



BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed

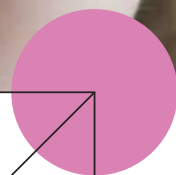
Allergi hos indskolings- børn


Temarapport
og årsrapport
Børn indskolingsundersøgt
i skoleåret 2014/2015



Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

Indskoling
skoleåret
2014/2015





Allergi hos indskolingsbørn Temarapport og årsrapport Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015

© Statens Institut for Folkesundhed 2015.
Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Udarbejdet for Bestyrelsen for Databasen
Børns Sundhed af:
Anette Johansen og Bjørn E. Holstein

Bestyrelsen:
Anne Mette Skovgaard, adjungeret professor,
overlæge, dr. med., Københavns Universitet og
Syddansk Universitet
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP,
IBCLC, Sundhedsstyrelsen
Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for
Folkesundhed
Hannah Glismann, ledende sundhedsplejerske,
MSP, Albertslund Kommune
Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske,
MSP, Roskilde Kommune
Inge Kristensen, centerchef for Social og
Sundhed, Ballerup Kommune
Lene Caspersen, sundhedsplejerske,
Høje Taastrup Kommune
Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP,
Rødovre Kommune
Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent,
Region Hovedstaden
Pia Rønnenkamp, fagchef Sundhedsplejen,
Brøndby Kommune
Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og
Forebyggelse, Glostrup Kommune
Tove Kepp, praktiserende læge,
Rødovre Kommune

Fotoleverandør: Modelbilleder fra Colourbox

Publikationen refereres således:
Databasen Børns Sundhed, Johansen A, &
Holstein B.E. Allergi hos indskolingbørn
Temarapport og årsrapport Børn indskolings-
undersøgt i skoleåret 2014/2015.
København: Databasen Børns Sundhed og
Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2015.

Publikationen kan frit refereres med tydelig
kildeangivelse.

Publikationen kan downloades fra internet-
adressen www.si-folkesundhed.dk

Elektronisk ISBN : 978-87-7899-320-5

Forord

Allergi er en af de mest udbredte kroniske lidelser blandt danske børn og voksne. Sundhedsplejersker møder derfor rigtig mange børn med allergi i deres daglige arbejde. Det har øget deres nysgerrighed efter at vide, om børn med allergi har flere sundhedsproblemer end børn, der ikke har allergi, om børn med allergi trives lige så godt som børn, der ikke har allergi samt hvilke faktorer, der øger risikoen for at et barn udvikler/har allergi. Denne temarapport fra Databasen Børns Sundhed handler derfor om allergi hos indskolingsbørn.

Rapporten er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 6.516 børn, der er indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/15. Børnene stammer fra tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Roskilde, Rødovre og Tårnby. Data er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, og databasen giver en systematisk og sammenlignelig dokumentation af børns sundhed og sundhedsplejerskernes ydelser.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data. Det er de ledende sundhedsplejersker, der bestemmer temaerne for de årlige rapporter.

Temarapporten er udarbejdet af projektleder Anette Johansen samt konsulent og sundhedsplejerske Lisbeth Wilms og professor Bjørn E. Holstein. Data er oparbejdet af seniorforsker Bjarne Laursen. Læge Jette Blands fra Sundhedsstyrelsen har bistået med kritisk



gennemlæsning og rådgivning.

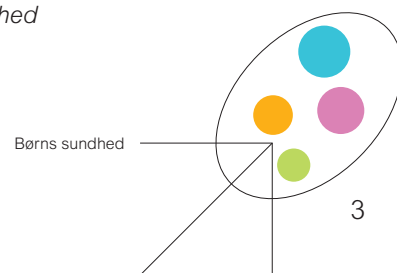
Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for den fortsatte udvikling af databasen. Fra 2016 kan databasen modtage data fra begge de store udbydere af elektroniske journaler til de kommunale sundhedsordninger. Det er vores håb, at mange flere kommuner vil tilslutte sig databasen og derved bidrage til at skabe mere viden om børns sundhed og dokumentation om sundhedspleje som fagområde.

