hvilket er de kategorier vi har kategoriseret som overvægtige. Stort set lige mange drenge og piger er kategoriseret som overvægtige. Både blandt drenge og piger er flest børn blevet kategoriseret som overvægtige i aldersgruppen 9-12 år.

Forældres samlivsstatus

Børn af enlige forældre rapporteres i højere grad, at være overvægtige end børn af samboende og gifte forældre. Gifte forældre har den laveste andel af overvægtige børn.

Antal børn i husstanden

Forældre med kun ét hjemmeboende barn under 16 år i husstanden rapporterer oftere, at deres barn er overvægtigt end forældre med flere hjemmeboende børn.

Forældres uddannelsesniveau

Der er tendens til, at andelen af overvægtige børn stiger, des færre års uddannelse forældrene har. 18,1 pct. af forældre med mindre end 10 års uddannelse rapporterede, at deres børn er overvægtige mod 10,9 pct. af forældrene med mere end 15 års uddannelse.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Det ser ud til at topledere, selvstændige uden ansatte og lønmodtagere på højt niveau sjældnere rapporterer, at deres børn er overvægtige end lønmodtagere på lavt niveau. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Husstandsindkomst

Børn af forældre i den laveste indkomstkvartil har 1,5 gang større risiko for at være overvægtige sammenlignet med børn af forældre i den højeste indkomstkvartil.

Boligtype

Børn, der bor i etageejendom har 1,6 gang større risiko for at være overvægtige end børn, der bor i enfamiliehus.

Region

Der ses ingen statistisk sikre regionale forskelle i rapporteringen af overvægt blandt børn. Der er dog tendens til at forældre i Region Hovedstaden og Region Midtjylland sjældnere rapporterer, at deres barn er overvægtigt end forældre fra de andre regioner.

8.3 Diskussion

Det er vigtigt at huske på, at den her anvendte metode til at indkredse omfanget af overvægt blandt danske børn er udarbejdet på baggrund af forældrenes vurdering og på baggrund af kropsbilleder. Der er således ikke tale om en præcis måling af børns overvægt. De præsenterede resultater kan dog anvendes til at give et overblik over i hvilke grupper overvægt opleves som mest udbredt blandt børn.

14 pct. af børnene havde ifølge forældrene en kropsform, der kunne kategoriseres som overvægtig. Børn af forældre, der var enlige eller havde mindre end 10 års uddannelse eller hørte til den laveste indtægtskvartil eller boede i etageejendom havde større risiko for at være overvægtige end børn af mere socio-økonomiske velstillede forældre. Vi finder således, i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, social ulighed i forekomsten af overvægt blandt børn.

Analyser af de mulige sammenhænge mellem overvægt blandt forældre og blandt deres børn viser markante sammenhænge, idet ca. en fjerdedel af de forældre, der var svært overvægtige oplyste at deres barn var overvægtigt, mod under en sjettedel af de overvægtige og normalvægtige forældre.

Børn har i dag et mere stillesiddende liv end tidligere. De bliver ofte kørt i skole af deres forældre, og de bruger mange timer foran computer, tv, playstation mv. Madkulturen har samtidigt ændret sig. Fastfood er blevet tilgængeligt over alt også i de omgivelser, hvor børn tilbringer deres dagligdag. Sukkerindtaget blandt danske børn ligger væsentligt højere end det anbefalede maksimumniveau, især pga. indtag af sukkersødet sodavand, andre søde drikke og slik (Mølgaard mfl., 2007).

For at forbygge overvægt blandt danske børn skal der være fokus på balancen mellem kalorieindtag og –forbrug, dvs. børnenes indtag af fødevarer og såkaldte ”tomme kalorier” i forhold til deres fysiske aktivitet. Der bør skabes gode rammer for, at børn kan være fysisk aktive i skole, skolefritidsordninger og fritid ved indretningen af skolegårde og igennem lettilgængelige idrætstilbud samt forbedrede muligheder for at gå eller cykle til skole.

Den sociale ulighed i børns overvægt understøtter vigtigheden af, at overvægt blandt børn ikke blot bør ansues som et personligt eller familieanliggende, men som et samfundsproblem, som bør forebygges på alle niveauer i samfundet.

8.4 Referencer

- Baker J.L., Olsen L.W. & Sørensen T.I.A. (2007). Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *The New England Journal of Medicine*, 357(23):2329-2337.
- Chaimovitz R., Issenman R., Moffat T. & Persad R. (2008). Body Perception: Do Parents, Their Children, and Their Children's Physicians Perceive Body Image Differently?. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 47(1):76-80.
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. & Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320:1240-3.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W, Richter M., Morgan A. & Barnekow V. (eds.) (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Scotland: WHO Regional Office for Europe.
- Due P., Heitmann B.L. & Sørensen T.I.A. (2006). Adipositas epidemien i Danmark. *Ugeskrift for Læger*, 168(2):129-32.
- Freedman D.S., Dietz W.H., Srinivasan S.R. & Berenson G.S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103(6):1175-1182.
- Griffiths L. J., Wolke D., Page A.S., Horwood J.P. & the ALSPAC Study Team. (2006). Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91(2):121-5.
- Kristensen P.L., Wedderkopp N., Møller N.C., Andersen L.B., Bai C.N. & Froberg K. (2006). Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: A longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. *BMC Public Health*, 6:20.
- Krølner R., Rasmussen M., Haraldsdóttir J., Holstein B. & Due P. (2005). *Skolebørns frugt- og grøntvaner - Den danske del af en undersøgelse blandt 11-årige skolebørn, deres forældre og skoleledere*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Mølgaard C., Dela F., Froberg K., Heitmann B.L., Holm L., Holstein B., Madsen S.A., Richelsen B. & Tetens I. (2007). *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi*. København: Motions- og Ernæringsrådet.
- Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P. E. (2007). *Børn*. I: Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Parsons T.J., Power C., Logan S., & Summerbell C.D. (1999). Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23(Suppl 8): 1-107.
- Rasmussen M. & Due P. (red.) (2007). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns universitet.
- Stunkard A.J. & Sørensen T.I.A. (1993). Obesity and socioeconomic status--a complex relation. *The New England Journal of Medicine*, 329(14):1036-7.
- Svendsen O.L. (2007). *Overvægt og fedme*. I: Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Sørensen T.I.A. & Sonne-Holm S. (1988). Risk in childhood of development of severe adult obesity: retrospective, population-based case-cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 127(1):104-113.
- Whitaker R.C., Wright J.A., Pepe M.S., Seidel K.D. & Dietz W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 25;337(13):869-73.

Yngve A., De Bourdeaudhuij I., Wolf A., Grjibovski A., Brug J., Due P., Ehrenblad B., Elmadfa I., Franchini B., Klepp K.I., Poortvliet E., Rasmussen M., Thorsdottir I. & Rodrigo C.P. (2007). Differences in prevalence of overweight and stunting in 11-year olds across Europe: The Pro Children Study. *European Journal of Public Health*, 18(2):126-130.

9

Handicap

Susan Ishøy Michelsen

9.1 Indledning

Børn med handicap har særlige behov og FN's Børne- og Handicapkonventioner beskriver, hvordan handicappede børn har ret til et indholdsrigt og menneskeværdigt liv med aktiv deltagelse i samfundslivet på lige fod med andre børn. Alligevel er handicappede børn og unges deltagelse i det sociale liv mindre end andre børns og undersøgelser viser, at de fortsætter med at have færre muligheder mht. fritid, arbejds- og familieliv som voksne (Michelsen mfl., 2005; Michelsen mfl., 2006; Bengtsson, 2006; Tarp & Michelsen, 2007). Dette på trods af grundprincipper i den danske handicappolitik om ligebehandling og handicapkompensation.

Hverken i Danmark eller fælles i Europa findes en klar definition af handicap. Et handicap opfattes i daglig tale ofte som en fysisk, psykisk eller intellektuel funktionsnedsættelse, der kræver kompensation for, at personen (barnet) kan deltage i samfundet på lige fod med andre borgere (børn). Afgrænsningen til kronisk langvarig sygdom er ikke klar, men ofte understreges det, at handicap ikke er en sygdom men en funktionsnedsættelse, der ikke kan kureres ved behandling. Børn med handicap bliver således syge og raske ligesom alle andre.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) udvikler både klassifikationer til sygdom og handicap. De tidligere handicapklassifikationer (ICH, ICIDH) var primært koncentreret omkring den enkelte persons begrænsninger

(World Health Organisation, 1980), mens den seneste klassifikation fokuserer på de aktiviteter, personen kan udføre, og på personens sociale deltagelse i samfundslivet (Schiøler & Dahl, 2003). Klassifikationen inddrager personens kropsbygning, kropsfunktion, personlighed, evne til at gennemføre aktiviteter, samt som noget nyt hvilke omgivelser, der begrænser eller stimulerer personens sociale deltagelse. I 2007 udkom en version af klassifikationen specielt for børn, der bl.a. tager højde for, at børn udvikles og at børn er afhængige af voksne for at udvikles (World Health Organization, 2007).

I engelsksprogede lande bruges betegnelsen handicap sjældent i dag og i stedet beskrives personer med funktionsnedsættelse (disability). I Danmark afhænger det af sammenhængen, hvilket ord der bruges. I mange danske officielle dokumenter som fx Serviceloven anvendes "personer med nedsat funktionsevne", mens vi i daglig tale, samt ofte i NGO sammenhænge, stadig bruger betegnelsen handicap.

Ordet handicap er i denne rapport anvendt i betydningen vedvarende funktionsnedsættelse, selvom den nyere opfattelse af interaktionen med omgivelserne fuldt ud anerkendes. Resultater fra Børne-SUSY 2005 om børn med handicap er baseret på, at den enkelte forælder selv har fortolket, hvornår et barn er handicappet.

Et handicap kan være både medfødt og opstået senere i livet.

9.2 Registrering af handicap

Der findes ikke et centralt register over alle typer af handicap i Danmark. Det vil også være vanskeligt at oprette et sådant register som følge af den usikre definition af "handicap" samt den store forskel, der er mellem de enkelte handicap. Registrering af børn med handicap er dog vigtig for at kunne følge udviklingen i de enkelte handicap og planlægge indsatsen overfor børnene og deres familier.

I Danmark findes landsdækkende registre over børn med synshandicap og børn med spastisk lammelse (cerebral parese), mens børn med de øvrige handicap ikke registreres centralt. Ud fra Børne-SUSY 2005 kan vi få en idé om forekomsten af sværere handicap hos børn i Danmark, set fra forældrenes perspektiv, samt en viden om sundheden blandt denne gruppe børn.

9.3 Typer af handicap

Handicap kan groft inddeles i fem hovedgrupper efter den funktion de begrænser: Tale, syn, hørelse, intellekt og motorik. De to sidstnævnte grupper er her repræsenteret ved udviklingshæmning og spastisk lammelse.

Talehandicap

Talehandicap kan skyldes manglende evne til at frembringe ord. Årsagen kan være sygdom i eller skade på kæbe, strube og stemmelæber, eller årsagen kan være medfødt eller tidlig døvhed og deraf manglende evne til at høre og lære sprog. Talehandicap kan også skyldes sygdom i eller skade på det center i hjernen, hvor sproget dannes, forårsaget af fx en blodprop, en hjerneblødning eller et alvorligt psykisk handicap, som fx svær autisme. Disse børn er fysisk i stand til at tale, men har svært ved at få de rigtige ord frem. Endelig er svær stammen, der kan have både fysiske og psykosociale årsager, et alvorligt talehandicap.

Synshandicap

De fleste tilfælde af blindhed hos børn er medfødte og viser sig tidligt i barnealderen, mens enkelte øjensygdomme først viser sig eller opstår senere i livet. For en lille gruppe børn er årsagen ukendt eller endnu ikke færdigundersøgt. To ud af tre børn med synshandicap er "svagtsynede", dvs. har med optiske hjælpemidler mulighed for at kunne klare sig selv. For resten af børnene består indsatsen i at skabe kontakt til børnene trods synshandicappet (Kennedy Institutet - Statens Øjenklinik, 2007).

Hørehandicap

De fleste tilfælde af alvorligt høretab hos børn er medfødte og skyldes hyppigst genetiske forhold. Godt hvert fjerde barn med medfødt alvorligt høretab er døv. I 2004 indførtes hørescreening af nyfødte og dette har medført, at alvorlige høretab hos børn findes tidligere (Sundhedsstyrelsen, 2007). I 2005 blev 69pct. af børnene således diagnosticeret, før de var 3 måneder gamle. Andre mindre hyppige årsager til døvhed eller alvorligt høretab er følger efter mellemørebetændelse, hjernehindebetændelse eller skader. Årsagen til alvorligt høretab er ukendt hos ca. hvert fjerde barn (Parving mfl., 2003).

Psykisk udviklingshæmning

Udviklingshæmmede børn er børn, hvis udvikling går langsommere end andre børns, og oftest når de aldrig helt så langt i udvikling som andre børn. Børnene har i forskellig grad problemer med indlæring samt sproglig, motorisk og social udvikling. Udviklingshæmningen er i 40 pct. af tilfældene medfødt, enten som følge af arvelige forhold eller opstået i graviditeten (Nielsen mfl., 2007). 17 pct. af børnene med udviklingshæmning har autisme, spastisk lammelse eller anden lidelse relateret til hjernen. Årsagen til disse handicap er ikke klar (Nielsen mfl., 2007). Forhold omkring eller lige efter fødslen, samt infektioner, skader eller sygdom i barndommen er årsag til relativt få tilfælde af udviklingshæmning, mens man ikke kender årsagen til udviklingshæmningen hos en tredjedel af børnene (Nielsen mfl., 2007). Udviklingshæmningen kan således både være en del af et genetisk syndrom, (fx hos børn med Downs syndrom), led i en hjerneskada (fx hos børn med spastisk lammelse, der er motorisk handicappede, men ofte også har andre handi-

cap) eller et selvstændigt handicap (fx børn med autisme, som udover at have kontakt- og kommunikationsproblemer også kan være udviklingshæmmede).

Spastisk lammelse

Spastisk lammelse er den danske betegnelse for cerebral parese, der er det hyppigste motoriske handicap blandt børn. En del af børnene har tillige epilepsi eller problemer med syn, hørelse, spisning, adfærd (fx ADHD) eller kognition (enten generel udviklingshæmning eller specifikke problemer med fx strukturering, hukommelse og koncentration). Årsagen til spastisk lammelse er en skade på den ikke færdigt udviklede hjerne. Langt de fleste tilfælde af spastisk lammelse er medfødte og opstår i graviditeten, mens få tilfælde skyldes arvelige forhold. En mindre del af tilfældene opstår i barndommen, som følge af skader på eller sygdom i hjernen. De fleste børn er "spastiske", dvs. har en øget spænding i deres muskler, mens en mindre del af børnene er præget af ufrivillige eller ukoordinerede bevægelser eller af skiftende spændinger i kroppen (Stanley mfl., 2000).

Foruden disse handicap findes sjældnere motoriske handicap (fx muskelsvind) og psykiske handicap, der ikke er led i generel udviklingshæmning (fx ADHD eller autisme uden

udviklingshæmning). Derudover er der som nævnt en glidende overgang til kronisk sygdom, hvor fx børn med svær astma eller eksem kan beskrives som handicappede.

9.4 Hvordan måles handicap?

Forældrene i Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2005 blev stillet følgende spørgsmål for hvert af deres børn:

Har barnet nogen af følgende handicap eller funktionsbegrænsninger?

- Alvorligt talehandicap.
- Døvhed eller svært nedsat hørelse.
- Blindhed eller svært nedsat syn.
- Spastisk lammelse (cerebral parese).
- Mental udviklingshæmning (fx mongolisme eller følger efter senskader).
- Andet.

Forældrene blev bedt om at svare "Ja", "Nej" eller "Ved ikke" for hver type af handicap.

Tabel 9.1 Andel af 1-15-årige børn med mindst ét handicap (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	4,3			6.501	
Køn	Dreng	5,1	1,49		(1,00 - 1,89)	3.315	
	Pige	3,4	1		(Reference)	3186	
Alder	Dreng	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	2,1	0,29	-	(0,04 - 0,75)	417
		3-5 år	5,2	0,71		(0,27 - 1,11)	619
		6-8 år	5,2	0,70		(0,29 - 1,12)	696
		9-12 år	5,2	0,71		(0,30 - 1,11)	958
		13-15 år	7,3	1		(Reference)	625
	Piger	0 år
		1-2 år	0,1	0,02	-	(0,00 - 0,18)	379
		3-5 år	3,1	0,56		(0,09 - 1,12)	627
		6-8 år	3,1	0,56		(0,18 - 1,11)	643
		9-12 år	4,3	0,77		(0,37 - 1,12)	939
		13-15 år	5,5	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	3,8	1		(Reference)	4.919	
	Samlevende	5,5	1,47		(1,00 - 2,01)	1.080	
	Enlig	5,5	1,47		(1,00 - 2,01)	501	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	4,9	1		(Reference)	1.449	
	To	3,9	0,79		(0,47 - 1,41)	3.328	
	Tre	5,1	1,05		(0,54 - 1,38)	1.372	
	Fire eller flere	2,6	0,53		(0,32 - 1,36)	352	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	4,0	1,44		(0,39 - 3,89)	305	
	10 år	9,9	3,55	+	(1,34 - 4,62)	356	
	11-12 år	5,4	1,95		(0,77 - 4,49)	973	
	13-14 år	4,4	1,58		(0,96 - 3,41)	2.963	
	15+ år	2,8	1		(Reference)	1.804	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	0,0	0,00		(0,00 - 0,00)	55	
	Selvstændig med ansatte	2,6	0,96		(0,46 - 3,91)	376	
	Selvstændig uden ansatte	3,1	1,15		(0,46 - 4,60)	258	
	Topleder	2,8	1,04		(0,46 - 3,81)	364	
	Lønmodtager højt niveau	2,7	1		(Reference)	873	
	Lønmodtager mellemniveau	3,4	1,28		(0,64 - 3,91)	1.502	
	Lønmodtager lavt niveau	5,1	1,90		(0,97 - 5,01)	2.223	
	Arbejdsløs	7,2	2,67		(0,50 - 4,83)	281	
	Under uddannelse	4,2	1,56		(0,45 - 4,90)	248	
Førtidspensionist	10,4	3,87	+	(1,04 - 4,82)	115		
Husstandsindkomst ^e	Andre	8,2	3,07		(0,76 - 4,81)	226	
	1. Kvartil (lavest)	5,1	1,83	+	(1,01 - 2,76)	1.522	
	2. Kvartil	5,7	2,05	+	(1,06 - 2,76)	1.194	
	3. Kvartil	3,7	1,34		(1,00 - 2,72)	1.896	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	2,8	1		(Reference)	1.547	
	Landejendom	3,5	0,85		(0,39 - 1,47)	794	
	Enfamiliehus	4,1	1		(Reference)	4.204	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	4,3	1,04		(0,49 - 1,79)	767	
	Etageejendom	5,9	1,44		(0,64 - 1,80)	608	
Region	Andet	1,5	0,36		(0,00 - 1,79)	85	
	Region Hovedstaden	4,1	1		(Reference)	1.166	
	Region Sjælland	5,2	1,27		(0,64 - 1,72)	1.127	
	Region Syddanmark	4,8	1,16		(0,63 - 1,72)	1.504	
	Region Midtjylland	3,9	0,94		(0,63 - 1,72)	1.354	
	Region Nordjylland	3,5	0,85		(0,63 - 1,74)	1.350	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med mindst ét handicap, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen for handicap er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

9.5 Resultater

Fire børn under 1 år havde et handicap, men disse børn er ikke medtaget i beregningen af hyppigheden af handicap, da der i denne aldersgruppe er flere børn med handicap, hvor det endnu ikke er muligt sikkert at afklare, om de har et handicap.

4,3 pct. af børnene i alderen 1-15-år har mindst ét handicap.

Køn og alder

Flere drenge end piger har et handicap. Drenge har især oftere et alvorligt talehandicap.

Forældres samlivsstatus

Der er en tendens til, at enlige eller samlevende forældre oftere har et barn med handicap end forældre, der er gift.

Antal børn i husstanden

Der er ingen sammenhæng mellem antallet af børn i husstanden og andelen af handicappede børn.

Forældres uddannelsesniveau

Forældre med 10 års uddannelse har oftere et barn med handicap end forældre med længere uddannelse.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Forældre på førtidspension har oftere et handicappet barn end forældre på højt lønmodtagerniveau.

Husstandsindkomst

Forældre i de laveste indkomstgrupper har oftere børn med handicap end forældre i de højeste indkomstgrupper

Boligtype

Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og andelen af handicappede børn.

Region

Der er ingen sammenhæng mellem region og andelen af handicappede børn.

9.6 Hyppighed af de enkelte handicap

Figur 9.1 viser antallet af 1-15-årige børn med hvert af de enkelte handicap, oplyst af forældre i Børne-SUSY 2005.

De fleste børn med handicap har kun ét handicap. På figur 9.1 er andelen af børn med kun ét handicap markeret med gråt for hver type af handicap. Samlet har 3,7 pct. af børnene ét handicap, 0,5 pct. har to handicap og 0,2 pct. har tre eller flere handicap.

Børnene har ifølge forældrene hyppigst tale- eller synshandicap, idet 1,4 pct. har et alvorligt talehandicap og 1,1 pct. er blinde eller har svært nedsat syn. En del af disse børn har to eller flere handicap. 0,7 pct. af børnene er døve eller har svært nedsat hørelse og ca. hver tredje af disse børn har et eller flere yderligere handicap, hyppigst alvorligt talehandicap.

Lidt færre børn har handicap, der involverer mental udvikling, idet 0,6 pct. er udviklingshæmmede. To ud af tre af disse børn har tilli-

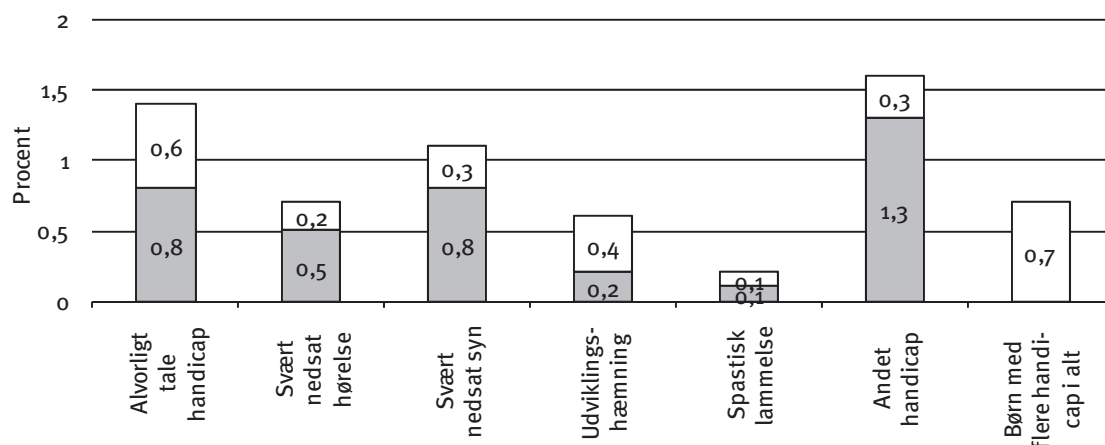
ge et eller flere andre handicap, hyppigst et alvorligt talehandicap eller andet ikke nærmere beskrevet handicap.

0,2 pct. har det motoriske handicap spastisk lammelse. Halvdelen af disse børn har tillige et eller flere andre handicap, hyppigst udviklingshæmning.

1,6 pct. af forældrene karakteriserede deres barns handicap som "andet" og hver femte af disse børn har tillige et eller flere andre handicap, hyppigst alvorligt talehandicap eller udviklingshæmning. Godt halvdelen af forældre til børn, der udelukkende havde "andet" handicap har tillige rapporteret, at barnet har en langvarig sygdom eller medfødt misdannelse. Fra disse besvarelser kan vi se, at gruppen bl.a. består af børn med astma/allergi/eksem, autisme, ADHD, epilepsi, samt misdannelser i hjerte eller hjerne/rygmarv/nerver.

Ca. hver fjerde barn med handicap har tillige en medfødt misdannelse, hyppigst misdannelse af hjerne/rygmarv/nerver, kromosomfejl eller misdannelse i hjerte-kredsløb.

Figur 9.1 Andel 1-15-årige børn med handicap, andel af børn i hver gruppe med kun ét handicap er markeret med gråt.



9.7 Trivsel blandt handicappede børn

De fleste børn med og uden handicap har været raske eller blot haft enkelte sygdomsperioder inden for det seneste år. 12 pct. af børn med handicap sammenlignet med 4 pct. børn uden handicap har skrantet mellem sygdomsperioder eller været syg det meste af tiden det seneste år. Forældre til børn med handicap rapporterer hyppigere, at deres barn har haft ondt i maven, ondt i ryggen, samt været forkølet de seneste 14 dage, sammenlignet med børn uden handicap. 20 pct. af børnene med handicap har således haft ondt i maven, 5 pct. haft ondt i ryggen og 27 pct. har været forkølede, mens dette er tilfældet for henholdsvis 13 pct., 2 pct. og 24 pct. af børnene uden handicap.

Der er ingen forskel på, hvor hyppigt forældre til børn med og uden handicap er fysisk aktive sammen med deres barn, men børn med handicap dyrker sjældnere sport. 66 pct. af børnene med handicap dyrker således selv sport og idræt sammenlignet med 74 pct. af børnene uden handicap. 57 pct. af de 4-15-årige børn med handicap transporterer nogle gange sig selv til skole eller børnehave. Dette er noget færre end blandt børn uden handicap, hvor 70 pct. af børnene gør dette.

Forældrene har i Børne-SUSY 2005 vurderet deres barns kropsform ved hjælp af skitser af børn med varierende kropsform. Ifølge disse skitser vurderer 19 pct. af forældre til børn med handicap i alderen 4-15-år, at deres barn er overvægtigt. Det er flere end blandt børn uden handicap, hvor 14 pct. vurderer, at deres barn er overvægtigt. Blandt de overvægtige børn med handicap er der tillige flere meget overvægtige sammenlignet med børn uden handicap.

9.8 Diskussion

Børn med handicap er ikke en homogen gruppe. Der er fx stor forskel på at have svær spastisk lammelse og være blind, men i denne undersøgelse er det ikke muligt at belyse sundheden i de enkelte handicapgrupper hver for sig. I stedet giver undersøgelsen et skøn over andelen af børn med handicap blandt 1-15-årige børn i Danmark, samt en identifikation af områder, hvor børn med handicap ikke trives optimalt og hvor der derfor bør interveneres eller foretages yderligere undersøgelser.

Hyppighed af de enkelte handicap

Andelen af børn med handicap stiger svagt med barnets alder. Dette kan have flere årsager. Dels er ikke alle handicap tilstede ved fødslen, idet nogle først kommer til udtryk senere i livet og andre opstår som følge af sygdom eller skade. Dels kan der være sket et faktisk fald i antallet af børn med handicap over tid. Endelig opdages en del handicap først senere i livet og dette kan have betydning for børnenes og familiens trivsel. Fx kan børn med medfødt behandlingskrævende høretab, der behandles tidligt, opnå sproglig og social udvikling på linje med andre børn (Parving mfl., 2003). Undersøgelser af hvert enkelt handicap for sig er nødvendige for at kunne se på forskel i hyppighed i forskellige aldersgrupper.

Børne-SUSY 2005 beskriver hyppigheden af handicap hos 1-15-årige børn, rapporteret af deres forældre. Sammenligning af forekomsten af handicap med eksisterende viden er vanskelig, da der ikke findes lignende samlede opgørelser af handicap hos børn i Danmark, men er alligevel forsøgt nedenfor. Synsregisteret og Cerebral Parese Registeret (spastisk lammelse) er de eneste opgørelser, der følger udviklingen af handicap over tid og begge registre er landsdækkende.

Det er usikkert, hvor mange børn med talehandicap der findes i Danmark. Hyppigheden af stammen er høj i 3-5 års-alderen, mens en dansk undersøgelse vurderer, at ca. 1 pct. af alle børn stammer i 9-års alderen, heraf flest drenge (Månsson, 2005). I denne undersøgelse beskriver forældrene, at samlet 0,8 pct. af alle børn i alderen 1-15 år (fleste drenge og

flest i 3-8-års alderen) har et alvorligt talehandicap uden samtidig at have et andet handicap, der kan være årsag til deres taleproblemer (fx spastisk lammelse eller døvhed).

Børn med nedsat synsfunktion skal ifølge Serviceloven anmeldes til Synsregisteret. Alle børn, der har alvorlige synsnedsættelser, inkluderes i registeret. På baggrund af antal børn i registret og antal børn i Danmark kan det beregnes, at ca. 0,1 pct. af alle børn i alderen 0-15 år har et alvorligt synshandicap i en sådan grad, at de opfylder betingelserne for at blive registreret i Synsregisteret (Kennedy Institutet - Statens Øjenklinik, 2005; Danmarks Statistik, 2008). I denne undersøgelse angiver forældrene, at 1,1 pct. af børn i 1-15-års alderen er blinde eller har svært nedsat syn.

For synshandicap gælder således, at den forælder rapporterede hyppighed, der beskriver hvor mange forældre der opfatter deres børn som handicappede, er noget større end hyppigheden af handicap ved en lægelig vurdering af børnenes handicap. Dette hænger formentlig sammen med, at den lægelige vurdering primært går på alvorligheden af det fysiske handicap, mens forældre formentlig i højere grad baserer deres vurdering på barnets funktionsnedsættelse i det daglige. I forbindelse med planlægning af støtte til familier med synshandicappede børn er det vigtigt at være opmærksom på, at ti gange så mange børn, som dem der er optaget i Synsregisteret, af forældrene opfattes som synshandicappede.

Der findes ingen central registrering af børn med hørehandicap, men Sundhedsstyrelsen vurderer udfra oplysninger fra Landspatientregisteret, at ca. 1 pct. af alle børn har fået diagnosticeret et permanent høretab i de første 4 leveår (Sundhedsstyrelsen, 2007). En undersøgelse fra Københavns Amt finder, at 0,2 pct. af børn mellem 2 og 12 år har et hørehandicap i en sådan grad, at de har høreapparat (Parving mfl., 2003). Forældrene til 0,6 pct. af børnene i 1-15-års alderen, beskrev i Børne-SUSY 2005, at deres børn var døde eller havde svært nedsat hørelse.

Børn med udviklingshæmning registreres ikke centralt i Danmark. Ifølge en undersøgelse

fra Københavns Amt i 2007 vurderes 0,9 pct. af børnene mellem 4 og 15 år at være lettere udviklingshæmmede ($IQ < 70$), mens 0,4 pct. vurderes at være sværere udviklingshæmmede ($IQ < 50$). Godt halvdelen af disse børn har andre handicap som fx spastisk lammelse, epilepsi, autisme eller synsproblemer (Nielsen mfl., 2007). I Børne-SUSY 2005 rapporterer forældre til i alt 0,6 pct. af børnene, at deres 1-15-årige børn er mentalt udviklingshæmmede og to tredjedele af disse børn har tillige andre handicap. Det er ikke i denne undersøgelse muligt direkte at sammenligne antallet af børn med udviklingshæmning udfra henholdsvis psykologiske tests og forældres vurdering, da forældrene er spurgt meget overordnet til mental udviklingshæmning.

Børn med spastisk lammelse registreres i det danske Cerebral Parese Register (Uldall mfl., 2001), der følger hyppigheden af spastisk lammelse i Danmark. Oplysningerne om børnene kommer direkte fra hospitalernes børneafdelinger og diagnosen vurderes af en børneneurolog, når børnene er ca. 5 år gamle. Cerebral Parese Registeret dækker fra fødselsårgang 1995 og frem, hele Danmark. Ud af en fødselsårgang af levendefødte børn har 0,2 pct. cerebral parese (personlig meddelelse Peter Uldall, Cerebral Parese Registeret), hvilket svarer til det, vi finder i Børne-SUSY 2005.

Social situation for familier med børn med handicap

Børn med handicap bor ifølge vores undersøgelse oftere med samlevende forældre eller en enlig forælder. Det kunne tyde på, at forældre til handicappede børn oftere bliver skilt, men både danske og norske undersøgelser viser dog, at dette ikke er tilfældet (Lundeby mfl., 2008; Michelsen, 2006). En dansk undersøgelse viser, at lidt færre forældre til børn med spastisk lammelse bor sammen, før barnet med handicap fødes, hvilket tyder på, at en eventuel større andel enlige forældre til handicappede børn skal forklares ved årsager til handicap og ikke med konsekvenser af at have et barn med handicap (Michelsen, 2006).

Forældre til børn med handicap har oftere kort uddannelse og lav indkomst og er oftere udenfor arbejdsmarkedet, sammenlignet med

forældre til børn uden handicap. Vi kan ikke ud fra denne undersøgelse se, om personer med kort uddannelse, lav indkomst eller uden arbejde oftere får børn med handicap, og/eller om den sociale ulighed hos forældrene er en konsekvens af at få et handicappet barn. En dansk undersøgelse har vist, at forældre til børn med spastisk lammelse lidt oftere er udenfor arbejdsmarkedet og har en kort uddannelse, før de får barnet med handicap, men også at det at have et barn med spastisk lammelse medfører, at en lille gruppe mødre til børn med spastisk lammelse forbliver udenfor arbejdsmarkedet og har en lavere indkomst, mange år efter, at barnet er født (Michelsen, 2006). Det er således vigtigt at planlægge relevant forebyggelse ved at klarlægge årsager til medfødt handicap. Der er for eksempel trods en forbedret behandling en større risiko for handicap blandt for tidligt fødte børn (Hansen mfl., 2004; Balling mfl., 2001), og for tidlige fødsler forekommer oftere blandt mødre med kort uddannelse. Samtidig er det vigtigt at støtte familier med handicappede børn for at undgå sociale konsekvenser i form af fx svagere erhvervstilknytning og lavere indkomstforhold (Michelsen, 2006).

Trivsel blandt børn med handicap

I følge Børne-SUSY 2005 er børn med handicap oftere syge eller skranter, lidt færre dyrker sport og lidt flere er overvægtige, sammenlignet med børn uden handicap. Børnes handicap kan være direkte årsag til dette, men noget af forklaringen kan også være, at børn med handicap oftere har forældre med kort uddannelse, lav indkomst og som er udenfor arbejdsmarkedet. I denne rapport beskrives det, hvordan sygelighed, fysisk aktivitet og overvægt ofte hænger sammen med forældrenes sociale baggrund.

Langt de fleste børn med handicap er raske det meste af tiden, men forældre til 12 pct. af børn med handicap angiver, at deres børn enten skranter mellem sygdomsperioder eller er syge det meste af tiden. Det er væsentlig flere end blandt børn uden handicap. Vi kan ikke udfra denne undersøgelse se, hvad årsagen er til dette. Det understreger dog vigtigheden af, at børn med handicap følges helbredsmæssigt også med fokus på andet end deres handicap, samt at forældrenes hjælpes ved problemer med pasning m.m.

Lidt flere børn med handicap, sammenlignet med børn uden handicap, er ifølge forældrene overvægtige. Dette bør undersøges nærmere for de enkelte handicapgrupper, da der formentlig er store forskelle herimellem. Et barn med svær spastisk lammelse vil fx som følge af den øgede muskelaktivitet og/eller spiseproblemer måske have problemer med for lav vægt, mens et udviklingshæmmet barn som følge af uhensigtsmæssige sundhedsvaner og lav fysisk aktivitet snarere har problemer med overvægt. En norsk undersøgelse viser, at norske voksne med intellektuelle handicap oftere er overvægtige (Hove, 2004) og en dansk undersøgelse af kost og sundhedsvaner i botilbud for voksne udviklingshæmmede peger på, at det er vigtigt med en tidlig indsats i skolealderen for at styrke udviklingshæmmede børns handlekompetence i forhold til egen sundhed (Knigge, 2005).

Lidt færre børn med handicap dyrker sport. Det bør sikres, at familier med børn med handicap modtager tilstrækkelig vejledning i sundhed tilpasset netop deres barns problematikker, samt at der er relevante fritidstilbud med fysisk aktivitet til børn for alle handicapgrupper.

Over halvdelen af børn med handicap transporterer sig selv til skole. Dette er positivt. Når der alligevel er en større andel af børn uden handicap, som selv transporterer sig til skole, kan det i nogen grad skyldes, at børn med handicap oftere går på specialskoler med stor afstand til hjemmet.

Vi ved ikke meget om de langsigtede sociale konsekvenser af at have et handicap allerede fra barn, men en undersøgelse af børn med spastisk lammelse viser, at mange ikke får uddannelse eller kommer på arbejdsmarkedet, og at mange ikke stifter egen familie (Michelsen mfl., 2005; Michelsen mfl., 2006). Helbredsmæssig og social støtte til disse børn i barndommen er derfor vigtig, for at børnene får de bedste muligheder for en god social integration, som kan føres videre ind i voksenlivet.

Støtte til familier med børn med handicap

De fleste familier med børn med handicap er oftere i kontakt med Sundheds- og Socialvæsenet og flere undersøgelser peger på, at tilfredsheden med denne kontakt er lav

(Graungaard, 2007; Wüst mfl., 2008; Bengtsson & Middelboe, 2001). En nylig rapport fra Lægeforeningens foreslår, hvordan familier til børn med handicap sikres en optimal indsats (Graungaard & Hansen, 2007). Indsatsen overfor børn med handicap kaldes habilitering og det understreges i rapporten, at habilitering af handicappede børn er en specialopgave. Det anbefales, at indsatsen varetages af habiliteringsteams, hvor både sundhedsfaglig, socialfaglige, pædagogisk og psykologisk bistand koordineres. Kommunale teams foreslås typisk at tage ansvar for familier med børn med almindelige handicap, mens regionale teams foreslås at få ansvar

for familier med børn med mere sjældne handicap (Graungaard & Hansen, 2007). Det bør under alle omstændigheder sikres, at støtten til disse familier fra både Sundheds- og Socialvæsen er velkoordineret og velfungerende, samt at familierne føler sig forstået og hjulpet, så de oplever at få hjælp. Selvom denne gruppe af børn har meget forskelligartede handicap og behov, er de fælles om at have kontakt til mange forskellige offentlige instanser. En sikring af de bedst mulige vilkår for handicappede børn forudsætter en effektiv og professionel koordinering af indsatsen mellem disse mange instanser.

9.9 Referencer

- Balling K., Eschen C.C. & Verderer H. (2001). Neonatal mortalitet og morbiditet ved svangerskabslængde mindre end 30 fulde uger for børn behandlet primært på et centralsygehus. *Ugeskrift for Læger*, 163(8):1058-61.
- Bengtsson S. (2006). *Handicap og samfundsdeltagelse 2006*. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- Bengtsson S. & Middelboe N. (2001). *Der er ingen der kommer og fortæller hvad man har krav på*. København: SFI Socialforskningsinstituttet.
- Danmarks Statistik (2008). www.dst.dk Statistikbanken, befolkning og valg, børnestatistik BRN09/2005 (14.11.2008)
- Graungaard A. (2007). *How do they manage?*. Ph.D. thesis. Faculty of health sciences, University of Copenhagen. Denmark: Det Samfundsvidenskabelige Fakultets Reprocenter.
- Graungaard A. & Hansen B. (2007). *Familier med handicappede børn - sådan sikres en optimal indsats*. København: Lægeforeningen, Sundhedskomiteén.
- Hansen B.M., Hoff B., Greisen G. & Mortensen E.L. (2004). Early nasal continuous positive airway pressure in a cohort of the smallest infants in Denmark: neurodevelopmental outcome at five years of age. *Acta Paediatrica*, 93(2):190-5.
- Hove O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities*, 25(1):9-17.
- Kennedy Instituttet - Statens Øjenklinik (2005). Årsberetning for Synsregisteret.
- Kennedy Instituttet - Statens Øjenklinik (2007). Årsberetning for Synsregisteret.
- Knigge M.L. (2005). *Mad til forhandling*. Udviklingshæmmede, livsstil og overvægt. Sted: UFC Handicap.
- Lundeby H. & Tøssebro J. (2008). Family structure in Norwegian families of children with disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 246-256.
- Michelsen S.I. (2006). *Sociale konsekvenser af cerebral parese*. Ph.D.-afhandling. København: Statens Institut for Folkesundhed og Københavns Universitet.
- Michelsen S.I., Uldall P., Hansen T. & Madsen M. (2006). Social integration of adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(8):643-9.
- Michelsen S.I., Uldall P., Kejs A.M.T. & Madsen M. (2005). Education and employment prospects in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8):511-7.
- Månsson H. (2005). Stammens kompleksitet og diversitet. *Dansk Audiologopædi*, 41(3).
- Nielsen L.S., Jensen H. & Skov L. (2007). Udviklingshæmmede børn. *Ugeskrift for Læger*, 169(23):2211-5.
- Parving A., Hauch A.M. & Christensen B. (2003). Høretab hos børn -epidemiologi, identifikation og årsager gennem 30 år. *Ugeskrift for Læger*, 165(6):574-9.
- Schiøler G. & Dahl T. (red.) (2003). *ICF: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand*. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard. Den danske version af Verdenssundhedsorganisationens "International Classification of Functioning, Disability and Health".
- Stanley F., Blair E. & Alberman E. (2000). *Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways*. London: Mac Keith.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Evaluering af den neonatale hørescreeningsindsats*. Sundhedsstyrelsen.
- Tarp J. & Michaelsen L. (2007). *Fritidstilbud til unge handicappede*. København: Center for Ligebehandling af Handicappede.
- Uldall P., Michelsen S.I., Topp M. & Madsen M. (2001). The Danish Cerebral Palsy Re-

gistry. A registry on a specific impairment.
Danish Medical Bulletin, 48(3):161-3.

World Health Organization (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2007). International Classification of Functioning, Disability and Health - Children and Youth Version. Geneva, World Health Organization.

Wüst M., Thorsager L. & Bengtsson S. (2008). *Indsatsen overfor børn med handicap og træningsbehov*. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.

10

Medfødte misdannelser

Anne-Marie Nybo Andersen

10.1 Indledning

At andelen af børn der fødes med medfødte misdannelser er så stor som omkring 5 pct., er ofte overraskende. I opgørelser af hyppigheden af misdannelser varierer andelen enormt, fra at berøre 2 pct. op til 10 pct. af alle børn. Man skal dog ikke lade sig forlede til at tro, at sådanne forskelle skyldes reelle forskelle i hyppigheden mellem befolkninger. Det er vanskeligt at definere begrebet ”medfødt misdannelse”. Medfødte misdannelser dækker et bredt spektrum fra mindre, ubetydelige afvigelser fra den normale fysiske udvikling (morfologi) til alvorlige, af og til livstruende, funktionshæmmende tilstande. Nogle oplagte medfødte misdannelser, fx manglende anlæg af den ene nyre kan opdaget sent i livet eller opdages måske slet ikke, fordi misdannelsen ikke giver symptomer. En skærpet opmærksomhed på en særlig misdannelse, som tilfældet har været i Danmark hvad angår misdannelser af drenges kønsorganer, kan få hyppigheden til at stige, måske blot som resultat af en bedre diagnostik. Endelig er en række ikke helt sjældne medfødte tilstande, som fx hofteledsdisplasi og forsinket lejring af testiklerne i pungen (forsinket descensus testes) i nogle opgørelser medtaget som medfødte misdannelser, i andre opgørelser er de ikke.

Hvad skyldes medfødte misdannelser?

I langt de fleste tilfælde kan vi ikke – med den nuværende viden – fastslå årsagen til en misdannelse. Men vi kender dog til nogle faktorer der påvirker risikoen for misdannelser.

En række lægemidler vides at medføre misdannelser. Mest kendt er måske erfaringen med Thalidomid, der medførte en epidemi af svære misdannelser af primært ekstremiteter

og ører omkring 1960. Men også lægemidler der stadig er i anvendelse, fx mange epilepsimidler og midler mod kræft vides at kunne medføre misdannelser. For nylig rejste en dansk undersøgelse mistanke om, at nikotinpræparater til rygeafvænnning kunne øge risikoen for misdannelser (Morales-Suárez-Varela mfl., 2006).

Nogle misdannelser skyldes en særlig genetisk følsomhed hos moderen. Fx er en almindelig genetisk variant i genet, som regulerer omsætningen af folinsyre, af betydning for risikoen for rygmarvsbrok og læbe-gane spalter (midtliniedefekter). Også visse sygdomme hos moderen, fx diabetes øger risikoen for misdannelser. Hvorfor kvinder med diabetes har en højere hyppighed af misdannelser er ikke kendt, men meget tyder på, at dårlig reguleringen af sukkersygen med deraf følgende højt blodsukkerniveau er særlig risikabelt.

Alkohol kan – i store mængder – med sikkerhed medføre misdannelser, i de sværeste tilfælde i form af det såkaldte føtale alkohol syndrom (der foruden mental retardering omfatter kranie misdannelser). Højt alkoholforbrug i graviditeten kan også medføre hjertemisdannelser. Om alkohol i mindre mængder kan medføre misdannelser er stadig kontroversielt (Bille mfl., 2007)

Forældrenes alder er af betydning for misdannelser: Mest kendt er den øgede risiko for kromosomlidelser, specielt Downs Syndrom (mongolisme) når moderens alder stiger (Mikkelsen mfl., 1989). Men også fars alder er af betydning (Kazaura & Lie, 2002; Bille mfl., 2005). Mens høj alder hos moderen overvejende øger risikoen for sygdomme med forstyrrelser i kromosomernes antal (aneuploidier), er der meget der tyder på, at høj alder hos faderen øger risikoen for (sjældne) med-

fødte lidelser, der skyldes punktmutationer på generne.

Da genetiske forhold er involveret i mange medfødte misdannelser er blodsbeslægtethed mellem forældrene også en risikofaktor for medfødte lidelser (Stoltenberg mfl., 1997).

Endelig har atombombningerne i Japan i 1945 og ulykken ved A-kraftværket i Tjernobyl vist, at radioaktiv stråling øger risikoen for medfødte misdannelser voldsomt, ligesom misdannelser er meget mere hyppigt i områder med forurening, specielt fra tungmetaller.

Hvordan måles medfødte misdannelser ?

De følgende resultater om medfødte misdannelser er fremkommet på baggrund af følgende spørgsmål til forældrene i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005:

Havde Deres barn en af følgende misdannelser?

- Medfødt misdannelse af hjertet eller blodkredsløbet.
- Læbe-gane spalte.
- Medfødt skader af hjerne, rygmarv eller nerver.
- Medfødte misdannelser af fordøjelsessystem eller bugvæg.
- Medfødte misdannelser i urinveje eller kønsorganer.
- Misdannelse på arme og ben, hænder eller fødder.
- Kromosomfejl.
- Øvrige medfødte misdannelser, beskriv.

Hvis forælderen svarede ja, blev han/hun endvidere spurgt, om barnet er hæmmet (af misdannelsen) i sine daglige gøremål.

Hvilke typer af misdannelser har børnene?

Typen af medfødte misdannelser samt deres aktuelle konsekvens, målt som funktionshæmning i dagligdagen fremgår af tabel 10.1. Taget under et, var en fjerdedel (25,4 pct.) af børnene med medfødte misdannelser hæmmet af misdannelsen i sine daglige gøremål.

Det dækker over store forskelle: Således er mere end 8 ud af 10 børn med misdannelser i hjerne, rygmarv og nerver funktionshæmmet i dagligdagen, men kun godt en ud af 9 med misdannelser i urinveje og kønsorganer er hæmmet i sine daglige gøremål.

”Andre misdannelser”, som altså omfattede 1 pct. af børnene, dækkede over så forskellige lidelser som sanseorgan-defekter, særlig øjen- og øremisdannelser (se også kapitel 9), medfødte cyster, medfødt hofteleds dysplasi, for kort tungebånd, fuglebryst, stive lunger, navlebrok samt en række andre mere eller mindre alvorlige lidelser.

Drengene udgjorde en særlig stor del af de rapporterede misdannelser i urinveje og kønsorganer (82pct.), og kun misdannelser i hjerte og kredsløb og læbe-ganespalte udviste ligelig fordeling mellem kønnene.

Tabel 10.1 Rapportering af typer af børns misdannelser i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2005, samt andel af forældre, der angiver, at barnet er hæmmet (af misdannelsen) i sine daglige gøremål

Type medfødt misdannelse	Antal	%	Andel af disse, som er funktionshæmmet i dagligdagen
Hjerte-kredsløb	82	1,2	16 %
Hjerne, rygmarv eller nerver	32	0,5	84 %
Fordøjelsessystem eller bugvæg	15	0,2	13 %
Urinveje eller kønsorganer	46	0,7	11 %
Ekstremiteter (arme og ben)	51	0,7	27 %
Læbe-gane spalte	17	0,2	18 %
Kromosomfejl	29	0,4	59 %
Andre misdannelser	72	1,0	21 %

Tabel 10.2 Forekomsten af en eller flere misdannelser blandt børn (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	4,5			6.962	
Køn	Dreng	5,4	1,53	+	(1,05 - 1,95)	3.536	
	Pige	3,5	1		(Reference)	3.412	
Alder	Drenge	0 år	1,4	0,17	-	(0,11 - 0,70)	203
		1-2 år	5,3	0,67		(0,20 - 1,63)	417
		3-5 år	6,0	0,76		(0,34 - 1,59)	620
		6-8 år	4,4	0,56		(0,19 - 1,18)	696
		9-12 år	4,7	0,60		(0,27 - 1,27)	958
		13-15 år	7,9	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	2,2	0,63		(0,11 - 1,82)	208
		1-2 år	2,3	0,66		(0,11 - 1,82)	379
		3-5 år	3,8	1,09		(0,27 - 1,81)	628
		6-8 år	4,2	1,18		(0,42 - 1,81)	643
		9-12 år	3,6	1,03		(0,33 - 1,81)	939
		13-15 år	3,5	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	4,2	1		(Reference)	5.209	
	Samlevende	3,6	0,86		(0,65 - 1,36)	1.243	
	Enlig	6,5	1,54		(0,65 - 2,05)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	5,1	1		(Reference)	1.626	
	To	4,6	0,91		(0,48 - 1,36)	3.537	
	Tre	3,5	0,68		(0,47 - 1,27)	1.433	
	Fire eller flere	4,6	0,91		(0,47 - 1,36)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	2,0	0,40		(0,04 - 1,38)	332	
	10 år	6,7	1,31		(0,52 - 1,74)	371	
	11-12 år	5,5	1,08		(0,56 - 1,74)	1.048	
	13-14 år	3,9	0,76		(0,49 - 1,19)	3.145	
	15+ år	5,1	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	1,1	0,22		(0,00 - 1,20)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	4,3	0,71		(0,28 - 1,50)	389	
	Selvstændig uden ansatte	4,0	0,64		(0,28 - 1,49)	271	
	Topleder	3,6	0,58		(0,28 - 1,51)	383	
	Lønmodtager højt niveau	6,2	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	3,9	0,63		(0,29 - 1,22)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	4,4	0,71		(0,34 - 1,66)	2.361	
	Arbejdsløs	4,7	0,76		(0,29 - 1,50)	311	
	Under uddannelse	6,3	1,01		(0,31 - 1,49)	273	
	Førtidspensionist	5,7	0,93		(0,28 - 1,50)	120	
Andre	3,7	0,61		(0,28 - 1,52)	255		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	5,0	1,21		(0,77 - 1,59)	1.626	
	2. Kvartil	4,2	1,02		(0,77 - 1,60)	1.289	
	3. Kvartil	4,5	1,09		(0,77 - 1,60)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	4,1	1		(Reference)	1.645	
Boligtype	Landejendom	4,4	0,99		(0,43 - 1,50)	838	
	Enfamiliehus	4,5	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	5,1	1,14		(0,52 - 1,51)	831	
	Etageejendom	3,2	0,70		(0,26 - 1,29)	693	
	Andet	3,3	0,74		(0,24 - 1,51)	88	
Region	Region Hovedstaden	5,6	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	4,7	0,84		(0,49 - 1,12)	1.212	
	Region Syddanmark	4,0	0,72		(0,48 - 1,12)	1.583	
	Region Midtjylland	3,5	0,63		(0,48 - 1,12)	1.446	
	Region Nordjylland	4,5	0,81		(0,48 - 1,12)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen i børnebefolkningen med den givne misdannelse forudsat at alders- og kønsfordelingen i den respektive gruppe var som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder er der tale om reelle procenter.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

10.2 Resultater

Køn og alder

Forældre til i alt 4,5 pct. af børnene angav, at deres barn havde en eller flere misdannelser. Drengene havde en noget større risiko for misdannelser end piger. Den højeste forekomst af medfødte misdannelser ses blandt 13-15-årige drenge.