Lene Møller

*Ledende sundhedsplejerske, MSP
Formand for Databasen Børns Sundhed*

Morten Grønbæk

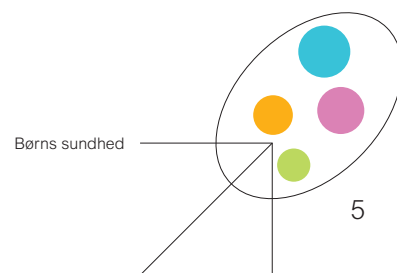
*Professor, dr.med.
Direktør, Statens Institut for Folkesundhed*





Indholdsfortegnelse

Forord	side 3	4. Manglende oplysninger	33
Resume	6	5. Diskussion	34
1. Introduktion	8	6. Hvad kan rapporten bruges til	39
1.1 Begrebet allergi	8	7. Årstal for børn indskolingsundersøgt i 2014-2015	40
1.2 Forekomst blandt indskolingsbørn	9	8. Referencer	66
1.3 Stigende eller faldende forekomst	11	9. Oversigt over anvendte variable	76
1.4 Risikofaktorer	12	10. Logistiske regressionsanalyser	78
1.5 Følgerne af allergiske sygdomme	14		
1.6 Formål	15		
2. Data og metode	16		
2.1 Sundhedsplejerskernes virke	16		
2.2 Databasen Børns Sundhed	16		
2.3 Datagrundlag	17		
2.4 Variabelbeskrivelse	18		
3. Resultater	19		
3.1 Udviklingen siden 2007	19		
3.2 Sociodemografiske faktorer	22		
3.3 Allergidisposition - allergi i familien	24		
3.4 Faktorer relateret til første leveår	26		
3.5 Har det betydning for barnets generelle sundhed og trivsel, at det har allergi	30		



Resume

Allergi er fællesbetegnelsen for en samling udbredte lidelser blandt børn, som kan være banale, men også alvorlige og i sjældne tilfælde livstruende. Det er vigtigt at indhente systematisk viden om disse lidelser i en dansk sammenhæng, og i denne rapport retter vi fokus mod børn i indskolingsalderen.

Formålet med denne rapport er at præsentere gode og opdaterede data om forekomsten af allergi blandt indskolingsbørn. Rapporten præsenterer forekomsten af allergi, udviklingen igennem de seneste år, variationen mellem kommuner, hvorvidt allergi er relateret til socioøkonomiske og familiemæssige forhold, amning, rygning og andre mulige risikofaktorer. Endelig præsenterer rapporten analyser af trivsel og udvikling blandt børn med og uden allergi.

Data stammer fra sundhedsplejerskernes journaler i følgende tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby. Der indgår i alt data om 6.516 børn, som er indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015.

Resultaterne kan sammenfattes i tre hovedfund. Det første er, at allergi er almindeligt forekommende. Hvis man ser på hele perioden fra 2007 til 2015, så har omkring hvert tiende indskolingsbarn lægediagnosticeret allergi. Der er lidt svingninger fra år til år med en svagt nedadgående trend. I skoleåret 2014/2015 havde 8,9 % af børnene allergi, flere drenge (9,7 %) end piger (7,9 %). Kønsforskellen er lille, men statistisk signifikant. Der er variationer fra den ene kommune til den anden. Højest er forekomsten i Ballerup Kommune med 13,8 % og lavest i Gentofte Kommune med 4,3 %.



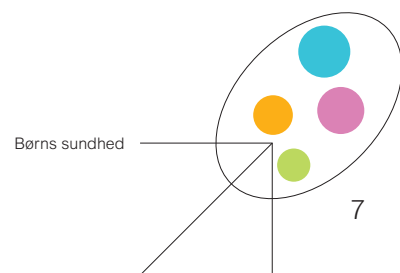


Det andet hovedfund er, at børn med og uden allergi ligner hinanden i de fleste henseender. De vigtigste forskelle er følgende: Sundhedsplejerskerne finder lidt større hyppighed af allergi blandt børn af mødre med en anden etnisk herkomst end dansk, blandt førstefødte, blandt børn der bor hos den ene forælder, blandt børn hvis forældre har allergi, og blandt børn hvis mor eller far var 25 år eller yngre ved barnets fødsel. Analyserne viser også en sammenhæng mellem eksem i første leveår og allergi ved indskolingsalder.

Derimod er der ingen sammenhæng mellem allergi og udsathed for tobaksrøg, hverken udsathed for tobaksrøg i første leveår eller ved indskoling. Der er ingen social ulighed i forekomsten af allergi. Forekomsten af allergi er heller ikke højere blandt børn, hvor sundhedsplejersken har noteret sundhedsrisici ved boligen i barnets første leveår. Og forekomsten af allergi er ikke højere blandt børn med kort eller ingen ammeperiode som spæde.