Forældres samlivsstatus

Der ses ingen statistisk sikker sammenhæng mellem forældres samlivsstatus og risikoen for at have et barn med en medfødt misdannelse

Antal børn i husstanden

Antallet af børn i husstanden ser ikke ud til at påvirke barnets risiko for at have en medfødt misdannelse.

Forældres uddannelsesniveau

Der set intet tydeligt mønstre mellem risikoen for at have et barn med en medfødt misdannelse og forældrerens uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Forældrenes socioøkonomiske position ser ikke ud til at påvirke risikoen for at få et barn med en misdannelse.

Husstandsindkomst

Der ses ingen sammenhæng mellem husstandsindkomsten og barnets risiko for at have en eller flere misdannelser.

Boligtype

Der ses ingen sammenhæng mellem boligtype og risikoen for misdannelser.

Region

Der er tendens til en vis geografisk skævhed i hyppigheden af medfødte misdannelser. Forældre bosiddende i Region Hovedstaden rapporterede oftest, at deres barn har en medfødt misdannelse.

10.3 Diskussion

Resultaterne fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 demonstrerer forskellighedsartetheden i såvel typen af medfødte misdannelser som konsekvenserne for det ramte barn. Som forventet i forhold til tidligere opgørelser på området finder vi en overhyppighed af medfødte misdannelser hos drenge og at misdannelser, i modsætning til mange andre sygdomme, ikke udviser en særlig social gradient i forekomsten.

Når det gælder medfødte misdannelser er aldersfordelingen af mindre interesse (lidelsen har ifølge sagens natur været der fra fødslen). En skæv aldersfordeling kan afspejle to ting, nemlig at nogle misdannelser først opdages en kortere eller længere årrække efter fødslen, eller at der er en udvikling i forekomsten af misdannelser over tid. Resultaterne fra SUSY undersøgelsen kan ikke anvendes til at udtale sig med sikkerhed om dette.

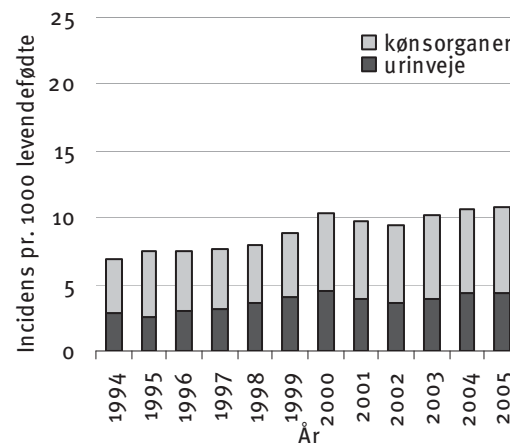
Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 en publikation med opgørelse af medfødte misdannelser i Danmark fra 1994-2006 (Sundhedsstyrelsen, 2007). Denne rapport var udarbejdet på baggrund af diagnoser stillet på levendefødte børn pct. første leveår og indrapporteret til Landspatientregisteret. Af rapporten fremgår det, at hyppigheden af misdannelser er steget fra 1994 til 2005 (tallene for 2006 er usikre) fra ca. 42/1000 til 50/1000 levendefødte.

Den forælderreporterede hyppighed på 45/1000 i SUSY-undersøgelsen er i overensstemmelse med disse tal. I Sundhedsstyrelsens opgørelse over typer af misdannelser, tegnede medfødte misdannelser i kredsløbsorganerne sig for ca. en fjerdedel af de indberettede misdannelser, mens misdannelser i knogler og muskler var den hyppigste form, der tegnede sig for omtrent en tredjedel. For hjertemisdannelsernes vedkommende er SUSY-undersøgelsens tal overensstemmende med dette, mens der i SUSY-undersøgelsen er en betydelig lavere andel ekstremitetsmisdannelser. Dette skyldes formentlig, at ekstremitetsmisdannelser kun udgør en mindre del af knogle- og muskelmisdannelserne, og at mange forældre, hvis barn havde hofte-

leds dysplasi, rubricerede dette under andre misdannelser.

Ud fra SUSY-undersøgelsen kan vi ikke udtale os om ændringer over tid. Sundhedsstyrelsens tal antyder, at antallet af misdannelser i nervesystemet, den gruppe misdannelser som i SUSY undersøgelsen var forbundet med størst funktionshæmning, er faldende henover perioden. Både introduktionen af anbefaling af folinsyreindtag før graviditeten opstår og den øgede og bedre anvendelse af ultralydsdiagnostik kan være ansvarlig for dette fald i hyppigheden. Sundhedsstyrelsens tal viste derimod en stigende forekomst af misdannelser i urinveje og kønsorganer, hvor hyppigheden i 1990'erne var omkring 7-8 pr. 1.000 var hyppigheden efter år 2000 på ca. 10 pr. 1.000 levendefødte.

Figur 10.1 Andel børn med medfødte misdannelser i kønsorganer og urinveje, Danmark 1994-2005



Om dette er udtryk for en reel stigning, som i givet fald er bekymringsvækkende, eller en følge af ændret diagnostisk praksis vides ikke. Hvis enkelte fødesteder/hospitalafdelinger står for en betydelig del af stigningen kunne det tale for, at diagnosepraksis står bag den tilsyneladende stigning. Hvis stigningen er reel, kunne det skyldes en øget forekomst af hormonforstyrrende stoffer i miljøet.

Det er for nyligt vist, at etniske minoriteter i Danmark har en højere risiko for dødfødsel og for spædbarnsdødelighed (Villadsen mfl., 2009). En af årsagerne til denne forøgede dødelighed skyldtes medfødte misdannelser,

som dermed må mistænkes at forekomme hyppigere hos børn af etniske minoriteter.

Forebyggelse af medfødte misdannelser

Forebyggelsen af medfødte misdannelser er vanskelig. Dette skyldes delvist den manglende viden om, hvad der forårsager misdannelser, men også at de fleste misdannelser grundlægges i de allerførste uger af fostertilværelsen, ofte førend kvinden har erkendt, at hun er gravid. En række af de råd, der gives ved de forebyggende helbredsundersøgelser i graviditeten (svangreundersøgelserne) om livsstil og fx arbejdsforhold tilsigter bl.a. at forebygge misdannelser, men på tidspunktet for første svangreundersøgelse er en evt. skade som oftest sket.

Primær forebyggelse må derfor rette sig mod universelle tiltag: at fjerne fosterskadelige påvirkninger fra miljøet. Dette finder også sted. Når stoffer forbydes eller begrænses i tilgængelighed, gøres det ofte på baggrund af påvisning af et fosterskadeligt potentiale. Lægemidler forsøges afprøvet for fosterskadelige effekter, inden de godkendes. Dette kan – af etiske grunde - dog kun finde sted i dyreforsøg, hvilket gør resultaterne usikre, i det menneske- og dyrefostre ikke altid reagerer på samme måde på de samme stoffer .

Hjerne og rygmarvsbrok (neuralrørsdefekter) og måske også læbe-gane spalte er vist at kunne forebygges med tilskud af folinsyre før graviditeten (Czeizel, 2000; Jugessur mfl., 2003). Derfor anbefales det, at kvinder der påtænker at blive gravide tager tilskud af folinsyre.

Den vigtigste forebyggelse af medfødte misdannelser er dog sekundær, nemlig i form af fosterundersøgelser under graviditeten, primært ultralydsscanning og undersøgelser af den gravide kvindes blod for markører for, at hendes foster har medfødte misdannelser. Ved disse undersøgelser kan visse misdannelser identificeres, og såfremt disse er alvorlige nok, kan den gravide kvinde anmode om provokeret abort. Endelig diagnose af kromosomdefekter, i særdeleshed Downs Syndrom, kræver dog yderligere undersøgelser af fostrets celler, og dette kan på nuværende tidspunkt gøres ved moderkageprøve eller fostervandsprøve.

Det er væsentligt at have en god overvågning af fosterskader, herunder medfødte misdannelser. Fosteret er særlig følsomt for helbredsskadelige påvirkninger i kraft af dets hurtige udvikling, og potentielt helbredsskadelige påvirkninger vil ofte give fosterskader. Således kan en velfungerende overvågning af fosterskader være med til at identificere helbredsskadelige faktorer i miljøet eller i vores levevaner. Det er desværre ikke optimalt at nøjes med at registrere misdannelser hos levendefødte, således som det for nuværende foregår i Danmark. Fostre med alvorlige misdannelser vil ofte resultere i spontan abort eller dødfødsel, eller – hvis misdannelsen opdages tidligt – i en provokeret abort. Hvis overvågningen af misdannelser også skal bruges til at identificere årsager – og dermed give os bedre muligheder for at forebygge fremtidige misdannelser – bør alle kendte tilfælde af misdannelser registreres i fremtiden (Helweg-Larsen mfl., 2006) .

10.4 Referencer

Bille C., Olsen J., Vach W., Knudsen V.K., Olsen S.F., Rasmussen K., Murray J.C., Andersen A.M. & Christensen K. (2007). Oral clefts and life style factors--a case-cohort study based on prospective Danish data. *European Journal of Epidemiology*, 22(3):173-81.

Bille C., Skytthe A., Vach W., Knudsen L.B., Andersen A.M., Murray J.C. & Christensen K. (2005). Parent's age and the risk of oral clefts. *Epidemiology*, 16(3):311-6.

Czeizel A.E. (2000). Primary prevention of neural-tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. *Paediatric Drugs*, 2(6):437-49.

Helweg-Larsen K., Hermansen T. & Nybo Andersen A.M. (2006). *Overvågning af misdannelser og andre medfødte lidelser*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Jugessur A., Wilcox A.J., Lie R.T., Murray J.C., Taylor J.A., Ulvik A., Drevon C.A., Vindenes H.A. & Abyholm F.E. (2003). Exploring the effects of methylenetetrahydrofolate reductase gene variants C677T and A1298C on the risk of orofacial clefts in 261 Norwegian case-parent triads. *American Journal of Epidemiology*, 157(12):1083-91.

Kazaura M.R. & Lie R.T. (2002). Down's syndrome and paternal age in Norway. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 16(4):314-9.

Mikkelsen M., Poulsen H. & Tommerup N. (1989). Genetic risk factors in human trisomy 21. *Progress in Clinical and Biological Research*, 311:183-97.

Morales-Suárez-Varela M.M., Bille C., Christensen K. & Olsen J. (2006). Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. *Obstetrics and Gynecology*, 107(1):51-7.

Stoltenberg C., Magnus P., Lie R.T., Daltveit A.K. & Irgens L.M. (1997). Birth defects and parental consanguinity in Norway. *American Journal of Epidemiology*, 145(5):439-48.

Sundhedsstyrelsen (2007). *Misdannelsesregisteret 1994-2006*. Serie: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, nr. 13. København: Sundhedsstyrelsen.

Villadsen S.F., Mortensen L.H. & Nybo Andersen A.M. (2009). Ethnic disparity in stillbirth and infant mortality in Denmark 1981-2003. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63:106-112.

11

Medicinbrug

Anette Johansen og Pernille Due

11.1 Indledning

Brug af lægemidler er en vigtig indikator for børns generelle sundhed og deres sygdoms-
adfærd. Medicinbrug er i høj grad påvirket af
forekomsten af symptomer. Lægemidler kan
være den rigtige løsning på alvorlige symp-
tomer og sygdom, men brugen af lægemidler
er ikke uproblematisk, pga. bl.a. bi- og side-
virkninger (Holstein mfl., 2004). Tidligere
undersøgelser har vist, at brug af lægemidler
mod almindelige symptomer, især hoved- og
mavepine, er udbredt blandt børn og unge
(Rasmussen & Due, 2007; Hansson & Vinter-
Larsen, 2008). I den seneste Skolebørnsun-
dersøgelse fra 2006 oplyste halvdelen af de
13-årige piger og 36 pct. af de 13-årige dren-
ge, at de havde taget hovedpinepiller inden
for den seneste måned (Andersen & Holstein,
2007).

Antallet af unge, der bruger lægemidler er
steget markant siden 1988. Især er pigernes
forbrug er steget voldsomt. I 1988 brugte 36
pct. af de 15-årige piger smertestillende mid-
ler mod hovedpine mod 58 pct. i 2006. De 15-
årige drenge forbrug af lægemidler mod
hovedpine steg fra 17 pct. i 1988 til 39 pct. i
2005 (Andersen & Holstein, 2007; Holstein
mfl., 2003). At flere teenagepiger end teena-
gedrenge anvender lægemidler mod hoved-
pinesmerter og mavesmerter ses ligeledes i
andre danske og udenlandske undersøgelser
(Petersen mfl., 2000; Hansen mfl., 2003).
Selvom de danske skolebørns lægemiddel-
forbrug således synes højt, svarede andelen
af børn, der har taget medicin, stort set til
gennemsnittet i de lande, der deltager i den
internationale skolebørnsundersøgelse:
HBCS (Currie mfl., 2008; Hansen m.fl., 2003).

Hvordan måles forekomsten medicinbrug blandt børn?

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen
2005 måles forekomsten af medicinbrug på
baggrund af spørgsmålet:

*Har barnet indenfor de sidste 14 dage taget
nogen af de følgende former for receptmedi-
cin eller håndkøbsmedicin?*

hvorefter forælderen blev fremvist et kort
med følgende svarkategorier:

- Nej.
- Ja, hostemedicin.
- Ja, astma eller allergi medicin.
- Ja, smertestillende medicin.
- Ja, sovemedicin eller beroligende medi-
cin.
- Ja, penicillin eller anden form for antibio-
tikum.
- Ja, andet: specificer.
- Ved ikke.

Forældrene er ligeledes blevet spurgt:

*Har barnet nogensinde brugt naturlægemi-
dler eller naturmedicin? (Vitaminer medregnes
ikke)*

med mulighed for at afgive følgende svar

- Ja, indenfor de sidste 14 dage.
- Ja, indenfor det sidste år.
- Ja, tidligere.
- Nej, har aldrig brugt naturlægemi-
dler/naturmedicin.

Tabel 11.1 Andel børn som har anvendt medicin inden for de seneste 14 dage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		22,9				6.944	
Køn	Dreng	23,2	1,02		(0,94 - 1,11)	3.533	
	Pige	22,6	1		(Reference)	3.411	
Alder	Drenge	0 år	22,9	0,77		(0,51 - 1,00)	203
		1-2 år	23,2	0,77		(0,50 - 1,00)	417
		3-5 år	18,2	0,61	-	(0,51 - 0,89)	619
		6-8 år	18,8	0,63	-	(0,51 - 0,91)	696
		9-12 år	25,8	0,86		(0,60 - 1,00)	958
		13-15 år	30,0	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	19,1	0,62	-	(0,50 - 0,99)	208
		1-2 år	24,8	0,81		(0,58 - 1,00)	379
		3-5 år	18,7	0,61	-	(0,51 - 0,85)	628
		6-8 år	20,9	0,68	-	(0,51 - 0,98)	643
		9-12 år	21,8	0,71	-	(0,52 - 0,98)	939
		13-15 år	30,7	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	22,4	1		(Reference)	5.195	
	Samlevende	20,8	0,93		(0,84 - 1,20)	1.239	
	Enlig	26,9	1,20		(0,88 - 1,37)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	27,4	1		(Reference)	1.625	
	To	22,6	0,83		(0,67 - 1,00)	3.526	
	Tre	20,2	0,74	-	(0,58 - 0,96)	1.427	
	Fire eller flere	19,4	0,71		(0,58 - 1,00)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	23,5	0,96		(0,75 - 1,24)	326	
	10 år	21,9	0,90		(0,75 - 1,25)	368	
	11-12 år	21,9	0,89		(0,75 - 1,13)	1.046	
	13-14 år	22,0	0,90		(0,75 - 1,08)	3.143	
	15+ år	24,5	1		(Reference)	1.950	
	Anden skoleuddannelse	27,0	1,10		(0,75 - 1,24)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	19,5	0,80		(0,62 - 1,21)	389	
	Selvstændig uden ansatte	17,4	0,71		(0,62 - 1,12)	270	
	Topleder	21,9	0,90		(0,62 - 1,36)	383	
	Lønmodtager højt niveau	24,4	1		(Reference)	940	
	Lønmodtager mellemniveau	23,0	0,94		(0,71 - 1,21)	1.611	
	Lønmodtager lavt niveau	21,3	0,87		(0,67 - 1,16)	2.356	
	Arbejdsløs	28,0	1,15		(0,70 - 1,46)	306	
	Under uddannelse	27,3	1,12		(0,63 - 1,46)	273	
	Førtidspensionist	31,5	1,29		(0,65 - 1,46)	120	
Andre	23,4	0,96		(0,62 - 1,51)	255		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	24,5	1,17		(0,99 - 1,32)	1.626	
	2. Kvartil	24,2	1,15		(0,98 - 1,32)	1.287	
	3. Kvartil	22,8	1,09		(0,98 - 1,32)	2.015	
	4. Kvartil (højeste)	21,0	1		(Reference)	1.645	
Bolitipe	Landejendom	21,4	0,99		(0,88 - 1,25)	837	
	Enfamiliehus	21,7	1		(Reference)	4.451	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	25,1	1,16		(0,95 - 1,45)	831	
	Etageejendom	27,0	1,25		(0,95 - 1,55)	691	
	Andet	28,2	1,30		(0,88 - 1,61)	88	
Region	Region Hovedstaden	24,9	1		(Reference)	1.266	
	Region Sjælland	22,4	0,90		(0,78 - 1,04)	1.206	
	Region Syddanmark	22,5	0,90		(0,78 - 1,04)	1.581	
	Region Midtjylland	22,2	0,89		(0,78 - 1,04)	1.443	
	Region Nordjylland	22,3	0,90		(0,78 - 1,04)	1.448	

a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre adfærdsrisikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (ref. gruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

11.2 Resultater - receptpligtig- eller håndkøbsmedicin

Køn og alder

Forældre til 23 pct. af børnene oplyser, at deres barn inden for de seneste 14 dage har fået receptpligtig- eller håndkøbsmedicin. Der ses ingen markante kønsforskelle. For såvel drenge som piger er medicinbrug inden for de seneste 14 dage mest udbredt blandt de 13-15-årige.

Forældres samlivsstatus

Flest børn af enlige forældre, har fået recept- eller håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage, 26,9 pct.

Antal børn i husstanden

Der er tendens til, at andelen af børn som bruger medicin bliver mindre jo flere børn, der er i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses ingen klar sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesniveau og barnets brug af lægemidler.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Flest børn af førtidspensionerede forældre har fået medicin inden for de seneste 14 dage, og også blandt arbejdsløse forældre og forældre under uddannelse er der en tendens til, at deres børn oftere har fået medicin. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Husstandsindkomst

Der er en svag tendens til, at børn af forældre fra de laveste husstandsindkomstkvartiler oftere har fået medicin end børn af forældre fra den højeste indkomstkvartil.

Boligtype

Forældre, der bor i etageejendom, rapporterer oftere, at deres barn har fået medicin end personer, der bor i enfamiliehus eller på en landejendom. Forskellen er dog ikke statistisk sikker.

Region

Der ses ingen forskelle i medicinforbruget regionerne imellem.

11.3 Brug af forskellige typer medicin

Smertestillende medicin er den mest anvendte type af medicin blandt børn. Forældre til 10 pct. af børnene oplyste, at deres barn havde fået smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage. 5 pct. havde fået astma- eller allergimedicin og 3 pct. havde fået penicillin eller andre antibiotika. 1 pct. oplyste, at deres barn havde fået hostemedicin, og en halv pct. oplyste, at deres barn havde fået sove- eller beroligende medicin. 6 pct. af børnene havde fået en anden type af medicin (figur 11.1). Nærmere analyse af "andet" kategorien viser, at denne gruppe dækker alt fra epilepsimedicin og hjertemedicin til køresyggepiller og zinksalve mod skoldkopper.

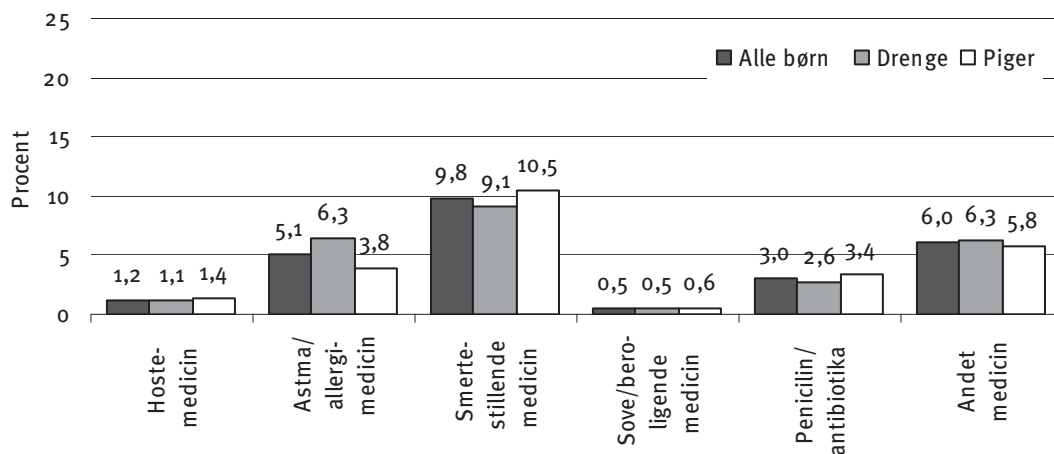
Smertestillende medicin er den mest anvendte type medicin i alle aldersgrupperne (tabel 11.1) Forbruget er størst blandt de 13-15-

årige, hvor 18 pct. ifølge deres forældre har brugt smertestillende medicin inden for de seneste 14 dage.

Andelen af børn, der har fået astma eller allergimedicin, svinger meget aldersgrupperne imellem, og der er kønsforskelle. 6 pct. af drengene og 4 pct. af pigerne havde fået astma- eller allergimedicin inden for de seneste 14 dage. Det modsvarer kønsforskellene i forekomsten af astma og astmatisk bronkitis.

Penicillinforbruget er størst blandt børn i vuggestuealderen, svarende til at der i denne aldersgruppe er den største forekomst af infektionssygdomme. 6 pct. af de 1-2-årige havde fået penicillin inden for de seneste 14 dage. Under 3 pct. af forældrene med børn i skolealderen oplyste, at deres barn havde fået penicillin inden for de seneste 14 dage. Der ses ingen kønsforskel i penicillinforbruget.

Figur 11.1 Andel børn, der har fået recept- eller håndkøbsmedicin, opdelt på medicintype og køn



Tabel 11.2 Andel børn, der har fået medicin, opdelt på medicintype og alder

	<1 år	1-2 år	3-5 år	6-8 år	9-12 år	13-15
Hostemedicin	1,4	1,1	1,8	1,4	0,8	1,1
Astma/allergimedisin	2,4	5,9	3,4	4,1	6,5	6,3
Smertestillende medicin	6,5	8,8	5,6	6,6	10,7	17,6
Sove/beroligende medicin	0,2	0,3	0,8	0,8	0,5	0,3
Penicillin/antibiotika	4,0	5,9	3,4	2,9	1,7	2,4
Andet	8,6	6,3	5,9	6,1	5,3	6,5

Tabel 11.3 Andel børn som nogensinde har fået naturlægemidler eller naturmedicin. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	19,6			6.962	
Køn	Dreng	19,8	1,02		(0,94 - 1,11)	3.536	
	Pige	19,5	1		(Reference)	3.412	
Alder	Dreng	0 år	6,2	0,29	-	(0,23 - 0,62)	203
		1-2 år	17,7	0,84		(0,54 - 1,31)	417
		3-5 år	17,8	0,84		(0,56 - 1,29)	620
		6-8 år	21,9	1,04		(0,69 - 1,39)	696
		9-12 år	23,4	1,11		(0,74 - 1,38)	958
		13-15 år	21,1	1		(Reference)	625
	Piger	0 år	6,9	0,36	-	(0,23 - 0,82)	208
		1-2 år	16,8	0,88		(0,51 - 1,38)	379
		3-5 år	19,0	1,00		(0,64 - 1,38)	628
		6-8 år	23,0	1,21		(0,81 - 1,38)	643
		9-12 år	22,7	1,19		(0,82 - 1,38)	939
		13-15 år	19,0	1		(Reference)	598
		Forælders samlivsstatus ^d	Gift	20,1	1		(Reference )	5.209
Samlevende	18,7		0,93		(0,81 - 1,11)	1.243	
Enlig	19,3		0,96		(0,81 - 1,11)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	21,9	1		(Reference)	1.626	
	To	20,5	0,94		(0,75 - 1,02)	3.537	
	Tre	17,4	0,80		(0,57 - 1,02)	1.433	
	Fire eller flere	13,7	0,63	-	(0,52 - 0,95)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	15,2	0,85		(0,66 - 1,24)	332	
	10 år	18,3	1,01		(0,67 - 1,38)	371	
	11-12 år	16,8	0,93		(0,68 - 1,22)	1.048	
	13-14 år	22,5	1,25	+	(1,01 - 1,39)	3.145	
	15+ år	18,0	1		(Reference)	1.955	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Anden skoleuddannelse	18,0	1,00		(0,66 - 1,38)	64	
	Selvstændig med ansatte	15,7	0,87		(0,69 - 1,37)	389	
	Selvstændig uden ansatte	20,0	1,10		(0,70 - 1,42)	271	
	Topleder	20,1	1,11		(0,72 - 1,42)	383	
	Lønmodtager højt niveau	18,1	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	21,2	1,17		(0,87 - 1,42)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	20,3	1,12		(0,85 - 1,42)	2.361	
	Arbejdsløs	19,4	1,07		(0,69 - 1,42)	311	
	Under uddannelse	17,6	0,97		(0,70 - 1,42)	273	
	Førtidspensionist	16,5	0,91		(0,69 - 1,41)	120	
Husstandsindkomst ^e	Andre	18,1	1,00		(0,69 - 1,42)	255	
	1. Kvartil (lavest)	17,8	0,97		(0,88 - 1,33)	1.626	
	2. Kvartil	22,2	1,21		(0,94 - 1,36)	1.289	
	3. Kvartil	21,2	1,15		(0,91 - 1,36)	2.017	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	18,4	1		(Reference)	1.645	
	Landejendom	17,2	0,85		(0,63 - 1,10)	838	
	Enfamiliehus	20,3	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	21,2	1,05		(0,78 - 1,15)	831	
	Etageejendom	18,6	0,92		(0,63 - 1,15)	693	
Region	Andet	6,1	0,30	-	(0,19 - 0,74)	88	
	Region Hovedstaden	21,3	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	21,1	0,99		(0,76 - 1,11)	1.212	
	Region Syddanmark	21,1	0,99		(0,77 - 1,11)	1.583	
	Region Midtjylland	17,5	0,82		(0,67 - 1,05)	1.446	
	Region Nordjylland	15,8	0,74	-	(0,67 - 0,95)	1.454	

a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre adfærden er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (ref. gruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

11.4 Resultater - naturmedicin

Køn og alder

En femtedel af forældrene oplyser, at deres barn har fået naturmedicin i løbet af deres liv. Der ses ingen kønsforskelle. Brug af naturmedicin er mindst udbredt blandt de helt små børn.

Forældres samlivsstatus

Der ses ingen sammenhæng mellem forældrenes samlivsstatus og anvendelsen af naturmedicin.

Antal børn i husstanden

Der er tendens til, at andelen, der har fået naturmedicin, falder med stigende antal børn. 22 pct. af enebørnene har taget naturmedicin, andelen for børn, der bor sammen med fire eller flere søskende, er 14 pct.

Forældres uddannelsesniveau

Forældre med 13-14 års uddannelse rapporterer oftest, at deres barn har fået naturmedicin. Sammenlignet med børn af forældre med 15 års uddannelse eller mere har de en forhøjet risiko på 1,25 for at have taget naturmedicin.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der ses intet klart mønster mellem den adspurgte forældres socioøkonomiske gruppe og barnets brug af naturmedicin.

Husstandsindkomst

Der ses ingen klar sammenhæng mellem husstandsindkomsten og barns naturmedicinbrug.

Boligtype

Der er ingen signifikante forskelle i naturmedicinforbrug efter hvilken boligtype barnet bor i.

Region

Forældre, der bor i Region Nordjylland rapporterer sjældnere, at deres barn har fået naturmedicin end forældre i de andre regioner.

11.5 Diskussion

Næsten en fjerdel af børnene har inden for de seneste 14 dage fået recept- eller håndkøbsmedicin og hver femte af børnene har taget naturmedicin i løbet af deres liv.

Der er tendens til, at forældre til børn i de lavere socioøkonomiske grupper samt i den laveste indkomstkvarteril oftest rapporterer, at deres børn har fået recept- eller håndkøbsmedicin inden for de seneste 14 dage. Det svarer til resultaterne i tidligere skolebørnsundersøgelser, hvor Holstein og kollegaer også fandt, at blandt børn, var forbruget af lægemidler socialt skævt fordelt (Holstein mfl., 2004).

Den hyppigst anvendte medecintype er smertestillende medicin. Forbruget er mest udbredt blandt de ældste børn, hvor der også ses kønsforskelle, idet pigerne oftere end drenge bruger smertestillende medicin, muligvis pga. menstruationssmerter.

Smertestillende medicin kan ved hyppig anvendelse og brug i store doser resultere i hovedpine, leverskader, nyreskader og maveblødning. Brug af beroligende midler og sovemidler kan skabe misbrug og afhængighed. Smertestillende piller oftest paracetamol er endvidere det mest anvendte middel til selvmordsforsøg blandt unge (Andersen & Holstein, 2007).

Andelen af drenge, der har fået astmamedicin, er større end andelen af piger, svarende til den rapporterede kønsforskel i forekomsten af astma og astmatisk bronkitis (se kap 7).

Det relativt hyppige forbrug af penicillin og andre antibiotika blandt 1-2-årige, 6 pct., er

en følge af den høje forekomst af akutte sygdomme i den aldersgruppe, 40 pct. blandt drengene og 33 pct. blandt pigerne havde været syge inden for de seneste 14 dage. Det understreger vigtigheden af at forebygge smitte blandt børn i vuggestuer.

Selvom børn og unges medicinbrug langt hen ad vejen er afhængigt af symptomforekomsten, er det påvist i skolebørnsundersøgelserne, at en del børn og unge bruger lægemidler uden de samtidig har det eller de symptomer, lægemidlet er rettet mod (Andersen & Holstein, 2007). Store skolebørn, der hyppigt bruger lægemidler, har også på andre områder en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd fx ryger og drikker de mere end børn, der ikke anvender lægemidler (Andersen mfl., 2006; Andersen & Holstein, 2007).

Der er påvist en sammenhæng mellem børns udsættelse for mobning i skolen, stressbelastning i skolen og lægemiddelbrug (Due mfl., 2007; Andersen & Holstein, 2007).

Selvom brug af lægemidler oftest er begrundet i behandling af sygdom og dermed er en fornuftig adfærd, er et forbrug betinget af lette eller ikke-sygdomsbetingede symptomer ikke ufarligt. Lægemiddeladfærd, dvs. tilvænning til at behandle symptomer blandt børn ser ud til at "tracke" ind i voksenlivet (Andersen mfl., 2007). Det vil sige, at børn og unge, der har et højt forbrug, sandsynligvis også senere i livet vil have et højt forbrug.

Børns lægemiddelforbrug er derfor ikke kun en indikator på sundhedsadfærd i barndommen, men kan også give en vigtig indsigt i forhold til fremtidens voksne lægemiddelbrugere (Andersen mfl., 2006).

11.6 Referencer

- Andersen A., Holstein B.E. & Hansen E.H. (2006). Is medicine use in adolescence risk behaviour? Cross-sectional survey of school-aged children from 11–15. *Journal of Adolescent Health*, 39(3):362–6.
- Andersen A. & Holstein B.E. (2007). Lægemidler. I: Rasmussen M. & Due P. (red.). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Andersen A., Krølner R., Holstein B.E., Due P. & Hansen E.H. (2007). Medicine use among 11- and 13-year-olds: agreement between parents' reports and children's self-reports. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41(4):581-6.
- Currie C., Gabhainn S.N., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D., Pickett W, Richter M., Morgan A. & Barnekow V. (eds.) (2008). *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. Health Policy for Children and Adolescents, No. 5. Scotland: WHO Regional Office for Europe.
- Due P., Hansen E.H., Merlo J., Andersen A. & Holstein B.E. (2007). Is Victimization From Bullying Associated With Medicine Use Among Adolescents? A Nationally Representative Cross-sectional Survey in Denmark. *Pediatrics*, 120(1):110-7.
- Hansen E.H., Holstein B.E., Due P. & Currie C.E. (2003). International survey of self-reported medicine use among adolescents. *The Annals of Pharmacotherapy*, 37(3): 361-6.
- Hansson L.N. & Vinther-Larsen M. (2008). *Unges Hverdag*. Ungeshverdag.dk (12.11.2008) København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Holstein B.E., Hansen E.H., Due P & Almarsdóttir A.B. (2003). Self-reported medicine use among 11- to 15-year-old girls and boys in Denmark 1988-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 334-41.
- Holstein B.E., Hansen E.H. & Due P. (2004). Social class variations in medicine use among adolescents. *European Journal of Public Health*, 14(1):49-52.
- Petersen T., Nielsen A., Paludan M. & Rasmussen S. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996 / 97*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Rasmussen M. & Due P. (red.) (2007). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns universitet.

12 Fysisk aktivitet

Mette Grundstad Mikkelsen & Camilla Schmidt Morgen

12.1 Indledning

Der er en tydelig sammenhæng mellem børns fysiske aktivitetsniveau og deres generelle trivsel (Mølgaard mfl., 2007). Ifølge Froberg og Andersen styrker fysisk aktivitet i barndommen børns psykiske trivsel, sociale relationer, motorik og indlæringssevne.

På længere sigt kan gode fysiske vaner, grundlagt i barndommen, forebygge livsstilssygdomme som overvægt, type 2 diabetes, knogleskørhed, hjerte-kar-sygdomme og visse kræftformer (Andersen & Froberg, 2006; Nielsen mfl., 2007).

Fysisk aktivitet er bevægelse med muskelarbejde. Børn er basalt fysisk aktive, i leg, sport, ved transport til og fra skole og i mange andre situationer. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn under 18 år er moderat fysisk aktive minimum 60 min. om dagen, eksempelvis ved gang eller cykling og er fysisk aktive med høj intensitet to gange om ugen af min. 20-30 minutters varighed fx ved svømning, løb eller andet, hvor pulsen stiger og man bliver forpustet (Pedersen & Saltin, 2005).

Danske børns fysiske aktivitetsniveau har i en årrække været faldende. Færre børn end tidligere har fysisk aktivitet med høj intensitet (Kjøller, 2007), og børn med relativ dårlig kondition får stadig dårligere kondition (Pedersen & Saltin, 2005).

Der er en tendens til, at der med alderen sker en polarisering mellem de unge, der er meget fysisk aktive, og dem der er meget lidt aktive. Det gælder særligt for de 13-15-årige, hvor en større andel end tidligere er meget fysisk aktive, samtidig med at flere unge er betydeligt mere inaktive end tidligere (Pilgaard, 2008).

Andelen af danske børn med dårlig kondition er steget siden 1980'erne, i dag har hver fjerde 9-årige og hver fjerde 15-årige dårlig kondition (Pedersen & Saltin, 2005), og der er konstateret et signifikant fald i 9-åriges konditionsniveau over en 12-årig periode fra 1985-86 til 1997-98 (Wedderkopp mfl., 2004).

Der er desuden siden 1984 rapporteret et stort fald i andelen af 15-årige, der dyrker hård fysisk aktivitet min. fire gange om ugen (Due & Holstein, 2003).

Siden 1978 er der sket en ændring i børns transportvaner. Fra at gå og cykle til og fra skole og til fritidsaktiviteter bliver flere nu transporteret med bus eller bil. Fra 1993 til 1998-2000 er der sket en fordobling af børn, der bliver kørt i bil til og fra skole (Pedersen & Saltin, 2005). I samme periode er antallet af børn, der cykler til og fra skole, faldet med 30 pct. Ud over den passive transport er børn, der køres i skole, mindre aktive i løbet af dagen i forhold til børn, der cykler til skole (Pedersen & Saltin, 2005). At cykle til skole er en god måde at fremme det fysiske aktivitetsniveau blandt børn (Cooper mfl., 2006). Et højt forbrug af tv og computer har ligeledes vist sig at være forbundet med fysisk inaktivitet (Singh mfl., 2008).

Der er kønsforskelle i børns fysiske aktivitet, drenge er mere aktive end piger, tilsvarende er mænd mere aktive end kvinder (Kjøller, 2007).

Hvorvidt børn er fysisk aktive i barndommen afhænger af en række forskellige faktorer, bl.a. forældrenes eget forhold til fysisk aktivitet og deres mulighed for at støtte børnenes fritidsaktiviteter (Andersen & Helweg-Larsen, 2008). Børn, hvis forældre er fysisk aktive, har større sandsynlighed for selv at være fysisk aktive sammenlignet med børn, hvis

forældre ikke er aktive (Eriksson mfl., 2008). Resultater fra skolebørns-undersøgelsen viser, at der blandt 11-årige er et socialt perspektiv i fysisk aktivitet, dvs. at regelmæssige aktiviteter i fritiden er tæt forbundet med at få nye venner og med at bruge tid med de allerede eksisterende venner udenfor skoletiden. Fysisk aktivitet spiller således en rolle i muligheden for, at børn og unge kan udbygge deres sociale relationer og indgå i sociale netværk (Hickman mfl., 2000).

Hvordan måles fysisk aktivitet?

Følgende tabeller er udarbejdet på baggrund af nedenstående spørgsmål stillet til forældre med hjemmeboende børn i alderen 6 til 15 år, der deltog i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005:

Hvor ofte er De fysisk aktiv sammen med Deres barn fx går eller cykler tur, går i svømmehal, spiller bold el. lign.?

Svarmuligheder:

- Dagligt eller næsten dagligt.
- 1-2 gange om ugen.
- 1-3 gange om måneden.
- Sjældnere.
- Barnet er ikke gammelt nok.

Hvor mange dage på en normal uge transporterer Deres barn sig til skole eller børnehave til fods eller ved hjælp af cykel, rulleskøjter, skateboard eller løbehjul?

Svarmuligheder:

- Aldrig.
- 1 dag.
- 2 dage.
- 3 dage.
- 4 dage.
- 5 dage.
- Barnet er ikke gammelt nok.

Hvor mange timer om ugen dyrker Deres barn sport eller idræt udenfor skoletiden?

Svarmuligheder:

- 0 timer om ugen.
- 1-2 timer om ugen.
- 3-4 timer om ugen.
- 5 eller flere timer om ugen.

Tabel 12.1 Andel af børn over fem år, der er fysisk aktive sammen med deres forældre minimum en gang om ugen. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	56,5			4.459	
Køn	Dreng	57,0	1,02		(0,98 - 1,07)	2.279	
	Pige	55,9	1		(Reference)	2180	
Alder	Drenge	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	73,7	2,17	+	(1,70 - 2,40)	696
		9-12 år	60,3	1,78	+	(1,37 - 2,25)	958
		13-15 år	34,0	1		(Reference)	625
		<hr/>					
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	73,8	2,14	+	(1,67 - 2,40)	643
		9-12 år	56,9	1,65	+	(1,30 - 2,05)	939
		13-15 år	34,4	1		(Reference)	598
		<hr/>					
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	57,1	1		(Reference)	3.424	
	Samlevende	53,3	0,93		(0,88 - 1,05)	640	
	Enlig	56,6	0,99		(0,88 - 1,05)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	59,1	1		(Reference)	984	
	To	58,4	0,99		(0,90 - 1,03)	2.235	
	Tre	54,0	0,91		(0,81 - 1,03)	998	
	Fire eller flere	46,9	0,79		(0,71 - 1,01)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	53,8	0,87		(0,72 - 1,00)	224	
	10 år	51,1	0,82		(0,72 - 1,00)	246	
	11-12 år	53,5	0,86	-	(0,73 - 0,99)	669	
	13-14 år	55,3	0,89	-	(0,80 - 0,99)	2.071	
	15+ år	62,2	1		(Reference)	1.179	
<hr/>							
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	51,9	0,87		(0,68 - 1,08)	284	
	Selvstændig uden ansatte	56,3	0,94		(0,74 - 1,09)	183	
	Topleder	61,9	1,03		(0,85 - 1,09)	268	
	Lønmodtager højt niveau	59,9	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	58,6	0,98		(0,86 - 1,09)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	54,8	0,92		(0,79 - 1,04)	1.541	
	Arbejdsløs	55,5	0,93		(0,69 - 1,09)	161	
	Under uddannelse	53,6	0,89		(0,68 - 1,09)	141	
	Førtidspensionist	44,6	0,74		(0,67 - 1,08)	98	
Andre	53,3	0,89		(0,67 - 1,09)	160		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	52,7	0,88	-	(0,83 - 0,99)	1.015	
	2. Kvartil	55,7	0,93		(0,82 - 1,03)	776	
	3. Kvartil	58,7	0,98		(0,88 - 1,03)	1.310	
	4. Kvartil (højeste)	60,1	1		(Reference)	1.114	
Boligtype	Landejendom	55,0	0,99		(0,91 - 1,12)	572	
	Enfamiliehus	55,7	1		(Reference)	2.946	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	57,5	1,03		(0,91 - 1,21)	477	
	Etageejendom	60,5	1,09		(0,94 - 1,21)	372	
	Andet	58,7	1,05		(0,91 - 1,21)	61	
Region	Region Hovedstaden	59,5	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	56,7	0,95		(0,84 - 1,02)	805	
	Region Syddanmark	57,3	0,96		(0,85 - 1,02)	1.036	
	Region Midtjylland	53,2	0,90		(0,84 - 1,03)	901	
	Region Nordjylland	53,8	0,90		(0,84 - 1,02)	965	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen for den givne adfærd er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

12.2 Resultater – fysisk aktivitet med forældre

Køn og alder

57 pct. af børn mellem 6 og 15 år er fysisk aktive med deres forældre minimum en gang om ugen. Der er ikke nogen kønsforskel i andelen af børn, der er fysisk aktive sammen med deres forældre, men andelen af børn, der er fysisk aktive med deres forældre falder med barnets stigende alder. Knap tre ud af fire 6-8-årige er fysisk aktive med deres forældre minimum en gang om ugen, mens det kun er omkring en ud tre af de 13-15-årige, der er fysisk aktive minimum en gang om ugen med en forælder.

Forældres samlivsstatus

Der er ingen sammenhæng mellem samlivsstatus og fysisk aktivitet med børnene.

Antal børn i husstanden

Der er tendens til at jo flere børn, der er i husstanden, jo større er sandsynligheden for, at barnet ikke er fysisk aktiv en gang om ugen med en forælder. Der er således 59 pct. børn som er fysisk aktive med en forælder, hvis barnet er det eneste barn i husstanden i forhold til 47 pct. ,hvis der bor fire eller flere børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Forældre med højere uddannelse rapporterer oftest, at de er fysisk aktive med deres børn. 51 pct. af børn, hvis forældre har 10 års uddannelse, er fysisk aktive minimum en gang om ugen med deres forældre, mod 62 pct. blandt børn hvis forældre har min. 15 års uddannelse.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er tendens til, at topledere og lønmodtagere på højt eller mellem niveau oftere rapporterer, at de er fysisk aktive mindst en gang om ugen med deres barn end selvstændige med ansatte og førtidspensionister. Den største forskel ses mellem topledere og førtidspensionister. 62 pct. af forældre med stilling som topleder svarer, at de er fysisk aktive med deres barn minimum en gang om ugen, imod kun 45 pct. af førtidspensionisterne.

Husstandsindkomst

Andelen af børn, der er fysisk aktive sammen med deres forældre minimum en gang om ugen, er lavest i familier fra det laveste indkomstkvartil. 53 pct. i dette indkomstkvartil har været fysisk aktive sammen med deres forældre, mens det tilsvarende tal for børn af forældre i det øverste indkomstkvartil var 60 pct.

Boligtype

Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og fysisk aktivitet sammen med forældre.

Region

Der er svag tendens til at en større andel af forældre i Region Hovedstaden responderer, at de er fysisk aktive med deres barn minimum en gang om ugen i forhold til forældre fra de øvrige regioner.

Tabel 12.2 Forekomsten af børn over 5 år der dyrker sport eller idræt uden for skoletiden minimum to timer om ugen. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	78,1			4.459	
Køn	Dreng	78,4	1,01		(0,98 - 1,04)	2.279	
	Pige	77,8	1		(Reference)	2180	
Alder	Drenge	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	75,4	1,00		(0,95 - 1,13)	696
		9-12 år	82,8	1,10	+	(1,01 - 1,16)	958
		13-15 år	75,2	1		(Reference)	625
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	74,0	1,00		(0,95 - 1,11)	643
		9-12 år	82,7	1,11	+	(1,01 - 1,16)	939
		13-15 år	74,2	1		(Reference)	598
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	79,4	1		(Reference)	3.424	
	Samlevende	75,0	0,94		(0,90 - 1,00)	640	
	Enlig	76,1	0,96		(0,90 - 1,00)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	75,1	1		(Reference)	984	
	To	79,8	1,06		(0,99 - 1,11)	2.235	
	Tre	78,5	1,05		(0,95 - 1,11)	998	
	Fire eller flere	68,9	0,92		(0,86 - 1,08)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	67,9	0,84	-	(0,75 - 0,99)	224	
	10 år	68,2	0,84	-	(0,76 - 0,99)	246	
	11-12 år	75,8	0,94		(0,84 - 1,01)	669	
	13-14 år	79,7	0,98		(0,92 - 1,01)	2.071	
	15+ år	81,0	1		(Reference)	1.179	
	Anden skoleuddannelse	.	.		.	37	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	80,4	0,97		(0,86 - 1,07)	284	
	Selvstændig uden ansatte	77,7	0,94		(0,79 - 1,06)	183	
	Topleder	85,1	1,03		(0,92 - 1,07)	268	
	Lønmodtager højt niveau	82,8	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	81,8	0,99		(0,91 - 1,06)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	76,5	0,92		(0,85 - 1,01)	1.541	
	Arbejdsløs	59,3	0,72	-	(0,65 - 0,96)	161	
	Under uddannelse	81,6	0,99		(0,82 - 1,07)	141	
	Førtidspensionist	70,2	0,85		(0,65 - 1,06)	98	
Andre	59,4	0,72	-	(0,65 - 0,91)	160		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	72,6	0,86	-	(0,83 - 0,92)	1.015	
	2. Kvartil	77,2	0,91	-	(0,84 - 0,99)	776	
	3. Kvartil	80,1	0,95		(0,88 - 1,00)	1.310	
	4. Kvartil (højeste)	84,7	1		(Reference)	1.114	
Bolitgtype	Landejendom	77,3	0,97		(0,90 - 1,02)	572	
	Enfamiliehus	79,4	1		(Reference)	2.946	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	76,6	0,96		(0,89 - 1,02)	477	
	Etageejendom	77,2	0,97		(0,87 - 1,02)	372	
	Andet	69,0	0,87		(0,78 - 1,02)	61	
Region	Region Hovedstaden	79,0	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	78,0	0,99		(0,93 - 1,05)	805	
	Region Syddanmark	78,2	0,99		(0,93 - 1,05)	1.036	
	Region Midtjylland	75,9	0,96		(0,93 - 1,05)	901	
	Region Nordjylland	80,3	1,02		(0,93 - 1,05)	965	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre den givne adfærd er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

12.3 Resultater – sport og idræt

Køn og alder

Forældre til 78 pct. af børnene rapporterer, at deres børn dyrker sport eller idræt udenfor skoletiden minimum to timer om ugen. Der ses ikke nogen forskel mellem kønnene. For begge køn gælder det, at ca. tre fjerdedele dyrker sport udenfor skoletiden minimum to timer om ugen i 6-8-års-alderen og 13-15-års-alderen. For begge køn er andelen, der dyrker sport udenfor skoletiden, størst blandt de 9-12-årige (83 pct.).

Forældres samlivsstatus

Blandt børn af gifte forældre er andelen, som dyrker sport eller idræt udenfor skoletiden minimum to timer om ugen en smule større end andelen blandt børn af samlevende og af enlige forældre.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen klar sammenhæng mellem antallet af børn i husstanden og barnets idrætsaktivitet.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses en klar sammenhæng mellem forældres uddannelsesniveau og børn, der dyrker sport udenfor skoletiden, således at andelen af aktive børn øges med antallet af år forældrene er uddannet. 68 pct. af børn af forældre med mindre end 10 års uddannelse dyrker sport min. to timer om ugen og 81 pct. blandt børn af forældre med minimum 15 års uddannelse dyrker sport udenfor skoletiden minimum to timer om ugen.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er en sammenhæng mellem forældrenes socioøkonomiske position og børnenes sportsaktiviteter udenfor skoletiden. Kun 59 pct. af børn, hvis forældre er arbejdsløse, dyrker sport eller idræt udenfor skoletiden minimum to timer om ugen. Til sammenligning svarer 85 pct. af toplederne, at deres børn dyrker sport udenfor skoletiden minimum to timer om ugen. Fire ud af fem børn dyrker sport udenfor skolen, når deres forældre er under uddannelse eller lønmodtager på højeste eller mellemniveau.

Husstandsindkomst

Jo højere forældreindkomst, jo større andel af børnene dyrker sport mindst 2 timer ugentligt.

Boligtype

Der ses ingen sammenhæng mellem boligtype og udøvelse af sport eller idræt i fritiden.

Region

Der er kun små og ubetydelige regionale forskelle i andelen af børn, som dyrker sport udenfor skoletiden minimum to timer om ugen.

Tabel 12.3 Andel af børn, over fem år, der selv transporterer sig til skole eller børnehave minimum fire dage om ugen. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	65,0			4.459	
Køn	Dreng	64,7	0,99		(0,96 - 1,03)	2.279	
	Pige	65,2	1		(Reference)	2.180	
Alder	Drenge	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	49,0	0,64	-	(0,56 - 0,74)	696
		9-12 år	68,2	0,89	-	(0,79 - 0,99)	958
		13-15 år	76,9	1		(Reference)	625
		<hr/>					
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	44,4	0,59	-	(0,56 - 0,70)	643
		9-12 år	74,1	0,99		(0,90 - 1,03)	939
		13-15 år	74,6	1		(Reference)	598
		<hr/>					
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	64,7	1		(Reference)	3.424	
	Samlevende	57,3	0,89	-	(0,84 - 0,99)	640	
	Enlig	70,8	1,09		(0,96 - 1,15)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	66,4	1		(Reference)	984	
	To	65,1	0,98		(0,90 - 1,03)	2.235	
	Tre	64,1	0,97		(0,86 - 1,03)	998	
	Fire eller flere	58,9	0,89		(0,81 - 1,03)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	56,5	0,85		(0,77 - 1,07)	224	
	10 år	63,8	0,96		(0,77 - 1,04)	246	
	11-12 år	64,4	0,97		(0,84 - 1,04)	669	
	13-14 år	65,3	0,98		(0,89 - 1,04)	2.071	
	15+ år	66,7	1		(Reference)	1.179	
	Anden skoleuddannelse	.	.		.	37	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	61,4	0,91		(0,81 - 1,11)	284	
	Selvstændig uden ansatte	62,2	0,92		(0,81 - 1,17)	183	
	Topleder	70,1	1,04		(0,89 - 1,14)	268	
	Lønmodtager højt niveau	67,5	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	64,1	0,95		(0,84 - 1,06)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	63,6	0,94		(0,86 - 1,06)	1.541	
	Arbejdsløs	62,4	0,92		(0,81 - 1,12)	161	
	Under uddannelse	72,2	1,07		(0,86 - 1,14)	141	
	Førtidspensionist	61,8	0,92		(0,81 - 1,13)	98	
	Andre	70,4	1,04		(0,84 - 1,14)	160	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	66,2	0,99		(0,90 - 1,03)	1.015	
	2. Kvartil	60,4	0,90		(0,86 - 1,02)	776	
	3. Kvartil	64,8	0,97		(0,88 - 1,03)	1.310	
	4. Kvartil (højeste)	67,1	1		(Reference)	1.114	
Boligtype	Landejendom	38,9	0,58	-	(0,51 - 0,68)	572	
	Enfamiliehus	66,6	1		(Reference)	2.946	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	67,6	1,01		(0,91 - 1,11)	477	
	Etageejendom	76,5	1,15		(0,99 - 1,20)	372	
	Andet	43,2	0,65	-	(0,52 - 0,93)	61	
Region	Region Hovedstaden	73,9	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	60,5	0,82	-	(0,76 - 0,93)	805	
	Region Syddanmark	62,5	0,84	-	(0,77 - 0,94)	1.036	
	Region Midtjylland	62,7	0,85	-	(0,76 - 0,95)	901	
	Region Nordjylland	58,9	0,80	-	(0,76 - 0,90)	965	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen er for den givne adfærd i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

12.4 Resultater – transport til og fra skole

Køn og alder

65 pct. af børn over fem år transporterer sig selv til skole minimum fire gange om ugen. Samlet for skolebørnene ses ingen kønsforskel. Blandt de 9-12-årige er der dog flere piger (74 pct.) der transporterer sig selv til skole end drenge (68 pct.). Andelen af børn, der transporterer sig selv til skole, er højere for de ældre aldersgrupper. Fx rapporteres at 44 pct. af de 6-8-årige piger transporterer sig selv til skole mod 75 pct. af de 9-12-årige piger.