Det tredje hovedfund er, at børn med og uden allergi synes at trives lige godt målt ved almen trivsel, skoletrivsel, forholdet til jævnaldrende, sundhedsplejerskens vurdering af barnets øvrige trivsel, forældre/barn kontakt, motorik, fysisk aktivitet og måltidsvaner. Børn med allergi tager oftere medicin. Vi ved ikke hvilken medicin, men sandsynligvis medicin mod allergi.

Konklusion: Blandt indskolingsbørn er forekomsten af allergi 8,9 %, lidt højere for drenge og lidt lavere for piger. Der har været en svagt faldende forekomst i de seneste otte år. Forekomsten er forhøjet blandt børn med følgende kendetegn: De er drenge, havde eksem som spæde, de bor ikke sammen med begge forældre, deres mor har en anden etnisk herkomst end dansk, de er førstefødte, deres forældre var højest 25 år gamle ved barnets fødsel, deres mor/far har allergi. Børn, der har allergi, trives i store træk lige så godt som børn, der ikke har allergi.



1. Introduktion

Allergi er fællesbetegnelse for en samling udbredte lidelser blandt børn, som kan være banale, men også alvorlige og i sjældne tilfælde livstruende. Det er vigtigt at indhente systematisk viden om disse lidelser i en dansk sammenhæng, og i denne rapport retter vi fokus mod børn i indskolingsalderen.

1.1 Begrebet allergi

Allergi er en overfølsomhedsreaktion, som skyldes en overreaktion i immunsystemet i kroppen over for stoffer i omgivelserne, som er uskadelige for de fleste mennesker i samme dosis. Men overfølsomhed behøver ikke være allergisk. Fagfolk skelner mellem allergisk overfølsomhed (kroppens immunsystem overreagerer og giver symptomer) og ikke-allergisk overfølsomhed, hvor et stof giver symptomer uden at immunsystemet spiller ind. Sidstnævnte overfølsomhed kaldes også intolerance. Fagfolk skelner ligeledes mellem allergi og allergiske sygdomme. Allergiske sygdomme er sygdomme, som skyldes allergi. Eksempler er astma, høfeber, børneeksem (atopisk eksem), fødevareallergi, nældefeber og allergisk kontakteksem. Disse sygdomme kan også fremtræde ikke-allergiske, hvilket i praksis betyder, at man ikke kan påvise allergi ved priktest eller anden allergologisk undersøgelse.

Man skelner også ofte mellem type 1 allergi og atopisk eksem. Type 1 allergi viser sig ved irritation af slimhinderne. Det kan være irritation af slimhinder i øjne og næse, som giver høfeber. Symptomerne er løbende næse, røde og kløende øjne samt ophavnede øjenomgivelser. Det betragtes medicinsk ikke som en alvorlig lidelse, men kan have betydelige skadevirkninger i form af søvn- og koncentrationsproblemer og dermed

problemer i skolen. Type 1 allergi kan også være irritation i lungerne, som giver astma-symptomer, eller det kan være irritation i mave eller tarm pga. fødevareallergi. Atopisk eksem (kaldes også astmaeksem eller børneeksem) er en kronisk inflammatorisk hudsygdom kendetegnet ved intens kløe, udslæt og sår (Weidinger & Novak 2015). Det er ofte en ikke-alvorlig lidelse, men kan dog i sjældne tilfælde være livstruende.

På hjemmesiden sundhed.dk nævnes følgende former for børneallergi: fødevareallergi, atopisk dermatitis, astmatisk bronchitis, astma og rhinokonjunktivitis. Den internationale klassifikation af sygdomme ICD-10 nævner endnu flere kategorier, og den videnskabelige litteratur om allergi er igen meget mere detaljeret og specifik. Her findes fx forskning om specifikke former for allergi, fx komælksallergi, æggeallergi, hvedeallergi, fiskeallergi, skaldyrsallergi, nøddeallergi, jordnøddeallergi, støvmideallergi, pollenallergi (mange former fx græspollenallergi), husstøvmideallergi og allergi over for gummi, forskellige former for vaccine, forskellige former for lægemidler osv. En stor del af den videnskabelige litteratur om allergi blandt børn bekræfter, at symptomatologien ofte er uspecifik, at patologien er utilstrækkeligt afdækket, og at der mangler gode diagnostiske tests (Chawes 2015, Chafen et al. 2010, Greiner et al. 2011). Man kender altså ikke de præcise årsager til allergi blandt børn, og der er heller ikke sikkerhed for nogen genetisk årsagsmekanisme (Björkstén 2005). Mange børn vokser tilsyneladende fra deres allergi, når de bliver teenagere, men der er også specifikke former for allergi, som man ikke vokser sig fra, fx jordnøddeallergi (Dyer et al. 2013, Dyer et al. 2015, Greiner et al. 2011). Begrebet allergisk march betegner en ofte set udvikling, hvor

et barn starter med at have børneeksem og fødevareallergi, vokser sig fra det, men får allergi som teenager og astma som voksen. En og samme person kan have flere former for allergi, hvilket komplicerer udredning og behandling og øger risikoen for alvorlig belastning (Wickman 2005).

1.2 Forekomst blandt indskolingsbørn

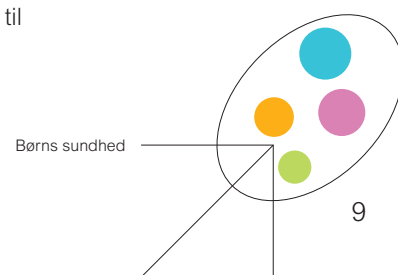
Det er vanskeligt at angive forekomsten af allergi, dels fordi begrebet dækker så mange forskellige sygdomme, dels fordi den ovennævnte skelnen mellem allergi og allergisk sygdom ikke altid fremstår klart, og dels fordi de tilgængelige studier benytter forskellige opgørelsesmetoder og diagnostiske kriterier. Selv opgørelser af meget specifikke former for allergi er præget af disse problemer. Et eksempel på de problemer, der opstår ved gennemgangen af den videnskabelige litteratur, er, at mange studier bygger på udspørgning af forældre. Det er ikke en tilstrækkelig valid metode til måling af fx forekomsten af fødevareallergi. Den diagnose kan kun stilles ved en diæt uden den pågældende fødevarer efterfulgt af en provokation.

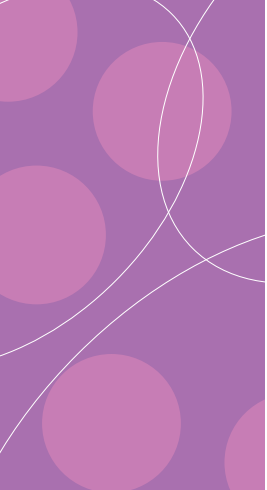
Studier fra andre lande er ikke nødvendigvis generaliserbare til Danmark, fordi levekår og fødevarerindtag varierer så meget fra land til land. Der er kun få studier af forekomsten af allergi blandt børn i Danmark. Undersøgelsen "Børns sundhed ved skolestart 1988/89" viste, at 12,9 % af børnene efter forældrenes oplysninger havde symptomer på allergi, og at 6,7 % havde haft allergi tidligere i barndommen. Det hyppigste symptom var allergisk eksem, mens høfeber, astma og mavetarmallergi var sjældne. I samme undersøgelse benyttede man også data fra skolelægenes indskolingsundersøgelser, hvor der blev stillet diagnosen allergi hos 12 %

af børnene. I undersøgelsen skelnede man ikke mellem allergi og allergisk sygdom (Madsen et al. 1991). I en oversigt fra 1998 viser Nielsen et al., at forekomsten af allergiske sygdomme blandt 6-8-årige var 23,2 %, og de konkluderede, at dette tal havde været stigende igennem en ca. 30-årig periode. Forekomsten af de specifikke former for allergiske sygdomme i denne aldersgruppe var følgende: Høfeber eller allergisk snue 6,9 %, astmatisk bronkitis 2,4 %, astma 4,0 %, børneeksem 7,8 %, allergisk eksem 6,2 % og anden allergi 5,2 %. En landsrepræsentativ undersøgelse af 2-6-årige børn i 1996 (Nielsen et al. 2001) fandt en forekomst af allergisk snue på 5,8 % og en forekomst af eksem på 11,2 %. Den hidtil mest omfattende undersøgelse af sagen fra Danmark bygger på forældreoplysninger fra et landsrepræsentativt udsnit af forældre (Johansen et al. 2009). Baseret på oplysninger fra forældrene om symptomer hos børnene fandt man en forekomst af allergisk snue blandt 6-8-årige på 7,5 % blandt drengene og 5,9 % blandt pigerne. Forekomsten af børneeksem eller allergisk eksem var i samme aldersgruppe 8,3 % blandt drenge og 8,9 % blandt piger.