Forældres samlivsstatus

Flere børn af enlige forældre transporter sig selv til skole. 71 pct. af børn af enlige forældre transporterede sig selv minimum fire gange om ugen, hvilket var 14 procentpoint flere end blandt børn af samlevende forældre.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen sammenhæng mellem andelen, der transporter sig selv til skole og antal af børn i husstanden.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen klar sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesniveau og andelen af børn som selv at transporterer sig til skole. Der er dog tendens til at børn, hvis forældre har mindre end ti års uddannelse, sjældnere transporterer sig selv til skole sammenlignet med forældre med længere uddannelse bag sig.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er ingen klar sammenhæng mellem andelen af børn, der transporterer sig selv i skole minimum fire gange om ugen og forældrenes socioøkonomiske position.

Husstandsindkomst

Der ses ingen sammenhæng mellem forældres indkomst og børn, der transporterer sig selv til skole minimum fire gange om ugen.

Boligtype

Børn, der bor i etageejendomme, transporterer oftest sig selv til skole minimum fire gange om ugen, 77 pct. af børnene. Mens kun 39 pct. af børnene, der bor på landejendomme, transporterer sig selv til skole minimum fire gange om ugen.

Region

Knap tre ud af fire børn fra Region Hovedstaden transporterede sig selv til skole minimum fire gange om ugen. Hvilket er en betydelig større andel end børn i de andre regioner. Til sammenligning transporter 59 pct. af børnene fra Region Nordjylland sig selv i skole.

12.5 Diskussion

57 pct. af børn mellem 6 og 15 år er fysisk aktive minimum en gang om ugen sammen med deres forældre. 78 pct. af børnene dyrker sport udenfor skoletiden minimum to timer om ugen. 65 pct. af børnene transporterer sig selv til skole minimum fire gange om ugen.

Der er aldersforskelle i omfanget af børns fysiske aktivitet, afhængig af hvilken form for "aktivitet", der er tale om. Mindre end halvdelen af de 6-8-årige børn transporterer sig selv til skole, men tre ud af fire har idrætsaktiviteter i fritiden i mindst to timer om ugen. De fleste, ca. 80 pct., af de 9-12-årige børn dyrker sport udenfor skoletiden i minimum to timer om ugen, mens andelen blandt de 13-15-årige er lidt lavere, ca. 75 pct. Derimod transporterer hovedparten af de 13-15-årige sig selv til og fra skole, ca. 75 pct.

Vi påviste i modsætning til andre undersøgelser stort set ingen kønsforskelle i børnenes fysiske aktivitetsniveau. Det rapporteres, at en større andel af drenge end af piger lever op til anbefalinger om fysisk aktivitet minimum en time om dagen. Med alderen falder andelen af fysisk aktive børn, mest markant blandt piger (Roberts mfl., 2004). Der er en tendens til, at pigers fysiske aktivitet er tættere forbundet med deres venners og forældres fysiske aktivitet, end drenges. En undersøgelse fra Idrættens Analyseinstitut viste således, at piger langt oftere end drenge rapporterede, at de ikke deltog i sport, fordi de manglede nogen at følges med (Pilgaard, 2008).

Herværende undersøgelse viser, at børns fysiske aktivitetsniveau er afhængigt af deres forældres socioøkonomiske position og ud-

dannelsesniveau. Tilhører forældrene en af de lavere socioøkonomiske grupper, eller har forældrene 10 år eller mindre end 10 års uddannelse, er sandsynligheden for at dyrke sport udenfor skoletiden mindre end for børn, hvis forældre har en længere uddannelse. Disse tendenser understøttes af en række studier (Pedersen & Saltin, 2005; Andersen & Froberg, 2006; Andersen & Helweg-Larsen, 2008), blandt andet (Mølgaard mfl., 2007).

Børns fysiske fritidsaktiviteter er i vid grad afhængige af deres forældres interesse og muligheder for støtte. Socialt udsatte børn i Danmark deltager således markant sjældnere end ikke-udsatte børn i de fritidsaktiviteter, som de har lyst til, og de angiver, at en væsentlig årsag hertil er, at forældrene ikke har råd, tid eller interesse i at støtte dem (Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

Motions- og Ernæringsrådet beskriver, at sandsynligheden for, at børn tilhører gruppen med dårlig kondition, er større desto kortere uddannelse forældrene har (Mølgaard mfl., 2007). Det er også sandsynligt, at forældrenes vaner og holdninger påvirker barnet således, at børn og deres forældre har samme fysiske aktivitetsniveau (Nielsen mfl., 2007).

Der er mange muligheder for at fremme børns fysiske aktivitet i og udenfor institutioner og skoler. Det kan være i form af bedre forhold for fodgængere og cyklister, skolegårde der inspirerer til leg og boldspil, flere idrætstimer i skoletiden, lettilgængelige sportsklubber, bedre muligheder for udendørsaktiviteter i skolefritidsordninger, flere grønne områder og lignende (Kiens mfl., 2007; Mølgaard mfl., 2007; Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

12.6 Referencer

- Andersen L.B. & Froberg K. (red.) (2006). *Sundhedsmæssige aspekter af fysisk aktivitet hos børn - et treårigt forsøg i to kommuner ved København*: Ballerup og Tårnby. København: Sundhedsstyrelsen.
- Andersen S. & Helweg-Larsen K. (2008). *Børns fysiske aktiviteter i skole og fritid. Er socialt udsatte børn fysisk inaktive og har det betydning for deres helbred og trivsel?* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Cooper A.R., Wedderkopp N., Wang H., Andersen L.B. Froberg K. & Page A.S. (2006). Active travel to school and cardiovascular fitness in Danish children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38(10):1724-31.
- Due P. & Holstein B.E. (red.) (2003). *Skolebørnsundersøgelsen 2002*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Eriksson M., Nordqvist T. & Rasmussen F. (2008). Associations between parent's and 12-year-old children's sport and vigorous activity: the role of self-esteem and athletic competence. *Journal of Physical Activity and Health*, 5(3):359-73.
- Hickman M., Roberts C. & de Matos M.G. (2000). *Exercise and leisure-time activities*. I: Currie C., Hurrelmann K, Settertobulte W., Smith R. & Todd J. (eds.). Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. Health Policy for Children and Adolescents, No. 1.: WHO Regional Office for Europe.
- Kiens B., Beyer N., Brage S., Hyldstrup L., Ottesen L.S., Overgaard K., Pedersen B.K. & Puggaard L. (2007). *Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge*. København: Motions- og Ernæringsrådet.
- Kjøller M. (2007). *Fysisk aktivitet*. I: Kjøller M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Mølgaard C., Dela F., Froberg K., Heitmann B.L., Holm L., Holstein B., Madsen S.A., Richelsen B. & Tetens I. (2007). *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi*. København: Motions- og Ernæringsrådet.
- Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P. E. (2007). *Børn*. I: Kjøller M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Pedersen B.K. & Saltin B. (2005). *Børn og unge – fysisk aktivitet, fitness og sundhed*. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.
- Pilgaard M. (2008). *Danskernes motions- og sportsvaner 2007 – nøgletal og tendenser*. København: Idrættens Analyseinstitut.
- Roberts C., Tynjälä J. & Komkov A. (2004). *Young people's health and health-related behaviour – Physical activity*. I: Currie C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Samdal O. & Rasmussen V.B. (eds.). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Singh G.K., Kogan M.D., Siahpush M. & van Dyck P.C. (2008). Independent and joint effects of socioeconomic, behavioral, and neighborhood characteristics on physical inactivity and activity levels among US children and adolescents. *Journal of Community Health*, 33(4):206-16.
- Wedderkopp N., Froberg K., Hansen H.S. & Andersen L.B. (2004). Secular trends in physical fitness and obesity in Danish 9-year-old girls and boys: Odense School Child Study and Danish substudy of the European Youth Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(3):150-5.

13 Måltidsmønsteret i familien

Anette Johansen

13.1 Indledning

Børn tilbringer en stor del af deres vågne tid i institutioner eller skoler. Det er derfor svært for forældre at angive, hvad deres barn reelt spiser i løbet af en dag. Ved udformningen af spørgeundersøgelsen blev det derfor valgt at spørge om barnets måltidsmønstre sammen med familien. For en nærmere beskrivelse af danske børns kostvaner kan rapportererne "Børn og unges måltidsvaner 2000-2004" og "Skolebørns frugt og grøntvaner" anbefales (Fagt mfl., 2007; Krølner mfl., 2005).

Eksperter er bekymrede over tendensen til individualisering af familiemedlemmernes spisevaner. Det fælles familiemåltid betragtes som betydningsfuldt, da det er en vigtig arena for konstruktionen og reproduktionen af familiens følelsesmæssige fællesskab samt magtrelationer i familien (Lupton, 1996). Det fælles middagsmåltid er for mange moderne familier det eneste tidspunkt, hvor hele familien er samlet. Middagsmåltider har derfor en fremtrædende funktion som symbol for familiens enhed (Holm & Iversen, 1997).

Måltidsituationen giver tillige mulighed for at opdrage barnet i regler og normer for kulturelt bestemt opførelse og adfærd (Lupton, 1996).

Måltider i familien fremmer sunde spisemønstre blandt teenagere (Larson mfl., 2007), fx højere indtag af frugt og grønt og lavere forbrug af sodavand (Neumark-Sztainer mfl., 2003). Familiemåltider giver desuden forældrene mulighed for at fremme sunde spisevaner blandt deres børn (Videon & Manning, 2003).

Et ernæringsrigtigt morgenmåltid synes at fremme børns koncentration og indlæring i skolen og modvirker desuden indtag af fedt- og sukkerholdige snacks i løbet af formidda-

gen (Fagt mfl., 2007), og der er for børn en sammenhæng mellem ikke regelmæssigt at spise morgenmad og at udvikle overvægt (Rasmussen & Due, 2007; Fabritius & Rasmussen, 2008).

Hvordan måles barnets måltidsvaner

I herværende undersøgelse er barnets måltidsvaner i hjemmet belyst ud fra følgende spørgsmål:

Hvor mange hverdage om ugen spiser barnet morgenmad derhjemme?

- Hver dag
- 4 dage om ugen.
- 3 dage om ugen.
- 2 dage om ugen.
- 1 dag om ugen.
- Aldrig eller næsten aldrig.
- Ved ikke.

Hvor ofte spiser barnet aftensmad sammen med resten af familien?

- Hver dag.
- 5-6 dage om ugen.
- 3-4 dage om ugen.
- Mindre end tre dage om ugen.
- Ved ikke.

Spørgsmålene er kun stillet til forældre med børn over 5 år. Den følgende tabel viser andelen, der på alle hverdage i løbet af en uge spiser morgenmad hjemme. I teksten beskrives andelen af børn, der spiser aftensmad mindst fem aftener sammen med familien i løbet af en uge. Undersøgelsen kan ikke oplyse om, hvorvidt barnet har spist morgenmad og aftensmad udenfor hjemmet.

Tabel 13.1 Andel børn over fem år, der dagligt spiser morgenmad derhjemme på hverdage. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	89,8			4.459	
Køn	Dreng	90,7	1,02		(1,00 - 1,04)	2.279	
	Pige	88,9	1		(Reference)	2180	
Alder	Drenge	0 år	.	.	.	.
		1-2 år	.	.	.	.
		3-5 år	.	.	.	.
		6-8 år	93,6	1,08		(1,00 - 1,16)	696
		9-12 år	91,4	1,06		(1,00 - 1,13)	958
		13-15 år	86,5	1		(Reference)	625
		<hr/>					
	Piger	0 år
		1-2 år
		3-5 år
		6-8 år	91,9	1,12	+	(1,04 - 1,17)	643
		9-12 år	91,4	1,12	+	(1,04 - 1,17)	939
		13-15 år	81,8	1		(Reference)	598
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	91,4	1		(Reference)	3.424
Samlevende		88,9	0,97		(0,92 - 1,00)	640	
Enlig		85,1	0,93	-	(0,90 - 0,99)	395	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	83,6	1		(Reference)	984	
	To	90,8	1,09	+	(1,03 - 1,16)	2.235	
	Tre	93,9	1,12	+	(1,06 - 1,16)	998	
	Fire eller flere	90,6	1,08		(1,00 - 1,16)	242	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	83,9	0,91		(0,84 - 1,01)	224	
	10 år	80,4	0,88		(0,84 - 1,00)	246	
	11-12 år	90,6	0,99		(0,91 - 1,01)	669	
	13-14 år	90,1	0,98		(0,94 - 1,01)	2.071	
	15+ år	91,8	1		(Reference)	1.179	
<hr/>							
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	92,0	1,01		(0,92 - 1,06)	284	
	Selvstændig uden ansatte	91,9	1,00		(0,91 - 1,06)	183	
	Topleder	95,0	1,04		(0,96 - 1,06)	268	
	Lønmodtager højt niveau	91,5	1		(Reference)	579	
	Lønmodtager mellemniveau	90,8	0,99		(0,95 - 1,06)	1.021	
	Lønmodtager lavt niveau	87,7	0,96		(0,91 - 1,01)	1.541	
	Arbejdsløs	83,6	0,91		(0,88 - 1,04)	161	
	Under uddannelse	87,9	0,96		(0,88 - 1,06)	141	
	Førtidspensionist	88,1	0,96		(0,88 - 1,06)	98	
Husstandsindkomst ^e	Andre	92,3	1,01		(0,90 - 1,06)	160	
	1. Kvartil (lavest)	89,2	0,96		(0,93 - 1,00)	1.015	
	2. Kvartil	88,1	0,95		(0,93 - 1,00)	776	
	3. Kvartil	89,3	0,97		(0,93 - 1,00)	1.310	
Bolitgtype	4. Kvartil (højeste)	92,5	1		(Reference)	1.114	
	<hr/>						
	Region	Landejendom	89,0	0,98		(0,92 - 1,04)	572
		Enfamiliehus	90,8	1		(Reference)	2.946
		Rækkehus eller flerfamiliehus	84,9	0,93		(0,89 - 1,01)	477
Etageejendom		92,3	1,02		(0,95 - 1,04)	372	
Andet		86,5	0,95		(0,89 - 1,04)	61	
Region	Region Hovedstaden	91,2	1		(Reference)	752	
	Region Sjælland	88,3	0,97		(0,93 - 1,03)	805	
	Region Syddanmark	91,9	1,01		(0,95 - 1,03)	1.036	
	Region Midtjylland	88,2	0,97		(0,94 - 1,03)	901	
	Region Nordjylland	87,7	0,96		(0,93 - 1,03)	965	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn med den givne adfærd, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

13.2 Resultater

Køn og alder

90 pct. af børnene over fem år spiser hver dag morgenmad derhjemme på hverdage. Højeste forekomst ses blandt de 6-8-årige drenge, hvor 94 pct. spiste morgenmad hjemme alle hverdage i løbet af en uge. Laveste forekomst ses blandt de 13-15-årige piger, hvor kun 82 pct. havde spist morgenmad hjemme på alle hverdage. Det er således næsten hver femte af de store skolepiger, der ikke spiser morgenmad hjemme på alle hverdage.

Forældres samlivsstatus

Flest børn af enlige forældre spiser ikke morgenmad hjemme på samtlige hverdage. Hvor 91 pct. af børnene af giftede forældre havde spist morgenmad hjemme på samtlige hverdage, var det kun 85 pct. af børnene af enlige forældre, der havde spist morgenmad hjemme på samtlige hverdage.

Antal børn i husstanden

Andelen, der har spist morgenmad hjemme på alle hverdage, er lavest blandt enebørn og højest blandt børn, der bor i en husstand med 2 eller flere andre hjemmeboende børn under 16 år.

Forældres uddannelsesniveau

Der er ingen statistisk sikker sammenhæng mellem om børn spiser morgenmad hjemme på hverdage og forældrens uddannelsesniveau. Der er dog en tendens til, at andelen af børn der ikke har spist morgenmad hjemme på samtlige hverdage er større blandt børn af forældre med kortere uddannelse.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er flest børn af topledere, som har spist morgenmad hjemme samtlige hverdage, 95 pct., og færrest blandt børn af arbejdsløse forældre, 83,6 pct.

Husstandsindkomst.

Der er ingen klar sammenhæng mellem husstandsindkomst og om børnene spiser morgenmad hjemme hver dag.

Boligtype

Forældre der bor i rækkehus, oplyser, at 85 pct. af deres børn spiser morgenmad i hjemmet hver dag. For forældre til børn i etageejendom er andelen 92 pct.

Region

Der er ingen statistisk sikre forskelle mellem regionerne i andelen af børn, som spiser morgenmad i hjemmet på alle hverdage.

13.3 Aftensmad med familien

95 pct. af forældrene oplyser, at deres barn over fem år mindst 5 dage om ugen havde spist aftensmad sammen med resten af familien, men andelen falder med alderen, således at 90pct. af de 13-15-årige drenge og kun 85pct. af de jævnaldrende piger har spist aftensmad hjemme mindst fem dage om ugen (Figur 13.1.)

Besvarelserne viser, en tendens til, at børn af topledere sjældnere end andre børn har spist aftensmad sammen med familien mindst fem gange i løbet af ugen. Forældre, der bor på en landejendom, rapporterer lidt oftere, at deres børn mindst fem gange om ugen spiser aftensmad sammen med resten af familien, sammenlignet med forældre i andre boligformer.

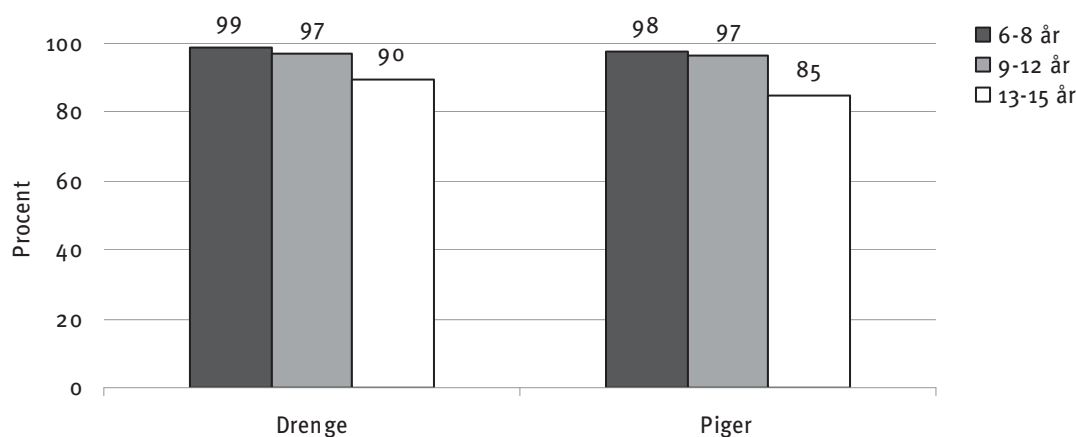
13.4 Diskussion

Børns morgenmadsvaner bliver stadig mere uregelmæssige med stigende alder. Jo ældre børnene er, jo oftere springer de morgenmaden over, eller spiser morgenmaden ude. I Fødevarerinstitutionens undersøgelse af danskernes kostvaner 2000-2004 fandt man tilsvarende tendens, idet 91 pct. af de 4-6-årige spiste morgenmad hjemme hver dag i løbet af en uge, mens andelen for de 11-14-årige var 76 pct. (Fagt mfl., 2007). I vores undersøgelse er det 82 pct. af de 13-15-årige piger, som spiser morgenmad hjemme.

Det kan bekymre, at en så relativ stor andel af de større børn ikke regelmæssigt spiser morgenmad, inden de tager hjemmefra. Da andelen især er stor blandt de 13-15-årige piger, kan det være relevant at informere om, at forskningsresultater faktisk tyder på, at morgenmad er vigtig for at holde vægten nede. På skoler, hvor problemet er særligt udbredt, kunne salg af ernæringsrigtig morgenmad i de første frikvarterer måske være en løsning.

Som man kunne forvente, er andelen der ikke mindst fem dage om ugen spiser aftensmad sammen med resten af familien, størst blandt de 13-15-årige. Men samlet spiser 95 pct. af de 6-15-årige børn hovedsageligt aftensmad sammen med resten af familien, så det tyder på, at det fælles aftensmåltid stadig er normen i langt de fleste danske familier.

Figur 13.1 Andel der spiser aftensmad sammen med resten af familien minimum 5 dage om ugen opdelt på køn og alder



13.5 Referencer

Fabritius K. & Rasmussen M. (2008). Morgenmadsvaner og overvægt blandt danske skolebørn. *Ugeskrift for Læger*, 170(34):2559.

Fagt S., Christensen T., Groth M.V., Biltoft-Jensen A., Matthiessen J. & Trolle E. (2007). *Børn og unges måltidsvaner 2000-2004*. København: Fødevareinstituttet, DTU.

Holm L. & Iversen T. (1997). Moderne madvaner. *Dansk sociologi*, 8(4):38-53.

Krølner R., Rasmussen M., Haraldsdóttir J., Holstein B. & Due P. (2005). *Skolebørns frugt- og grøntvaner. Den danske del af en undersøgelse blandt 11-årige skolebørn, deres forældre og skoleledere*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Larson N., Neumark-Sztainer D., Hannan P.J. & Story M. (2007). Family Meals during Ado-

lescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(9):1502-10.

Lupton D. (1996). *Food, the Body and the Self*. Great Britain: SAGE Publications.

Neumark-Sztainer D., Hannan P., Story M., Croll J. & Perry C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(3):317-22.

Rasmussen M. & Due P. (red.) (2007). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Videon T.M. & Manning C.K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32(5):365-73.

14 Amning

Anette Johansen

14.1 Indledning

Sundhedsstyrelsen anbefaler i overensstemmelse med WHO, at spædbørn ammes fuldt til de er seks måneder og delvist til de er et år gamle. Modermælk er den sundeste og sikreste ernæring til spædbarnet (Sundhedsstyrelsen, 2002). Modermælk sikrer, at barnet får de nødvendige næringsstoffer i det rigtige forhold (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007). Ifølge anbefalingen bør det være barnets udvikling og parathed, der er afgørende for tidspunktet for introduktion af overgangskost. Men overgangskost bør ikke introduceres, før barnet er fire måneder og ikke meget ældre end seks måneder (Sundhedsstyrelsen, 2002).

Ammede børn har en positiv helbredseffekt fx færre infektionssygdomme end ikke ammede børn (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007). Amning i mindst fire måneder nedsætter risikoen for feber, mellemørebetændelse, hvæsende vejrtrækning, mave-tarm symptomer, inklusive kolik og sygehusindlæggelse til ca. 2/3 af risikoen for øvrige spædbørn (Nielsen mfl., 2002). Mødre, der ammer i mindst 4 måneder efter fødslen, er generelt ældre, mere veluddannede, har oftere børn i forvejen, er sjældnere ryger og har sjældnere symptomer på psykisk stress end øvrige mødre. Det kan delvis forklare sammenhænge mellem amning og spædbørns sygelighed.

Ammede børn vokser lidt hurtigere i de første fem levemåned end børn, der ikke er blevet ammet – men forskellen i vækst udlignes inden for det første leveår (Nielsen mfl., 2007). Amning synes at nedsætte risikoen for udvikling af overvægt i barndommen, men enkelte studier finder ingen sammenhæng, hvorfor der er sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt amningens beskyttende effekt overfor overvægt er reel, eller muligvis skyldes andre

faktorer såsom mødres sociale status, alder og viden om kost (Plagemann & Harder, 2005; Kramer mfl., 2007; Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007).

På trods af stor interesse for hvorvidt amning har en beskyttende effekt mod allergiske lidelser, er der heller ikke entydig enighed herom. Oversigtsartikler og metaanalyser tyder på en beskyttede effekt ved fuld amning indtil 3-4-måneders-alderen for bl.a. mælkeallergi, astma og høfeber. Der er påvist en forebyggende effekt af udelukkende brysternæring i de første 4-6 levemåned med hensyn til udvikling af børneeksem (atopisk dermatitis) og fødevareallergi hos børn med høj risiko for allergi, dvs. familiær disposition til overfølsomhedssygdomme (Høst mfl., 2005).

Amning synes endvidere at nedsætte risikoen for senere type 2-diabetes formentlig pga. en sammenhæng mellem amning og nedsat risiko for udvikling af overvægt som voksen. Amning beskrives at have en positiv effekt på barnets kognitive udvikling (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007).

Hvordan måles amning?

I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 er forældre med børn under seks år blevet spurgt:

Hvor lang tid fik deres barn udelukkende brystmælk?

- 6 måneder eller mere.
- 3 måneder eller mere, men mindre end 6 måneder.
- Mindre end 3 måneder.
- Slet ikke ammet.
- Får fortsat udelukkende brystmælk.
- Ved ikke.

Hvor lang tid blev barnet i alt ammet?

- 12 måneder eller mere.
- 9 måneder eller mere, men mindre end 12 måneder.
- 6 måneder eller mere, men mindre end 9 måneder.
- 3 måneder eller mere, men mindre end 6 måneder.
- Mindre end 3 måneder.
- Slet ikke ammet.
- Ammes fortsat.
- Ved ikke.

I de følgende tabeller belyses andelen af børn, der er blevet ammet fuldt i 6 måneder og delvist i 12 måneder, og andelen af børn som ikke er ammet.

Læseren bør være opmærksom på, at tabel 14.1 og 14.2 kun omfatter børn, der var fyldt et år og endnu ikke fyldt seks år på interviewtidspunktet.

Tabel 14.1 Forekomsten af et- til fem-årige børn der udelukkende har fået brystmælk de første 6 måneder. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		29,0				1.986	
Køn	Dreng	26,6	0,84		(0,74 - 1,00)	1.014	
	Pige	31,5	1		(Reference)	972	
Alder	Drenge	0 år	.	.	. .	.
		1-2 år	29,3	1,18		(0,92 - 1,37)	410
		3-5 år	24,9	1		(Reference)	604
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
	Piger	0 år
		1-2 år	32,9	1,07		(0,92 - 1,37)	373
		3-5 år	30,7	1		(Reference)	599
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	30,1	1		(Reference)	1.445	
	Samlevende	29,0	0,97		(0,71 - 1,10)	435	
	Enlig	21,0	0,70		(0,53 - 1,10)	105	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	29,1	1		(Reference)	453	
	To	26,7	0,92		(0,79 - 1,30)	1.064	
	Tre	34,1	1,17		(0,82 - 1,47)	362	
	Fire eller flere	33,4	1,15		(0,78 - 1,47)	107	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	27,1	0,85		(0,54 - 1,09)	81	
	10 år	.	.		. .	108
	11-12 år	27,1	0,85		(0,54 - 1,08)	289	
	13-14 år	29,0	0,91		(0,68 - 1,08)	874	
	15+ år	32,0	1		(Reference)	606	
	Anden skoleuddannelse	.	.		. .	16
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	51,8	1,71	+	(1,09 - 1,93)	89	
	Selvstændig uden ansatte	26,3	0,87		(0,51 - 1,68)	73	
	Topleder	40,8	1,35		(0,67 - 1,94)	93	
	Lønmodtager højt niveau	30,2	1		(Reference)	288	
	Lønmodtager mellemniveau	28,1	0,93		(0,60 - 1,42)	465	
	Lønmodtager lavt niveau	28,4	0,94		(0,68 - 1,43)	664	
	Arbejdsløs	21,3	0,71		(0,51 - 1,50)	118	
	Under uddannelse	30,8	1,02		(0,51 - 1,74)	103	
	Førtidspensionist	.	.		. .	17
	Andre	.	.		. .	65
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	25,4	0,79		(0,68 - 1,08)	494	
	2. Kvartil	29,7	0,93		(0,68 - 1,09)	412	
	3. Kvartil	28,5	0,89		(0,68 - 1,09)	567	
	4. Kvartil (højeste)	32,0	1		(Reference)	416	
Boligtype	Landejendom	30,0	1,03		(0,79 - 1,24)	216	
	Enfamiliehus	29,0	1		(Reference)	1.221	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	28,7	0,99		(0,79 - 1,24)	286	
	Etageejendom	28,7	0,99		(0,79 - 1,24)	230	
	Andet	.	.		. .	24
Region	Region Hovedstaden	28,9	1		(Reference)	397	
	Region Sjælland	34,7	1,20		(0,89 - 1,37)	317	
	Region Syddanmark	26,0	0,90		(0,77 - 1,34)	456	
	Region Midtjylland	29,0	1,00		(0,77 - 1,36)	443	
	Region Nordjylland	28,1	0,97		(0,78 - 1,38)	373	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn der bliver ammet, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre amme forekomsten er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

14.2 Resultater – fuld amning til 6-månedersalderen

Køn og alder

29 pct. af de et- til fem-årige børn havde i 2005 udelukkende fået brystmælk ind til 6-månedersalderen, således som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Der er tendens til, at flere piger end drenge er blevet ammet den anbefalede periode.

Forældres samlivsstatus

Der er tendens til, at en mindre andel børn af enlige forældre udelukkende har fået brystmælk indtil 6-månedersalderen. 21 pct. af de enlige forældre og 30 pct. af børn af gifte forældre oplyser, at deres barn udelukkende er blevet ammet de første 6 måneder.

Antal børn i husstanden

Der ses ingen statistisk sikker sammenhæng mellem antallet af børn i husstanden og fuld amning i 6-månedersalderen.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses ingen sammenhæng mellem forældrens uddannelsesniveau og andelen, der udelukkende har fået brystmælk.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Flest børn af selvstændige med ansatte har udelukkende fået brystmælk indtil 6-månedersalderen og færrest børn af arbejdsløse forældre er blevet ammet til 6-månedersalderen. Sammenlignet med børn af lønmodtagere på højt niveau har børn af selvstændige med ansatte 1,7 forøget chance for udelukkende at være blevet ammet de første 6 måneder.

Husstandsindkomst

Der ses ingen statistisk sikker forskel i andelen af børn, der udelukkende har fået brystmælk de første seks måneder og indkomstgrupperne imellem, men der ses en tendens til, at en større andel af kvinder med flest økonomiske ressourcer ammer.

Boligtype

Der ses ingen signifikant forskel i andelen, der udelukkende er blevet ammet de første 6 måneder og boligtyperne imellem.

Region

Der er tendens til, at forældre fra Region Sjælland lidt oftere rapporterer, at deres børn er blevet ammet fuldt ud de første 6 måneder af deres liv end forældre i de andre regioner. 35 pct. af børnene fra Region Sjælland havde udelukkende fået brystmælk de første seks måneder.

Tabel 14.2 Forekomsten af et- til fem-årige børn der er blevet ammet helt eller delvist frem til 12-måneders-alderen. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	18,0			1.875	
Køn	Dreng	16,2	0,81		(0,68 - 1,00)	955	
	Pige	19,9	1		(Reference)	920	
Alder	Drenge	0 år	.	.	. .	.
		1-2 år	17,0	1,08		(0,68 - 1,34)	394
		3-5 år	15,7	1		(Reference)	561
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
	Piger	0 år
		1-2 år	15,7	0,70		(0,56 - 1,14)	352
		3-5 år	22,5	1		(Reference)	568
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	18,1	1		(Reference)	1.367	
	Samlevende	18,8	1,04		(0,66 - 1,31)	408	
	Enlig	16,0	0,88		(0,59 - 1,31)	99	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	17,0	1		(Reference)	424	
	To	15,8	0,93		(0,76 - 1,52)	1.007	
	Tre	24,6	1,45		(0,89 - 2,02)	344	
	Fire eller flere	24,5	1,45		(0,76 - 2,02)	100	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	18,4	0,90		(0,54 - 1,21)	74	
	10 år	.	.		. .	98
	11-12 år	15,0	0,73		(0,54 - 1,23)	276	
	13-14 år	16,8	0,82		(0,55 - 1,21)	823	
	15+ år	20,6	1		(Reference)	580	
	Anden skoleuddannelse	.	.		. .	16
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	24,1	1,35		(0,64 - 2,23)	81	
	Selvstændig uden ansatte	24,1	1,35		(0,63 - 2,21)	68	
	Topleder	20,5	1,15		(0,64 - 2,23)	88	
	Lønmodtager højt niveau	17,8	1		(Reference)	279	
	Lønmodtager mellemniveau	16,6	0,93		(0,64 - 1,64)	443	
	Lønmodtager lavt niveau	14,2	0,80		(0,64 - 1,60)	618	
	Arbejdsløs	19,3	1,08		(0,64 - 2,29)	112	
	Under uddannelse	31,2	1,75		(0,81 - 2,21)	100	
	Førtidspensionist	.	.		. .	15
	Andre	.	.		. .	62
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	20,4	1,33		(0,88 - 1,68)	471	
	2. Kvartil	17,9	1,16		(0,87 - 1,68)	380	
	3. Kvartil	17,0	1,11		(0,87 - 1,68)	532	
	4. Kvartil (højeste)	15,4	1		(Reference)	403	
Bolitgtype	Landejendom	19,0	1,15		(0,85 - 1,68)	203	
	Enfamiliehus	16,5	1		(Reference)	1.145	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	18,8	1,14		(0,85 - 1,69)	273	
	Etageejendom	23,4	1,42		(0,89 - 1,67)	223	
	Andet	.	.		. .	22
Region	Region Hovedstaden	20,4	1		(Reference)	385	
	Region Sjælland	17,3	0,85		(0,61 - 1,13)	298	
	Region Syddanmark	16,2	0,80		(0,62 - 1,13)	438	
	Region Midtjylland	17,1	0,84		(0,62 - 1,13)	410	
	Region Nordjylland	17,8	0,88		(0,61 - 1,13)	344	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn der er blevet ammet, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre amme forekomsten er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

14.3 Resultater – amning til 12-måneders- alderen

Køn og alder

Forældre til 18 pct. af børnene oplyser, at deres barn over 1 år og under seks år stadig var ammet helt eller delvist ved 12-månedersalderen. Der ses ingen statistisk sikker kønsforskel, men en tendens til at andelen er lidt højere blandt pigerne.

Forældres samlivsstatus

Der ses igen sammenhæng mellem delvis eller fuld amning ved 12-månedersalderen og den adspurgte forælders samlivsstatus.

Antal børn i husstanden

Der er tendens til at børn, der bor i en husstand med tre børn eller flere, ofte er blevet delvist eller fuldt ammet frem til 12-månedersalderen end børn i husstande med færre børn.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses ingen sammenhæng mellem forældrens uddannelsesniveau, og andelen der er blevet ammet helt eller delvis ved 12-månedersalderen.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Der er tendens til, at børn af forældre under uddannelse og selvstændige har større chance for at være blevet ammet fuldt eller delvis ved 12-månedersalderen sammenlignet med de andre socioøkonomiske grupper.

Husstandsindkomst

Der ses ingen signifikant forskel i andelen, der er blevet ammet helt eller delvist ved 12-månedersalderen indkomstgrupperne imellem.

Boligtype

Der ses ingen statistisk sikker forskel i andelen af børn, der er blevet ammet helt eller delvist ved 12-månedersalderen boligtyperne imellem.

Region

Rapporteringen af amning ved 12-månedersalderen adskiller sig ikke signifikant regionerne imellem.

Tabel 14.3 Andel, børn under 6 år der ikke er blevet ammet. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	4,6			2.455	
Køn	Dreng	4,4	0,90		(0,65 - 1,21)	1.240	
	Pige	4,8	1		(Reference)	1.215	
Alder	Dreng	0 år	3,0	0,58		(0,24 - 1,45)	203
		1-2 år	3,5	0,67		(0,25 - 1,43)	417
		3-5 år	5,2	1		(Reference)	620
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
	Piger	0 år	2,9	0,55		(0,25 - 1,47)	208
		1-2 år	5,3	1,00		(0,31 - 1,43)	379
		3-5 år	5,3	1		(Reference)	628
		6-8 år
		9-12 år
		13-15 år
Forælders samlivsstatus ^d	Gift	4,8	1		(Reference)	1.750	
	Samlevende	4,0	0,83		(0,35 - 1,54)	590	
	Enlig	4,9	1,01		(0,35 - 1,71)	114	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	4,9	1		(Reference)	629	
	To	4,5	0,91		(0,46 - 1,97)	1.276	
	Tre	3,8	0,78		(0,46 - 1,88)	426	
	Fire eller flere	5,7	1,16		(0,46 - 1,96)	124	
Forælders uddannelsesniveau ^d	< 10 år (+skoleelev)	5,7	1,68		(0,74 - 3,30)	100	
	10 år	.	.		.	121	
	11-12 år	5,6	1,64		(0,73 - 3,28)	369	
	13-14 år	4,9	1,45		(0,73 - 3,29)	1.061	
	15+ år	3,4	1		(Reference)	763	
	Anden skoleuddannelse	.	.		.	27	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	6,1	2,54		(0,43 - 7,11)	104	
	Selvstændig uden ansatte	7,7	3,20		(0,42 - 7,17)	84	
	Topleder	4,4	1,81		(0,42 - 7,22)	114	
	Lønmodtager højt niveau	2,4	1		(Reference)	357	
	Lønmodtager mellemniveau	3,9	1,62		(0,58 - 7,24)	584	
	Lønmodtager lavt niveau	6,3	2,60		(0,88 - 7,15)	802	
	Arbejdsløs	4,5	1,89		(0,42 - 7,35)	143	
	Under uddannelse	3,5	1,46		(0,42 - 7,40)	132	
	Førtidspensionist	.	.		.	22	
	Andre	.	.		.	95	
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	4,2	1,21		(0,78 - 2,88)	607	
	2. Kvartil	6,2	1,78		(0,79 - 2,88)	504	
	3. Kvartil	5,0	1,44		(0,78 - 2,88)	697	
	4. Kvartil (højeste)	3,5	1		(Reference)	525	
Bolittype	Landejendom	5,2	1,01		(0,32 - 1,55)	262	
	Enfamiliehus	5,1	1		(Reference)	1.485	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	4,0	0,79		(0,33 - 1,55)	348	
	Etageejendom	3,2	0,62		(0,32 - 1,53)	318	
	Andet	.	.		.	27	
Region	Region Hovedstaden	3,5	1		(Reference)	508	
	Region Sjælland	4,2	1,19		(0,66 - 3,14)	399	
	Region Syddanmark	4,1	1,17		(0,67 - 3,12)	536	
	Region Midtjylland	6,0	1,68		(0,66 - 3,13)	540	
	Region Nordjylland	6,1	1,73		(0,68 - 3,13)	472	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn der ikke bliver ammet, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre ammeffrekvensen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

14.4 Resultater – ingen amning

Køn og alder

4,5 pct. af børnene er slet ikke blevet ammet. Lige stor andel drenge som piger.

Forældres samlivsstatus

Der ses igen sammenhæng mellem ikke at være blevet ammet og den adspurgte forældres samlivsstatus.

Antal børn i husstanden

Antallet af børn, der bor i husstanden, har ikke statistisk sikker indflydelse på risikoen for ikke at være blevet ammet.

Forældres uddannelsesniveau

Der ses ingen statistisk sikker sammenhæng mellem forældrens uddannelsesniveau og andelen af børn, der ikke er blevet ammet. Der ses dog en svag tendens til, at andelen, der ikke er blevet ammet, falder med forældrens stigende uddannelsesniveau.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Kun 2,4 pct. af lønarbejdere på højt niveau oplyser, at deres barn slet ikke er blevet am-

met, mod 7,7 pct. af de selvstændige forældre uden ansatte. Forskellene grupperne i mellem kan dog skyldes statistiske tilfældigheder.

Husstandsindkomst

Der ses igen sammenhæng mellem ikke at være blevet ammet og husstandsindkomsten i familien.

Boligtype

Der ses ingen signifikant forskel i andelen, der ikke er blevet ammet boligtyperne i mellem.

Region

Der er ingen statistisk sikker forskel mellem regionerne i andelen af børn, som ikke er blevet ammet.

14.5 Udvikling over tid

Andelen af børn, der slet ikke er blevet ammet, er stor set identisk i 2000 og 2005, henholdsvis 3,9 pct. og 4,6 pct.

14.6 Diskussion

Andelen af børn, der slet ikke er blevet ammet er lav. Under fem pct. af forældrene til børn under 6 år oplyste, at deres barn slet ikke var blevet ammet. Det er en relativ lav andel af børn, som ammes i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Lidt under 1/3 er fuldt ammet i 6 måneder, og mindre end hver femte er ammet helt eller delvist i 12 måneder. Det er kun 11 pct. af børnene, der er blevet ammet så længe, at begge kriterier i Sundhedsstyrelsen anbefalinger er opfyldt.

Der anbefales moderermælksernæring i de første 6 levmåneder bl.a. med henvisning til, at det kan reducere risikoen for at udvikle allergiske lidelser, som astma, høfeber, børneeksem og fødevareallergi. Der kan i nærværende undersøgelse ikke påvises nogen sammenhæng mellem forældres rapportering af allergiske lidelser og længden af amning blandt deres børn. Et til fem-årige børn, der aldrig er blevet ammet, har i denne undersøgelse den samme risiko for at have udviklet

allergi på dataindsamlingstidspunktet, som børn der var blevet ammet.

Der er andre positive effekter af amning både for moren og barnet, bl.a. at amning ofte er lettere for moren, og at der er en nedsat risiko for infektionssygdomme for barnet. Det er derfor som udgangspunkt vigtigt, at samfundet og sundhedsvæsnet støtter nybagte mødre i at amme. Men støtten bør naturligvis tage hensyn til den enkelte mors ønske og behov. For nogle mødre fungerer amning slet ikke, og der bør derfor i sådanne tilfælde indgå oplysning om, at børn under danske forhold stort set trives ligeså godt på moderermælkserstatning, og at det under danske forhold ikke er et problem, at overgangskost introduceres på det tidspunkt efter 4-måneders-alderen, som passer til barnets og familiens behov (Sundhedsstyrelsen, 2002).

Selvom de positive effekter er vigtige på populationsniveau, er de små og i nogle tilfælde usikre på individniveau (Schack-Nielsen & Michaelsen, 2007). Den generelle trivsel hos mor og barn er det vigtigste mål i denne tidlige periode af livet, og det bør derfor ikke handle om amning for enhver pris.

14.7 Referencer

Høst A., Halken S. & Poulsen L.K. (2005). Miljøfaktorerens betydning for udvikling af allergi

Ugeskrift for Læger, 167(06):613

Kramer M.S., Matush L., Vanilovich I., Platt R.W., Bogdanovich N., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Shishko G., Collet J.P., Martin R.M., Smith G.D., Gillman M.W., Chalmers B., Hodnett E. & Shapiro S., PROBIT Study Group (2007). Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 86(6):1717-21.

Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P. E. (2007). *Børn*. I: Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Nielsen A.M., Rasmussen S. & Christoffersen M.N. (2002). Danske spædbørns sygelighed i de første levemåned. *Ugeskrift for Læger*, 164(48):5644-8.

Plagemann A. & Harder T. (2005). Breast feeding and the risk of obesity and related metabolic diseases in the child. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 3(3):222-32.

Schack-Nielsen L. & Michaelsen K.F. (2007). Amningens effekter. I: Betydning for immunsystem og centralnervesystem. *Ugeskrift for Læger*, 169(11):985-9.

Schack-Nielsen L. & Michaelsen K.F. (2007). Amningens effekter. II: Betydning for livsstilssygdomme, negative effekter og moderens sundhed. *Ugeskrift for Læger*, 169(11):989-93.

Sundhedsstyrelsen (2002). Sundhedsstyrelsens ammeanbefaling:
http://www.sst.dk/faglige_omr/sundhed/Boern/amning_anbefaling.pdf (10.11.2008)

15 Passiv rygning

Anette Johansen og Karin Helweg-Larsen

15.1 Indledning

Tobaksrøg indeholder sundhedsfarlige partikler og mere end 4000 kemiske stoffer, der potentielt er giftige. Børn, der udsættes for tobaksrøg, såkaldt passiv rygning, har øget risiko for akutte luftvejsinfektioner, inklusiv mellemørebetændelse og astmatisk bronkitis (Cook & Strachan, 1999, Håberg mfl., 2007; Henderson, 2008). Børn, der er disponeret for allergiske lidelser, har øget risiko for at udvikle astma ved udsættelse for tobaksrøg i de tidlige leveår og for forværring i astma igennem hele barndommen (Hermann mfl., 2006).

Spædbørn og småbørn er mere sårbare over for tobaksrøg end skolebørn, og der er således en stærkere sammenhæng mellem forældres rygning og forekomsten af luftvejsproblemer blandt de mindre børn end blandt større børn (Li mfl., 1999).

Der er en række mulige årsager eller mekanismer til tobaksrøgs skadelige virkninger. En direkte toksisk vævspåvirkning af lunger og luftveje kan medføre en inflammation (betændelseslignende tilstand) og ændre kroppens immunforsvar på længere sigt (Henderson, 2008). Denne reaktion på tobaksrøg er størst i de første leveår og synes at være mere udtalt blandt børn, der allerede i graviditeten har været udsat for nikotin og andre indholdsstoffer i tobaksrøg via moderens rygning (Håberg mfl., 2007). Spædbørn og småbørn er endvidere særligt udsatte for forældres tobaksrygning, idet de ikke har mulighed for selv at bevæge sig væk fra røgen (Hvidbog om passiv rygning, 2005).

Børn, der er udsat for tobaksrøg i hjem og institution, har oftere sygdomssymptomer end børn, der ikke udsættes herfor (Brink & Lawson-Smith, 2008). Udover akutte øvre luftvejsinfektioner og mellemørebetændelse

(Bennet & Haggard, 1998; Henderson 2008) og natlige hosteanfald (DiFranza mfl., 2004) har de også en større forekomst af lungebetændelse (Cook & Strachan, 1999; von Linstow mfl., 2008), astma og astmatisk bronkitis (Chilmonczyk mfl., 1993; Strachan & Cook, 1998; Hermann mfl., 2006) og muligvis hyppigere spædbarnskolik (Søndergaard mfl., 2001),

Der er rapporteret en sammenhæng mellem udsættelse for tobaksrøg i barnealderen og huller i tænderne (Aligne mfl., 2003) kræft fx leukæmi og kræft i hjernen (Sorahan mfl., 1997) og sukkersyge (Weitzman mfl., 2005).

Rygning i graviditeten og i mindre grad rygning i hjemmet i barnets første leveår er en stærk risikofaktor for pludselig, uventet spædbarnsdød (vuggedød) specielt i samspil med maveleje som sovestilling (Alm mfl., 1997; Anderson & Cook 1997).

Det er anslået, at forebyggelse af passiv rygning i barnealderen vil kunne spare 1.890 hospitalsindlæggelser af børn i Danmark hvert år, svarende til 8 pct. af alle hospitalsindlæggelser af børn. Det skønnes endvidere, at 6 pct. af alle ambulante kontakter blandt børn har sammenhæng med deres udsættelse for tobaksrøg (Rasmussen, 2004).

Der er sammenhæng mellem forældres uddannelse og tobaksrygning i hjemmet, således at en stigende andel børn udsættes for tobaksrøg med faldende længde af forældres uddannelse. Det betyder en større risiko blandt børn af faglærte og ufaglærte arbejdere sammenlignet med forældre med mellemlang og lang uddannelse (Keiding mfl., 2003).

Hvordan måles udsættelse for tobaksrøg i hjemmet?

De følgende tabeller om passiv rygning er udarbejdet på baggrund af følgende to spørgsmål i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005:

Ryges der indendørs i Deres hjem?

Svarkategorier:

- Ja, dagligt.
- Ja, ind imellem men ikke dagligt.
- Nej, aldrig.

Ryges der i Deres hjem, når der er børn tilstede (i samme rum)?

Svarkategorier:

- Ja.
- Nej.

Børn, der udsættes for daglig passiv rygning, er i rapporten defineret som børn, der bor i hjem, hvor der dagligt ryges i rum, hvor der er børn tilstede.

Tabel 15.1 Andel børn der dagligt udsættes for passiv rygning i hjemmet. (Procent, relativ risiko, 95% sikkerhedsgrænser og antal)

		Procent (justeret) ^a	Relativ risiko ^b	+/- ^c	95% sikkerheds- grænser	Antal	
Alle børn		2005	18,3			6.962	
Køn	Dreng	17,9	0,95		(0,87 - 1,04)	3.536	
	Pige	18,7	1		(Reference)	3412	
Alder	Drenge	0 år	8,3	0,33	-	(0,21 - 0,66)	203
		1-2 år	8,6	0,34	-	(0,20 - 0,58)	417
		3-5 år	17,8	0,71		(0,45 - 1,00)	620
		6-8 år	16,1	0,64	-	(0,41 - 0,97)	696
		9-12 år	22,1	0,88		(0,61 - 1,00)	958
		13-15 år	25,1	1		(Reference)	625
		Piger	0 år	7,4	0,27	-	(0,21 - 0,62 )	208
	1-2 år	11,9	0,43	-	(0,25 - 0,70)	379	
	3-5 år	14,3	0,51	-	(0,33 - 0,81)	628	
	6-8 år	19,5	0,70		(0,48 - 1,01)	643	
	9-12 år	22,8	0,82		(0,57 - 1,00)	939	
	13-15 år	27,9	1		(Reference)	598	
	Forælders samlivsstatus ^d	Gift	14,5	1		(Reference)	5.209
		Samlevende	23,9	1,65	+	(1,32 - 2,05)	1.243
Enlig		29,4	2,03	+	(1,55 - 2,26)	509	
Antal børn i husstanden under 16 år	Et	24,4	1		(Reference)	1.626	
	To	16,8	0,69	-	(0,57 - 0,89)	3.537	
	Tre	15,6	0,64	-	(0,57 - 0,84)	1.433	
	Fire eller flere	20,6	0,85		(0,57 - 1,00)	366	
Forælders uddannelsesniveau ^d	<10 år (+skoleelev)	44,3	5,24	+	(3,47 - 5,92)	332	
	10 år	34,5	4,08	+	(2,79 - 5,98)	371	
	11-12 år	26,6	3,15	+	(2,35 - 4,27)	1.048	
	13-14 år	17,6	2,08	+	(1,62 - 3,04)	3.145	
	15+ år	8,5	1		(Reference)	1.955	
	Anden skoleuddannelse	12,2	1,44		(1,00 - 3,43)	64	
Forælders socioøkonomiske gruppe ^d	Selvstændig med ansatte	15,0	1,93	+	(1,17 - 3,12)	389	
	Selvstændig uden ansatte	16,1	2,07	+	(1,02 - 4,01)	271	
	Topleder	8,7	1,12		(0,98 - 1,94)	383	
	Lønmodtager højt niveau	7,8	1		(Reference)	945	
	Lønmodtager mellemniveau	13,6	1,75	+	(1,08 - 2,90)	1.613	
	Lønmodtager lavt niveau	23,2	2,98	+	(1,92 - 4,47)	2.361	
	Arbejdsløs	31,6	4,06	+	(2,52 - 5,13)	311	
	Under uddannelse	22,6	2,90	+	(1,53 - 5,35)	273	
	Førtidspensionist	33,9	4,36	+	(2,30 - 5,13)	120	
Andre	30,6	3,94	+	(2,19 - 5,15)	255		
Husstandsindkomst ^e	1. Kvartil (lavest)	27,0	2,53	+	(1,97 - 2,82)	1.626	
	2. Kvartil	19,0	1,78	+	(1,34 - 2,39)	1.289	
	3. Kvartil	15,4	1,45	+	(1,08 - 1,99)	2.017	
	4. Kvartil (højeste)	10,6	1		(Reference)	1.645	
Boligtype	Landejendom	15,6	0,95		(0,69 - 1,24)	838	
	Enfamiliehus	16,4	1		(Reference)	4.461	
	Rækkehus eller flerfamiliehus	21,3	1,30		(0,93 - 1,66)	831	
	Etageejendom	25,0	1,52	+	(1,14 - 1,66)	693	
	Andet	13,8	0,84		(0,59 - 1,61)	88	
Region	Region Hovedstaden	14,1	1		(Reference)	1.267	
	Region Sjælland	21,4	1,52	+	(1,16 - 1,81)	1.212	
	Region Syddanmark	19,1	1,35	+	(1,01 - 1,85)	1.583	
	Region Midtjylland	18,8	1,33		(1,00 - 1,79)	1.446	
	Region Nordjylland	22,4	1,59	+	(1,21 - 1,81)	1.454	

^a Procent (justeret) angiver andelen af børn der udsættes for passiv rygning, forudsat at alders- og kønsfordelingen i den betragtede gruppe er som i børnebefolkningen i Danmark år 2005. For køn og alder kan procenterne ikke justeres.

^b Relativ risiko (RR) er et mål for hvor mange gange større eller mindre risikoen er i en gruppe sammenlignet med risikoen i referencegruppen. Referencegruppen kan kendes ved at RR er 1 og at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller.

^c Retning af signifikant association. Søjlen viser om den relative risiko i den aktuelle gruppe er signifikant forskellig fra 1 (referencegruppen). Et "+" angiver, at den rapporterede RR ligger signifikant over 1 og et "-" at den ligger signifikant under 1.

^d Baseret på oplysninger fra den forælder, der har besvaret interviewet.

^e Der er tale om ækvivaleret husstandsindkomst, hvor husstandens størrelse er taget i betragtning.

15.2 Resultater

Køn og alder

18 pct. af børnene i undersøgelsen bor i hjem, hvor der dagligt ryges i rum, hvor der er børn tilstede.

Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, stiger med børnenes alder fra under 10 pct. blandt de 0-årige til 27 pct. blandt de 13-15-årige børn.

Forældres samlivsstatus

Børn af gifte respondenter bor sjældnere end samlevende og enlige, i hjem, hvor de udsættes for passiv rygning (henholdsvis 15 pct. af de gifte forældre, 24 pct. af de samlevende forældre og 29 pct. af de enlige forældre). Risikoen for at leve i hjem, hvor der dagligt ryges, hvor der er børn tilstede, er således dobbelt så stor for børn af enlige forældre som for børn, der bor hos gifte forældre.

Antal børn i husstanden

Enebørn udsættes oftere for passiv rygning i hjemmet sammenlignet med børn, der bor sammen med andre børn.

Forældres uddannelsesniveau

Andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, falder med svarpersonernes stigende uddannelsesniveau. 44 pct. af forældre med mindre end 10 års uddannelse svarede, at deres barn bliver udsat for passiv rygning, mod kun 9 pct. af forældre med 15 års uddannelse eller mere.

Forældres socioøkonomiske gruppe

Børns risiko for at blive udsat for passiv rygning er markant forskellig mellem de socioøkonomiske grupper. Hvor mindre end en tiendedel af de adspurgte topledere samt

lønmodtagere på højt niveau svarede, at der blev røget dagligt i hjemmet og i rum, hvor der var børn tilstede, oplyste en tredjedel af arbejdsløse og førtidspensionerede forældre, at deres barn blev udsat for passiv rygning i hjemmet dagligt.

Husstandsindkomst

Risikoen for at børn udsættes for passiv rygning i hjemmet, stiger med faldende husstandsindkomst. 27 pct. af børnene i det laveste kvartil blev udsat for passiv rygning, mod 10,6 pct. i det højeste indkomstkvartil.

Boligtype

Sammenlignet med børn, der bor i enfamiliehus, har børn i etageejendom 1,5 gang større risiko for at bo i hjem, hvor der ryges dagligt og i rum hvor der er børn tilstede.

Region

Børn af forældre, der bor i andre regioner end Region Hovedstaden, udsættes oftere for daglig passiv rygning.

15.3 Udvikling tid

I de tidligere Sundheds- og sygelighedsundersøgelser er der ikke indhentet oplysninger om, hvorvidt der bliver røget i rum, hvor der er børn tilstede. Det er dog alligevel muligt, at sammenligne udviklingen i andelen af børn, der bor i hjem, hvor der er personer i husstanden, der ryger dagligt i hjemmet. Vores analyser viser, at andelen af børn, der bor i hjem hvor der ryges dagligt, er faldet markant fra 57 pct. i 1994, 48 pct. i 2000 til 24 pct. i 2005.

15.4 Diskussion

I 2005 blev knap hvert femte barn i Danmark udsat for tobaksrøg i eget hjem, og selvom andelen af forældre, der dagligt ryger, er halveret siden år 2000, er rygning i hjemmet stadig en hyppigt forekommende og alvorlig risikofaktor for sygdom i barnealderen.

Dertil kommer, at der er en stærk sammenhæng mellem forældres rygning og deres børns senere rygevaner (den Exter Blokland mfl., 2004; Prescott mfl., 2004).

Indsamlingen af data til nærværende undersøgelse fandt sted inden vedtagelsen af den nye lov om røgfri miljøer, som trådte i kraft pr. 15. august 2007. Det kan forventes, at der i de kommende år vil ske et yderligere fald i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i og udenfor eget hjem.

Den påviste sociale gradient betyder, at der kan være behov for en særlig forebyggende indsats i graviditeten overfor vordende forældre med kort uddannelse. Heri kan indgå oplysning om de helbredsrisici, som forældres rygning medfører for barnet både i form af større akut sygelighed og en større risiko for at udvikle langvarige og alvorlige sygdomme.

Rådgivning til nybagte forældre om risikofaktorer for vuggedød og opfølgning ved sundhedsplejerske-besøg i hjemmet har medført en betydelig reduktion i både maveleje og rygning i nærvær af spædbørn. Det har betydet et fald i hyppigheden af vuggedød til mindre end 10 pct. af hyppigheden i 1980-erne (Wennergren mfl., 1997).

15.5 Referencer

- Aligne C.A., Moss M.E., Auinger P. & Weitzman M. (2003). Association of pediatric dental caries with passive smoking. *The Journal of the American Medical Association*, 289(10):1258-64.
- Alm B, Milerad J, Wennergren G, Skjaerven R, Oyen N, Norvenius G, Daltveit AK, Helweg-Larsen K, Markestad T, Irgens LM. (1998). A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995. The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Archives of Disease in Childhood* 78 (4): 329-34.
- Anderson H.R. & Cook D.G. (1997). Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax*, 52(11):1003-9.
- Bennett K.E. & Haggard M.P. (1998). Accumulation of factors influencing children's middle ear disease: risk factor modelling on a large population cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(12):786-93.
- Brink A. & Lawson-Smith L. (2008). *Børn og passiv rygning*. København: Kræftens Bekæmpelse.
- Chilmonczyk B.A., Salmun L.M., Megathlin K.N., Neveux L.M., Palomaki G.E., Knight G.J., Pulkkinen A.J. & Haddow J.E. (1993). Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children. *The New England Journal of Medicine*, 328(23):1665-9.
- Cook D.G. & Strachan D.P. (1999). Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax*, 54(4):357-66.
- den Exter Blokland E.A.W., Engels R.C.M.E., Hale W.W., Meeus W. & Willemsen M.C. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38(3):359-68.
- DiFranza J.R., Aligne C.A. & Weitzman M. (2004). Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*, 113(4):1007-15.
- Henderson A.J. (2008). The effects of tobacco smoke exposure on respiratory health in school-aged children. *Pediatric Respiratory Reviews* 9: 21-8.
- Hermann C., De Fine Olivarius N, Høst A, Begtrup A, Hollnagel H. (2006). Prevalence, severity and determinants of asthma in Danish five-year-olds. *Acta Paediatrica* 95 (10):1182-90.
- Hvidbog om passiv rygning (2005). Udgivet af 16 sundhedsfaglige organisationer. www.nejtilpassivrygning.dk (14.11.2008)
- Håberg SE, Stigum H., Nystad W., Nafstad P.. (2007). Effects of pre- and postnatal exposure to parental smoking on early childhood respiratory health. *American Journal of Epidemiology* 15;166 (6): 679-86.
- Keiding L., Gunnarsen L., Rosdahl N., Machon M., Møller R. & Valbjørn O., Keiding L. (red.) (2003). *Miljøfaktorer i danskernes hverdag – med særligt fokus på boligmiljø. Resultater fra undersøgelse af danskernes sundhed og sygelighed i 2000*. København: Statens Institut for Folkesundhed, By og Byg – Statens Byggeforskningsinstitut.
- Li J.M., Peat J.K, Wei X. & Berry G. (1999). Meta-Analysis on the Association Between Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure and the Prevalence of Lower Respiratory Tract Infection in Early Childhood. *Pediatric Pulmonology* 27:5-13
- Prescott E.I.B., Clemmensen I.H. & Juel K. (2004). Tobak. *Ugeskrift for Læger*, 166(17):1570-3.
- Rasmussen S.R. (2004). *Livstidssundhedssomkostninger for rygere og aldrig-rygere. Årlige omkostninger ved passiv rygning*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Sorahan T., Prior P., Lancashire R.J., Faux S.P., Hultén M.A., Peck I.M. & Stewart A.M. (1997). Childhood cancer and parental use of

tobacco: deaths from 1971 to 1976. *British Journal of Cancer*, 76(11):1525-31.

Strachan D.P. & Cook D.G. (1998). Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax*, 53(3):204-12.

Søndergaard C., Henriksen T.B., Obel C. & Wisborg K. (2001). Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics*, 108(2):342-6.

Von Listow M-L., Høgh M., Nordbø SA, Eugen-Olsen J., Kock A., Høgh B. (2008). A community study of clinical traits and risk factors for human metapneumovirus and respiratory syncytial virus infection during the first year

of life. *European Journal of Pediatrics* 167:1125-33.

Wennergren G, Alm B, Oyen N, Helweg-Larsen K, Milerad J, Skjaerven R, Norvenius SG, Lagercrantz H, Wennborg M, Daltveit AK, Markestad T, Irgens LM. (1997). The decline in the incidence of SIDS in Scandinavia and its relation to risk-intervention campaigns. Nordic Epidemiological SIDS Study. *Acta Paediatrica* 86 (9) 963-8.

Weitzman M., Cook S., Auinger P., Florin T.A., Daniels S., Nguyen M. & Winickoff J.P. (2005). Tobacco Smoke Exposure Is Associated With the Metabolic Syndrome in Adolescents. *Circulation*, 112(6):862-9.

16

Familiens betydning for børns sundhed

Anette Johansen & Karin Helweg-Larsen

16.1 Indledning

Det enkelte barns sundhed og trivsel afhænger af arv, levevilkår, familiens og omsorgspersoners livsstil og sundhedsvaner, udsættelse for smitsomme sygdomme og andre sygdomsrisici, sundhedsvæsnets forbyggende og behandlende indsats samt af barnets alder og køn (Kjøller mfl., 2007). Nutidens børn indgår i en række sociale fællesskaber, som alle på hver deres måde påvirker barnets sundhed. De fleste børn i Danmark tilbringer en stor del af deres dagligdag i skole og daginstitution, og familiens betydning for børns livsstil og socialisering er derfor mindre end i tidligere generationer, men familien har stadig en afgørende betydning for børns sundhed og sygelighed (Christensen, 2004).

Der er en stærk sammenhæng mellem forældre og børns sundhed, sygdomssymptomer og sundhedsadfærd (Johansen mfl., 2007; Rasmussen, 1999; Sasmaz mfl., 2004; Rasmussen & Due, 2007; Nielsen mfl., 2007). Denne sammenhæng kan forklares ved arvelige faktorer, familiens fælles levekår og barnets efterligning af forældrenes adfærd og holdning til sundhed og sygelighed. Barnets sundheds- og sygdomsadfærd præges af forældrenes omtale af og interesse for sundhed, og påvirkes af familiens vaner og rutiner, som fx måltidsvaner, fritidsaktiviteter og reaktioner på sygdomssymptomer (Holstein

mfl., 2007). Barnets adfærd er et udtryk for social læring, hvor læringen finder sted gennem barnets efterligning af værdsatte personers adfærd, og ved at barnet reagerer på og tilpasser sine handlinger i forhold til, hvad disse værdsatte personer definerer som passende (Bandura, 1971, Schultz Jørgensen mfl., 2001)

Børns sundhedsadfærd er derfor påvirket af familiens levevilkår, socioøkonomiske forhold, uddannelsesniveau, etniske baggrund og sammensætning samt af de sociale kontekster familien indgår i. Den enkelte families evne til at fremme barnets sundhed er ligeledes påvirket af familiens livsstil, værdier, mål og behov samt af forældrenes egen viden om sundhedsfremme og deres egen sundhedsadfærd. Det er således velkendt, at forældres egne sundhedsvaner har stor betydning for deres børns vaner. Børne-SUSY 2005 indeholder kun sparsomme oplysninger om børnenes sundhedsvaner, derfor vil de følgende afsnit om betydningen af familiens sundhedsvaner for barnets adfærd primært være baseret på resultater fra andre undersøgelser.

Vi gennemgår den aktuelle viden fra Børne-SUSY 2005 om andre familiefaktorer, som har betydning for børns sundhed, trivsel og sygelighed i Danmark.

16.2 Betydningen af forældres sundhedsvaner og risikoadfærd

Kost

Der beskrives en positiv sammenhæng mellem forældres indtag af frugt og grønt og barnets indtag af frugt og grønt (Rasmussen mfl., 2006). Desuden har tilgængelighed af frugt og grønt i hjemmet og forældrenes støtte betydning for, om barnet dagligt spiser frugt og grøntsager.

Teenagere, som lever i familier, der dagligt spiser sammen, har ikke overraskende et mere regelmæssigt spisemønster og en sundere ernæring, fx lavere indtag af sodavand og højere indtag af frugt og grønt, end unge, hvor familien sjældent spiser sammen (Larson mfl., 2007; Neumark-Sztainer mfl., 2003).

Familiemåltider synes således at fremme sunde kostvaner hos børn (Videon & Manning, 2003). Familier med veluddannede forældre har bedre spisemønstre end familier med mindre veluddannede forældre (Videon & Manning, 2003) og børn i familier med kun én forælder har tendens til et lavere indtag af frugt og grønt i forhold til børn i familier med to forældre (Rasmussen mfl., 2006).

Fysisk aktivitet

Forældres fysiske aktivitetsniveau har betydning for deres børns fysiske aktivitet. Børn, hvis forældre opmuntrer dem til at være fysisk aktive, og selv i fritiden deltager i fysiske aktiviteter sammen med deres børn, er mere aktive end børn, hvis forældre ikke deltager eller opmuntrer dem (Sallis mfl., 2000; Hinkley mfl., 2008; Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

Børn i socialt dårligt stillede familier angiver, at de har mindre adgang til fysisk aktivitet i fritiden end velstillede børn. En væsentlig årsag hertil er, at familien har få ressourcer til at støtte barnet i at være fysisk aktive. Således oplyste knap hver femte af socialt udsatte børn, at grunden til at de ikke deltog i ønskede idrætsaktiviteter var, at deres forældre ikke havde råd, godt og vel hver tiende at forældrene ikke havde tid, og nogle få at de

manglede udstyr (Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

Rygning

Det er veldokumenteret, at rygning under graviditeten øger risikoen for en række negative graviditetsudfald, herunder for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Endvidere kan rygning under graviditeten øge risikoen for sygdomme i barnets første leveår. Tidligere undersøgelser viser, at en større andel af kvinder med lav uddannelsesniveau ryger under graviditeten end kvinder med et højt uddannelsesniveau (Jørgensen & Nybo Andersen, 2007).

Børn der udsættes for passiv rygning er oftere syge og rammes hyppigere af en lang række sygdomme end børn, der ikke udsættes for passiv rygning. De har fx oftere astma, lungebetændelse, mellemørebetændelse og hoste.

Børn og teenagere, hvis forældre ryger, har større risiko for også selv at blive rygere, end børn og teenagere hvis forældre ikke ryger (den Exter Blokland mfl., 2004; Osler mfl., 1995). Denne sammenhæng er stærkere blandt piger end blandt drenge (Rasmussen, 2005). Forældres holdning til rygning synes ligeledes at have selvstændig betydning for teenageres rygeadfærd (Sargent & Dalton 2001).

Alkohol

Moderens forbrug af alkohol i graviditeten har betydning for graviditetens udfald og barnets senere sundhed. Der er sammenhæng mellem alkoholindtag og risikoen for spontan abort, lav fødselsvægt og for tidlig fødsel. Det er påvist, at et alkoholforbrug på mindst 7-8 genstande om dagen kan medføre misdannelser hos barnet. Socialt bedre stillede kvinder rapporterer et større forbrug af alkohol i graviditeten end de socialt dårligt stillede kvinder (Jørgensen & Nybo Andersen, 2007).

Forældres alkoholvaner og normer har betydning for unges alkoholdebut og deres fremtidige alkoholvaner. Det er ikke alene forældrenes eget alkoholforbrug, der har betydning, men også hvad forældrenes holdning er til alkohol og til at unge drikker. Forældres restriktive holdninger til unges alkoholforbrug har en afsmittende effekt på deres børns

adfærd og nedsætter risikoen for, at børnene drikker meget (Due & Andersen, 2004; Due mfl., 1999).

Det er veldokumenteret, at børn der vokser op i familier med alkoholproblemer, har øget risiko for at udvikle en række psykiske, adfærdsmæssige og sociale vanskeligheder (Christensen & Bilenberg, 2000; Bennett mfl., 1988; Nylander & Rydelius, 1982). Det vurderes således, at ca. halvdelen af børn i familier med alkoholproblemer udviser forskellige grader af problemer, f.eks. følelsesmæssige (lav selvvurdering, depression, angst), adfærdsmæssige (aggressiv adfærd, kriminalitet, hyperaktivitet), intellektuelle (lav IQ, dårlige skolepræstationer) og interpersonelle (afhængighed af voksne, social isolation) (Christensen & Bilenberg, 2000; Werner, 1986). Omkring 10 pct. af danske børn i familier med alkoholproblemer har behandlingskrævende symptomer sammenlignet med en forekomst på 5 pct. i en repræsentativ population af danske børn. Yderligere har cirka 40 pct. af børnene så alvorlige symptomer, at de vurderes at kunne få behov for behandling (Christensen & Bilenberg, 2000). Voksne børn fra familier med alkoholproblemer har desuden højere risiko for skilsmisse, depressive symptomer, lavere velbefindende og for selv at udvikle alkoholproblemer (Søgaard Nielsen mfl., 2000; Parker & Harford, 1988; Plescia-Pikus mfl., 1988).

16.3 Betydningen af familiære sociodemografiske faktorer

Familietype

De fleste børn i Danmark bor med begge forældre, men hver sjette 11-årig bor med kun en forælder og samme andel med en biologisk forælder og dennes nye partner. Enlige forældre (mødre) har generelt dårligere levevilkår end gifte og samlevende forældre. Det præger børnenes sundhed og trivsel. Resultaterne fra Børne-SUSY 2005 viser, at børn af enlige forældre sammenlignet med børn, der bor sammen med begge forældre, har forøget risiko for at have mavepine og hovedpine, være overvægtig, ikke at spise morgenmad

hjemme og være udsat for passiv rygning i hjemmet. Andre undersøgelser har påvist, at det at bo sammen med begge forældre har en beskyttende effekt for bl.a. akut sygdom, dårlig skoletrivsel, usunde kostvaner og tidlig rygedebut (Petersen mfl., 2000; Granado Alcon & Pedersen, 2001; Johansen mfl., 2006).

Enlige forsørgere har en mere belastet dagligdag end samboende forældre. Det kan være en forklaring på, at børn af enlige forældre i mindre grad benytter de forebyggende børneundersøgelser og andre sundhedsydelse, så som vaccinationer (Bauman mfl., 2006; Petersen mfl., 2000; Søndergaard mfl., 2008; Thrane mfl., 2005).

Enlige forældre udgør en stor andel af familierne i de laveste indkomstgrupper, 27 pct. af de enlige mødre og 20 pct. af de enlige fædre ligger i den laveste tiendedel (indkomstdecil) mod 5 pct. af parfamilier med børn. Socioøkonomiske forhold har stor betydning for sundhedsvaner, og den relativt høje forekomst af fattigdom blandt enlige forældre har således betydning for de påviste sammenhænge mellem dårlig sundhedsadfærd i barnealderen og at bo sammen med en enlig forælder. Der er tillige sammenhæng mellem danske forældres uddannelsesniveau og samlivsstatus, således at børn af en mor med en lang videregående uddannelse i 85 pct. af tilfældene bor sammen med begge forældre mod kun 60 pct. af børn, hvis mor kun har afsluttet en grundskoleuddannelse (Petersen & Nielsen, 2008).

Forældres uddannelsesniveau

Allerede tidligt i livet synes forældrenes uddannelse at have betydning for barnets sundhedstilstand, fx er lav uddannelse korreleret til risikoen for at blive født for tidligt, til lav fødselsvægt og til ikke at blive ammet (Jørgensen & Nybo Andersen, 2007). Børn af lavtuddannede mødre har også større risiko for at blive indlagt på hospitalet pga. infektionssygdomme i 0-2-års-alderen (Thrane mfl., 2005), for at komme til skade i hjemmet (Laursen & Nielsen, 2008) og for jævnligt at klage over hovedpine og andre smerter end børn af veluddannede forældre (Wedderkopp mfl., 2005; Holstein mfl., 1990).

Forældres uddannelse har også betydning for forekomsten af sundhedsrisici blandt deres børn. Resultaterne i Børne-SUSY 2005 viser, at jo højere uddannelse forældrene har, jo mindre er barnets risiko for at blive udsat for daglig passiv rygning i hjemmet. Børn af lavt uddannede forældre har forøget risiko for at være overvægtige, for ikke at dyrke sport uden for skoletiden og for ikke regelmæssigt at spise morgenmad hjemme i forhold til børn af forældre med mere end 15 års uddannelse.

Uddannelsesniveaue er en vigtig markør for familiens socioøkonomiske position og har betydning for familiens muligheder for at påvirke børns helbred i positiv retning, bl.a. ud fra viden om betydningen af livsstil og positiv sundhedsadfærd (Berkman & Kawachi, 2000). Veluddannede forældre er således ofte godt informeret om tilbud indenfor sundhedssystemet og om hvilke typer af sundhedsadfærd, der kommer dem selv og deres børn til gode.

Forældres socioøkonomi

En række studier finder sammenhæng mellem forældrerens socioøkonomi og deres børns sundhed og sygelighed. Børn af mødre fra lave socialgrupper har fx større risiko end børn fra højere socialgrupper for at blive født med lav fødselsvægt, få en alvorlig sygdom og komme til skade. Større børn af forældre i de lave socialgrupper vurderer oftere deres helbred som dårligt, har hyppigere daglige sygdomssymptomer og anvender oftere lægemidler mod hovedpine og mavepine symptomer end øvrige børn (Johansen mfl., 2007).

Der er ligeledes markante forskelle i forældres livsstil i forhold til deres socioøkonomiske gruppering. I denne undersøgelse er der således en klar social gradient i børnenes risiko for at blive udsat for passiv rygning i hjemmet. Børn af arbejdsløse har for eksempel fire gang større risiko for at blive udsat for passiv rygning i forhold til børn af lønmodtagere på højt niveau. Børn af arbejdsløse forældre har ligeledes større risiko for at ikke at dyrke sport uden for skoletiden end børn af erhvervsaktive forældre. Større børn, hvis forældre er i lave socialgrupper, er mere fysisk inaktive, ryger oftere dagligt og spiser sjældnere frugt og grønt dagligt sammenlignet med børn i højere socialgrupper.

Husstandsindkomst

Indkomst er et andet mål for socioøkonomiske position og er direkte relateret til materielle forhold, som kan have indflydelse på familiens sundhed og trivsel. Indkomsten er fx afgørende for kvaliteten af familiens bolig og mad og for børns mulighed for at deltage i fysisk aktivitet i fritiden (Berkman & Kawachi, 2000; Andersen & Helweg-Larsen, 2008).

Det er påvist, at børn i lavindkomstfamilier oftere end andre børn har en række kroniske sundhedsproblemer, og at sådanne problemer belaster dem mere end tilsvarende problemer blandt børn i velstillede familier (Case & Paxson, 2002). Det er i Danmark påvist, at børn fra lavindkomstfamilier sjældnere deltager i de forebyggende børneundersøgelser end andre børn (Søndergaard mfl., 2008), oftere bliver indlagt på hospital pga. infektionssygdomme i 0-2-årsalderen (Thrane mfl., 2005) og oftere kommer til skade i hjemmet (Laursen & Nielsen, 2008).

I Børne-SUSY 2005 ses en klar økonomisk gradient i andelen af børn, der udsættes for passiv rygning i hjemmet, jo lavere indkomstkvarteril jo større risikoen for at bo i et hjem, hvor der ryges dagligt i rum, hvor børn opholder sig. Desuden har børn i de to laveste husstandsindkomstkvartiler forøget risiko for at have: et handicap, mange sygdoms-episoder og rygsmerter i forhold til børn i det højeste indkomstkvarteril. Herudover har børn i det laveste husstandsindkomstkvartiler forøget risiko for at være overvægtige og mindre chancer for at have været fysisk aktive minimum en gang om ugen med deres forældre og for at dyrke sport eller idræt uden for skoletiden minimum to timer om ugen i forhold til børn i det højeste husstandsindkomstkvartiler.

16.4 Flerbørnsfamilier

Betydningen af at have søskende er ringe belyst. For nogle sygdomme og ulykker er det at have søskende en risikofaktor, for andre typer en beskyttende faktor. Risikoen for visse smitsomme sygdomme og hjemmeulykker er fx større blandt børn, der bor sammen med mange søskende, end blandt børn, der bor i familier med ingen eller kun en

søskende (Terp Nielsen & Christensen, 2003). Risikoen for ikke at deltage i de forebyggende undersøgelser i spædbarns- og smbørnsalderen stiger med antallet af ældre søskende og antallet af andre typer lægekonsultationer blandt et-årige falder med antallet af søskende (Søndergaard mfl., 2008). Desuden er der en sammenhæng mellem antal ældre søskende og risiko for allergiske sygdomme, jo flere søskende jo mindre risiko for at udvikle allergi (Bager, 2005; Strachan & Cook, 1998).

Tilsvarende viser herværende undersøgelse, at enebørn har forøget risiko for at have haft allergisk snue inden for det seneste år sammenlignet med børn med tre eller flere søskende. Vi finder dog ingen sammenhæng mellem astma og antallet af søskende. At bo sammen med tre eller flere børn under 16 år mindsker endvidere risikoen for at have haft mavepine, forkølelse, fået medicin de seneste 14 dage, ikke at have spist morgenmad derhjemme og at være udsat for passiv rygning i hjemmet sammenlignet med enebørn.

Det bør i denne sammenhæng ikke glemmes, at forældre til flere børn sandsynligvis vil have mindre fokus på hvert enkelt barn, i forhold til forældre med kun et barn. At barn nr. tre fx har klaget over symptomer for en uge siden, vil måske hurtigere blive glemt, hvis der er mange børn i familien. Det betyder, at der i en interviewundersøgelse som denne kan være en underrapportering af sygelighed og symptomer hos børn med mange søskende. (Sasmaz mfl. 2004) finder i tråd hermed, at det at være pige og den førstefødte øger sandsynligheden for, at forælderen er opmærksom på barnets eventuelle hovedpinesymptomer. Årsagen til de færre antal lægebesøg blandt et-årige med ældre søskende kan endvidere skyldes, at forældre med erfaring måske er bedre til at vurdere en sygdoms alvor og derfor ikke konsulterer en læge så hyppigt som førstegangsforældre, som er mere uvante med og usikre på situationen med et sygt barn.

16.5 Familiens bolig

Familiens boligmiljø har betydning for børns sygelighed og for hyppigheden af hospitalsindlæggelser blandt børn. Børn fra dårlige boligområder er oftere syge og indlægges hyppigere end børn fra gode boligområder, de har fx større risiko for luftvejsinfektioner, mellemørebetændelse, diarresygdomme, hudsygdomme og trivselsrelaterede sygdomme (Wind-Andersen & Rindel, 1995). Utilstrækkelig opvarmning, fugt og træk, som ofte forekommer i ældre boliger, øger risikoen for infektionssygdomme, mens dårligt indeklima i nyere boligbyggerier kan medføre slimhindeirritation, hududslæt, hovedpine og træthed (Madsen mfl., 1991).

Indskolingsundersøgelsen i 1988/89 viste, at børn der bor i enfamiliehus generelt trives bedre end børn i lejlighed (Madsen mfl., 1991). Kontakter til almen praktiserende læge pga. luftvejsinfektioner og generel sygelighed er ligeledes hyppigere blandt børn i etagebyggeri end i enfamiliehuse (Wind-Andersen & Rindel, 1995). Børn, der bor i lejede boliger, er oftere indlagt på sygehus end børn, der bor i ejerboliger, og det gennemsnitlige antal sengedage pr. udskrevet barn er lidt højere (Kampmann & Nielsen, 1995).

Persontætheden i boligen er ligeledes fundet at have betydning for børns sygelighed. Børn som bor i boliger, hvor persontætheden er høj, har en højere forekomst af såvel selvrapporteret som lægediagnosticeret sygelighed fx bihulebetændelse, bronchitis og astma. Diarre-sygdomme er tilsvarende fundet relateret til en høj persontæthed (Wind-Andersen & Rindel, 1995).

Børne-SUSY 2005 kan ikke ubetinget bekræfte disse fund. Men vi finder dog sammenhænge mellem boligtype og børns sygelighed, som i det væsentlige kan forklares ved sociale forskelle mellem familier, der bor i etageejendomme og familier, der bor i enfamiliehuse. Børn, der bor i etageejendom, har forøget risiko for at være udsat for passiv rygning og være overvægtige i forhold til børn, der bor i enfamiliehus, ligesom børn, der bor i rækkehus eller flerfamiliehus har forøget risiko for at have været syge i forhold til børn i enfamiliehus.

Boligens geografiske placering

Der er i Danmark en tiltagende ghettodannelse, forstået som en isolering af ensartede sociale grupper i særlige boligkvarterer. Der ved sker der en geografisk skævfordeling af befolkningens levevilkår, livsstil, sundhed og sygdom. En skæv social eller etnisk fordeling i et boligområde eller en kommune vil tit være selvforstærkende, idet folk ofte søger at bo i områder, hvor der bor nogen, der ligner dem, og søger bolig efter, hvad de kan betale og få. Nogle områder fx Københavns Kommune, har mange almenyttige boliger og billige lejemobiler, andre har ingen, og i ældre danske undersøgelser er det påvist, at børn i Københavns Kommune er mere udsatte for helbredsproblemer end børn i resten af landet (Nielsen mfl., 1998). Der er geografiske forskelle i brugen af speciallæge, således har børn i storbyer ca. 1,4 gange flere kontakter end børn på landet (Grøholt, 2003).

I Børne-SUSY 2005 finder vi, at børn i andre danske regioner har forøget risiko for at være udsat for passiv rygning sammenlignet med børn fra Region Hovedstaden. Mens børn i Region Hovedstaden har forøget risiko for at have haft forkølelssymptomer. Vi finder endvidere, at børn i Region Hovedstaden oftere transporter sig selv til skole end børn i de andre regioner. I denne sammenhæng er det vigtigt at have for øje, at afstanden til skole og institution generelt er betydeligt kortere i storbyerne og i områder domineret af etageejendomme i forhold til på landet.

16.6 Forældres sygelighed

Forældrenes helbredsforhold kan have stor betydning for et barn. Der kan være tale om forhold direkte relateret til forældrenes sygdom, men også om forhold, der skyldes forældrenes ændrede muligheder fx erhvervs-mæssigt og økonomisk. Samspelet i familien kan ligeledes blive påvirket af forældrenes helbredsforhold, fx vil forældre med mange smerter og symptomer, ofte have mindre overskud og tålmodighed end raske forældre. Forældrenes helbred kan ligeledes have indflydelse på deres muligheder for at være gode

rollemodeller for deres børn (Nielsen mfl., 2001).

Børn, hvis forældre har specifikke sundhedsproblemer eller risikoadfærd, er tilbøjelige til at have samme type af problemer og at udvise samme slags risikoadfærd (Case & Paxson, 2002). Fx har børn, hvis mødre har psykiske problemer, en forøget risiko for også selv at have dårlig psykisk trivsel og adfærdsproblemer (Propper mfl., 2007). Børn hvor den ene eller begge forældre har astma, har en forøget risiko for også at udvikle astma (Høst mfl., 2005) og børn hvis mødre vurderer deres helbred som godt, er mere tilbøjelige til også at vurdere deres helbred som godt. Der er dokumenteret en klar sammenhæng mellem forekomst af særlige symptomer hos forældre og forekomsten af de samme symptomer hos deres børn, fx hovedpine (Virtanen mfl., 2002; Sasmaz mfl., 2004; Petersen mfl., 2000; Grøholt, 2003).

I Børne-SUSY 2005 rapporterer 8 pct. af forældre, der selv klager over hovedpine, at deres barn har haft hovedpine, mod 4 pct. af forældrene, der ikke selv klager over hovedpine. Forældre med allergi rapporterede dobbelt så hyppigt som forældre uden allergi, at deres børn havde allergi eller allergisk snue, henholdsvis 12 pct. og 6 pct. Tilsvarende for astma, hvor 14 pct. af forældre med astma oplyste, at deres barn havde astma, mod 5 pct. blandt forældrene, der ikke selv havde astma.

I Motions- og Ernæringsrådet publikation "Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge - oplæg til en strategi" konkluderes det, at en af de vigtigste faktorer for et barns risiko for at udvikle overvægt er forældrenes vægt/overvægt og spisemønstre. Et barns risiko for overvægt er fx mere end fordoblet, hvis forældrene er svært overvægtige (Mølgård mfl., 2007). Årsagen til denne sammenhæng er formentlig både relateret til genetiske og miljømæssige faktorer. Det er fx klart, at betydningen af forældrene som rollemodeller for deres børn især i forhold til kostvalg, spisemønstre og fysisk aktivitet er vigtig i denne sammenhæng (Parizkova & Hills, 2005).

Vi finder også i denne undersøgelse en tendens til at børn af svært overvægtige forældre

har en forøget risiko for selv at være overvægtige. 26 pct. af de svært overvægtige forældre (BMI på 30 eller derover) oplyser at deres barn har en kropsform, der kunne defineres som overvægtig, mens det tilsvarende tal for overvægtige forældre var 14 pct., for normalvægtige 12 pct. og for undervægtige forældre 9 pct.

Mekanismerne bag disse sammenhænge mellem sygdomme og symptomer hos børn og deres forældre, er noget uklare. Mulige forklaringer er genetiske forhold, familiens fælles sociale og fysiske rammer, belastningen af børnene pga. forældrenes sygdom samt at børnene lærer af forældrene og overtager deres sygdoms- og sundhedsadfærd (Nielsen mfl., 2001). Når forældre, som i denne undersøgelse rapporterer data på deres børns vegne, kan sammenfaldet ligeledes til dels skyldes, at forældrene har mere fokus på de typer af sygdomme og symptomer, som de selv har og derfor er tilbøjelige til at overrapportere forekomsten af disse hos deres børn.

16.7 Vold i familien

Der har i de seneste ti år været fokus på børns risiko for misrøgt, overgreb og udsættelse for fysisk vold i og uden for deres eget hjem. Der har været landsdækkende kampanjer med henblik på at skærpe opmærksomheden i samfundet på problemet og der er vedtaget handlingsplaner for at forebygge overgreb mod børn.

Børn der er udsat for vold i og uden for hjemmet har – ikke overraskende - en forøget risiko for at udvikle adfærdsforstyrrelser og psykiske problemer i forhold til børn, der vokser op under trygge forhold. Voldsudsatte børn og unge mistrives i højere grad i skolen og hjemme, og de har en mere udtalt risikoadfærd (rygning, alkohol og tidlig seksuel debut) end unge, der ikke er udsat for vold i og uden for hjemmet (Frederiksen et al., 2007).

Der er påvist en tilsvarende markant sammenhæng mellem børns trivselsproblemer og at være vidne til vold mod mor i eget hjem

(Graham-Bermann & Seng, 2005; Holt mfl., 2008).

Danmark har siden 2002 haft nationale handlingsplaner til forebyggelse af vold mod kvinder i hjemmet. De skal modvirke, at børn vokser op i et hjem, hvor de oplever vold mellem forældrene, og derved selv kan blive disponeret til en voldelig adfærd senere i livet. Der er påvist en markant sammenhæng mellem som barn og ung at være vidne til vold i hjemmet og siden selv at udsættes for vold eller at udøve vold mod en partner (Schütt mfl., 2008).

Et betragteligt antal danske børn risikerer hvert år at opleve vold mod deres mor i deres eget hjem. Knap hver tiende (8,5 pct.) af piger i 9. klasse rapporterede i 2002, at de havde oplevet fysisk vold mod deres mor i hjemmet. Hyppigheden var lidt lavere blandt 9. klasses drenge, 5,8 pct. (Helweg-Larsen & Larsen, 2002).

Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne i 2000 og 2005 rummede spørgsmål om udsættelse for forskellige former for fysisk vold inden for det seneste år og oplysninger om relationen til voldsudøveren. Derved har det været muligt at belyse omfanget af partnervold, dvs. fysisk vold fra en tidligere eller nuværende partner. I alt knap 4 pct. af kvinder oplyste, at de havde været udsat for fysisk vold en eller flere gange det seneste år. Andelen der havde været udsat for vold fra en tidligere eller nuværende partner var faldet fra 2000 til 2005 (Helweg-Larsen og Frederiksen, 2007).

Men der er stadig et betragteligt antal kvinder i Danmark, ca. 28.000 i alderen 16-64 år, der inden for det seneste år har været udsat for fysisk vold af en mand, som de aktuelt lever sammen med eller tidligere har været partner med. Knap 40 pct. af disse kvinder har hjemmeboende børn. Idet der skønsmæssigt er ca. 1,8 barn i hver familie, svarer det til, at ca. 20.000 – 22.000 børn kan have været vidne til vold mod deres mor i løbet af et år.

De data, der indgår i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 tillader direkte at vurdere de mulige sammenhænge mellem voldsudsættelse og helbred. Vi har tidligere rapporteret, at voldsudsatte kvinder hyppige-

re end ikke-voldsudsatte kvinder har trivselsproblemer, dårligere selv vurderet helbred og en række specifikke sygdomssymptomer (Sundaram mfl., 2004).

Undersøgelserne tillader ikke direkte at analysere trivslen blandt børn i forhold til, om de har været vidne til vold i hjemmet. Men det er muligt at beskrive forældres vurdering af deres børns trivsel i forhold til om mødre har rapporteret, at de har været udsat for vold det seneste år eller ej.

Dataomfanget er for spinkelt til at analysere betydningen af andre familiære og sociale faktorer som påvirker barnets trivsel negativt, udover oplevelsen af vold i familien. Det er sandsynligt, at der er en række andre belastende faktorer i hjemmet, som uafhængigt af volden har betydning for børnenes trivsel (Graham-Bermann og Seng, 2005); (Ferguson og Horwood, 1998).

Med disse forbehold viser sundheds- og sygelighedsundersøgelserne, at der er markant forskel i, hvor hyppigt mødre rapporterer, at deres børn er trygge, i forhold til om de selv har været udsat for vold af en partner eller ej. Knap 90 pct. af ikke-voldsramte mødre mod 77 pct. af voldsramte oplever, at deres ældste barn er trygt.

Koncentrationssvækkelse kan være et symptom på alvorlige trivselsproblemer, og knap halvdelen af børn blandt voldsudsatte mødre opfattes at have problemer med at koncentrere sig mod knap hver fjerde af de øvrige børn.

Børn påvirkes negativt af at opleve vold i deres familie. I lighed med andre risikofaktorer for at børn trives dårligt er der her en række faktorer, som kan beskytte barnet mod de skadelige konsekvenser af at være vidne til vold, først og fremmest tillidsforhold til mor, støttende kontakt til andre voksne og positivt forhold til kammerater (Mullender A et al., 2002, Graham-Bermann et al., 2006).

Vold mod kvinder og børn kan forebygges og det er også muligt at reducere følgevirkningerne for børn af voldsudsættelse ved bl.a. at sikre barnets kontakt til andre voksne.

16.8 Diskussion

Børns sundhed og sygelighed er i høj grad påvirket af levevilkårene og sundhedsvanerne i familien. Børn i socialt belastede familier har generelt større risiko for at være syge og have en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end børn i mere velstillede og veluddannede familier. Det er dog vigtigt at påpege, at langt de fleste børn i Danmark er sunde og raske, også børn der er præget af fattigdom i familien, eller som vokser op i socialt lavtstillede familier. Der er således ikke tale om en deterministisk sammenhæng mellem fx lav socialgruppe og ringe sundhedstilstand, kun om en forskel i risiko, dvs. jo lavere socialgruppe, desto større risiko for ringe sundhedstilstand. Man kan også finde børn med ringe sundhedstilstand i velstillede hjem med mange beskyttende faktorer, og man kan finde børn med god sundhedstilstand i fattige hjem med mange belastende faktorer (Holstein mfl., 2007).

Det er ligeledes vigtigt at fremhæve, at et barns sundhed og sundhedsadfærd ikke kun er påvirket af forældre, men også af kammerater i og uden for skolen, af pædagoger og lærere, reklamer, tv, Internet og andre forhold i det omgivende samfund (Johansen mfl., 2006). Institutioner og skoler har også betydning for børns sundhed og en indsats på dette niveau vil kunne nå ud til og gavne børn i alle samfundslag uden at fordrer en indblanding i hvad forældre gør i deres eget hjem. Vores resultater tyder på, at en sundhedsfremmende indsats ligeledes bør omfatte familien. Det er dog vigtigt, at man ikke kommer til at stemple en bestemt type forældre og deres adfærd, men i stedet forsøger at forstå, hvad der ligger til grund for deres usunde valg og handlinger, og fremmer deres interesse for og kompetence til at skabe sundere vilkår for deres børns opvækst i det omfang det er muligt under deres givne livsvilkår.

16.9 Referencer

- Andersen S. & Helweg-Larsen K. (2008). *Børns fysiske aktiviteter i skole og fritid - Er socialt udsatte børn fysisk inaktive og har det betydning for deres helbred og trivsel?* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Bager P. (2005). *Infection and vaccination in childhood and risk of allergy and multiple sclerosis*. Ph.D. Thesis. University of Copenhagen.
- Bandura A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bauman L.J., Silver E.J. & Stein R.E. (2006). Cumulative Social Disadvantage and Child Health. *Pediatrics*, 117(4):1321-8.
- Bennett L.A., Wolin S.J. & Reiss D. (1988). Deliberate Family Process: A Strategy for protecting Children of Alcoholics. *British Journal of Addiction*, 83(7):821-9.
- Berkman L.F. & Kawachi I. (eds.) (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Case A. & Paxson C. (2002). Parental behavior and child health. *Health Affairs*, 21(2):164-78.
- Christensen H.B. & Bilenberg N. (2000). Behavioural and Emotional Problems in Children of alcoholic Mothers and Fathers. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 9(3):219-26.
- Christensen P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *Social Science & Medicine*, 59(2):377-87.
- den Exter Blokland E.A.W., Engels R.C.M.E., Hale W.W., Meeus W. & Willemsen M.C. (2004). Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Preventive Medicine*, 38(3):359-68.
- Due P. & Andersen A. (2004). *Unge alkoholforbrug*. I: Jørgensen P.S., Holstein B.E. & Due P. (red.). Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels Forlag.
- Due P., Broholm K., Holstein B.E. & Iversen L. (1999). Unge alkoholforbrug. *Ugeskrift for Læger*, 24: 3641-4.
- Fergusson D.M. & Horwood L.J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 22(5):339-57.
- Frederiksen M.L., Vinther-Larsen M. & Helweg-Larsen K. (2007). *Voldsudsættelse blandt 14-16-årige i Danmark. Øger alkoholrisikoen?* København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Graham-Bermann S.A. & Seng J. (2005). Violence exposure and traumatic stress symptoms as additional predictors of health problems in high-risk children. *The Journal of Pediatrics*, 146(3):349-54.
- Graham-Bermann S.A., DeVoe E.R., Mattis J.S., Lynch S. & Thomas S.A. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12(7):663-92.
- Granado Alcon M.C. & Pedersen J.M. (2001). Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(1):52-63.
- Grøholt E.K. (2003). *Health and well-being of children in the Nordic countries – influence of socio-economic factors in welfare states*. Oslo: Faculty of Medicine University of Oslo.
- Helweg-Larsen K. & Frederiksen M.L. (2007). *Mænds vold mod kvinder. Omfang - karakter og indsats mod vold - 2007*. København: Minister for Ligestilling og Statens Institut for Folkesundhed.
- Helweg-Larsen K. & Larsen H.B. (2002). Unge trivsel år 2002. *En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

- Hinkley T., Crawford D., Salmon J., Okely A.D. & Hesketh K. (2008). Preschool Children and Physical Activity: A Review of Correlates. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5):435-41.
- Holstein B.E., Ito H. & Due P. (1990). Sociale forskelle i børns helbred. *Ugeskrift for Læger*, 152:2910-3.
- Holstein B.E., Nybo Andersen A.M. & Johansen A. (2007). *Konklusion og perspektiver. I: Johansen A., Holstein B.E. & Nybo Andersen A.M. (red.). Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Holt S., Buckley H. & Whelan S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8):797-810.
- Høst A., Halken S. & Poulsen L.K. (2005). Miljøfaktorerens betydning for udvikling af allergi. *Ugeskrift for Læger*, 167(6):613.
- Johansen A., Holstein B.E. & Nybo Andersen A.M. (red.) (2007). *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Johansen A., Rasmussen S. & Madsen M. (2006). Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1):32-40.
- Jørgensen T. & Nybo Andersen A.M. (2007). *Den første del af livet. I: Johansen A., Holstein B.E. & Nybo Andersen A.M. (red.). Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Kampmann P. & Nielsen F.v.N. (1995). *Tal om børn. En statistisk beskrivelse af børns opvækst og levevilkår i Danmark*. Statistik om børn i Danmark. København: Det Tværministerielle Børneudvalg / Socialministeriet. Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.) (2007). *Folkesundhedsrapporten 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Larson N., Neumark-Sztainer D., Hannan P.J. & Story M. (2007). Family Meals during Adolescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(9):1502-10.
- Laursen B. & Nielsen J.W. (2008). Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries. *European Journal of Public Health*, 18(4):366-70.
- Madsen M., Lindahl A., Osler M. & Bjerregaard P. (1991). *Børns sundhed ved skolestart 1988/89*. København: DIKE.
- Mullender A., Hague G., Iman U., Kelly L., Malos E. & Regan L. (2002). *Children's perspective on domestic violence*. London: Sage.
- Mølgaard C., Dela F., Froberg K., Heitmann B.L., Holm L., Holstein B., Madsen S.A., Rischelsen B. & Tetens I. (2007). *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi*. København: Motions- og Ernæringsrådet.
- Neumark-Sztainer D., Hannan P., Story M., Croll J. & Perry C. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(3):317-22.
- Nielsen A., Lie H., Keiding L. & Madsen M. (1998). *Børns sundhed i Danmark*. København: DIKE.
- Nielsen A., Nybo Andersen A.M., Bilenberg N. & Petersen P. E. (2007). *Børn. I: Kjølner M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Nielsen A., Pedersen C.R. & Madsen M. (2001). *Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nylander I. & Rydelius P.A. (1982). A Comparison between Children of Alcoholic Fathers from Excellent versus Poor Social Conditions. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 71(5):809-13.

- Osler M., Clausen J., Ibsen K.K. & Jensen G. (1995). Maternal smoking during childhood and increased risk of smoking in young adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 24(4):710-4.
- Parizkova J. & Hills A.P. (2005). *Childhood obesity: prevention and treatment*. 2nd edition. New York: CRC Press.
- Parker D.A. & Harford T.C. (1988). Alcohol-related Problems, Marital Disruption and Depressive Symptoms among adult Children of alcohol Abuser in USA. *Journal of studies on Alcohol*, 49(4):306-13.
- Petersen A.N. & Nielsen T.M. (2008). *Børns familier*. København: Danmarks Statistik.
- Petersen T., Nielsen A., Paludan M., Rasmussen S. & Madsen M. (2000). *Børns sundhed ved slutningen af skolealderen*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Plescia-Pikus M., Long-Suter E. & Wilson J.P. (1988). Achievement, Well-being, Intelligence and Stress-Reaction in Adult Children of Alcoholics. *Psychological Reports*, 62(2):603-9.
- Propper C., Rigg J. & Burgess S. (2007). Child health: evidence on the roles of family income and maternal mental health from a UK birth cohort. *Health Economics*, 16(11):1245-69.
- Rasmussen M. & Due P. (red.) (2007). *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Rasmussen M., Damsgaard M.T., Holstein B.E., Poulsen L.H. & Due P. (2005). School connectedness and daily smoking among boys and girls: The influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health*, 15(6):607-12.
- Rasmussen M., Krølner R., Klepp K.I., Lytle L., Brug J., Bere E. & Due P. (2006). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: systematic review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3:22.
- Rasmussen N.K. (1999). *Social arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges?* Arbejdsrapport nr. 17 om social arv. København: Socialforskningsinstituttet.
- Sallis J.F., Prochaska J.J. & Taylor W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(5):963-75.
- Sargent J.D. & Dalton M. (2001). Does Parental Disapproval of Smoking Prevent Adolescents From Becoming Established Smokers? *Pediatrics* 108:1256-62
- Sasmaz T., Bugdayci R., Ozge A., Karakelle A., Kurt O. & Kaleagasi H. (2004). Are parents aware of their schoolchildren's headaches? *European Journal of Public Health*, 14(4):366-8.
- Schütt N.M., Frederiksen M.L. & Helweg-Larsen K. (2008). *Unge og kærestevold i Danmark. En landsdækkende undersøgelse af omfang, karakter og følger af vold blandt 16-24-årige med fokus på vold i kæresteforhold*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Schultz Jørgensen P., Holstein B.E., Due P. (2001) *Sundhed på Vippen*. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.
- Strachan D.P. & Cook D.G. (1998). Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax*, 53(3):204-12.
- Sundaram V., Helweg-Larsen K., Laursen B. & Bjerregaard P. (2004). Physical violence, self-rated health, and morbidity: is gender significant for victimisation? *Journal of Community Health* 58: 65-70
- Søgaard Nielsen A., Nielsen B. & Petersen P. (2000). Behandlingsbehov hos alkoholmisbrugere, hvis forældre havde et alkoholmisbrug. *Ugeskrift for Læger*, 34:4540-4.
- Søndergaard G., Biering-Sørensen S., Michelsen S.I., Schnor O., Andersen A.-MN. (2008) Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scandina-*

vian Journal of Primary Health Care, 26(1):5-11.

Terp Nielsen L. & Christensen P.H. (2003). *Børneulykker*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Thrane N., Søndergaard C., Schönheyder H.C. & Sørensen H.T. (2005). Socioeconomic factors and risk of hospitalization with infectious diseases in 0- to 2-year-old Danish children. *European Journal of Epidemiology*, 20(5):467-74.

Videon T.M. & Manning C.K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32(5):365-73.

Virtanen R., Aromaa M., Rautava P., Metsähonkala L., Anttila P., Helenius H. & Sillanpää M. (2002). Changes in headache prevalence between pre-school and pre-pubertal ages. *Cephalalgia* 22(3):179-85.

Wedderkopp N., Andersen L.B., Froberg K. & Leboeuf-Yde C. (2005). Back pain reporting in young girls appears to be puberty-related. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6:52.

Werner E.E. (1986). Resilient Offsprings of Alcoholics: A Longitudinal Study from Birth to Age of 18. *Journal of Studies on Alcohol*, 47(1):34-40.

Wind-Andersen K. & Rindel A. (1995). *Boligen og børns sundhed - delrapport 1. En sammenfatning af den videnskabelige dokumentation*. København: Bygge- og boligstyrelsen.

Rapporten indeholder de væsentligste resultater fra Børne-SUSY undersøgelsen 2005, som bygger på oplysninger om 6.962 børn i alderen 0-15 år. Undersøgelsen er en udløber af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005) foretaget blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning over 16 år. I undersøgelsen er de voksne deltagere blevet interviewet om deres børns helbred, trivsel og sundhedsvaner. Det er hovedresultaterne fra disse interview, som er samlet i denne rapport.