Man kan også opgøre symptomer på allergi inden for et kortere tidsrum. Et eksempel er Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2005 (Ekholm et al. 2006), som viser at, 1,3 % af 6-8 årige drenge og 0,5 % af 6-8-årige piger har haft allergiske symptomer inden for de seneste 14 dage. Det er altså langt fra alle børn med allergi, som har gener af det hele tiden.

Der er mange studier af forekomsten af allergisk sygdom blandt børn fra andre lande. Et eksempel er et stort studie fra USA (Gupta et al. 2011), som benytter oplysninger fra forældre til





38.480 børn og viser en forekomst af fødevareallergi på 8 %. Et studie af 7-8-årige i Kiruna i det nordlige Sverige benyttede ligeledes data for forældre og fandt en forekomst på allergiske luftvejsproblemer på 12 %, høfeber 12 % og eksem 27 %. Studiet fandt, at 21 % havde en positiv priktest (Rönmark et al. 1998). En systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur om fødevareallergi blandt børn (Turnbull et al. 2015) viser, at omkring 4-7 % af småbørn har fødevareallergi, og at de hyppigste former er allergi over for komælk, æg, peanuts, skaldyr og fisk. De hævder også, at der er belæg for, at sygdommen kan være livstruende, selv om den oftest er mindre alvorlig. Et nyere studie fra England, som først identificerede børn med allergisk sygdom via spørgeskemaer til forældre, og dernæst priktestede børnene, kommer frem til en forekomst af allergisk sygdom (astma, høfeber og eksem) på 28 % i fireårsalderen (Arshad et al. 2001).

Et nyt oversigtsarbejde, som skelner nøje mellem fødevareallergi og intolerans, vurderer, at mellem 15 og 20 % af børn lider af fødevareallergi, og at forekomsten er stigende (Ho et al. 2014). Et nyt studie fra Skotland, hvor man benytter journaldata om 16.000 0-17-årige fra otte lægepraksiser over hele landet, når frem til at 25,7 % har diagnosen atopisk eksem, og 7,8 % behandles for alvorlig eksem. Men en nærmere undersøgelse af disse børns immunsystem kunne i de fleste tilfælde ikke bekræfte diagnoserne (Dhimi & Sheikh 2014). Det betyder, at mange opfattes som syge og behandles for allergisk sygdom, men at det ofte er svært at finde objektive tegn på problemer i immunsystemet.

I vor del af verden er der især fire typer af fødevarer, der giver allergisk reaktion blandt børn:

komælk, hønseæg, nødder, jordnødder samt fisk og skaldyr (Venter & Arshad 2011). I andre dele af verden er situationen en anden. Et nyt studie af 3-7-årige fra Thailand finder en forekomst af fødevareallergi på 11 %, altså væsentligt lavere end i Skotland (Lao-araya & Trakultivakorn 2012). Den dominerende form for fødevareallergi i Thailand var rejeallergi.

En omfattende metaanalyse af forekomsten af fødevareallergi (Rona et al. 2007) gennemgik 51 foreliggende studier, som benyttede fem forskellige datatyper, fra selvrapporterede symptomer til objektiv positiv reaktion på priktest. Forekomsten af fødevareallergi var høj i de studier, som baseres på selvrapportering, men variationen mellem de mange studier var meget stor. En anden metaanalyse af Nwaru et al. (2014) om forekomsten af fødevareallergi blandt børn i Europa måtte ligeledes konkludere, at spørgsmålet om forekomst var vanskelig at besvare på grund af forskelle i opgørelsesmetode. Et studie fra Finland (Pyrhönen et al. 2011) benyttede oplysninger fra forældre om symptomer på fødevareallergi blandt børn. De fandt, at ved fireårsalderen havde 18 % af børnene haft fødevareallergi på et eller andet tidspunkt i deres liv. Data var indsamlet med spørgeskema til forældre om symptomer på fødevareallergi, og sådanne data kan være valide sammenlignet med lægejournaler om de samme børn (Tuokkola et al. 2008). På trods af de store variationer fra den ene undersøgelse til den anden vælger en del førende forskere at være pragmatiske og sige, at forekomsten af fødevareallergi blandt børn i rige lande er omkring 10 %, og at mange børn vokser sig fra deres fødevareallergi med alderen (Savage & Johns 2015).

Komælksallergi er en almindelig form for føde-
vareallergi blandt børn fra rige lande. Men selv
når man afgrænser sin undersøgelse til noget så
specifikt som komælksallergi, kommer resulta-
terne alligevel til temmelig forskellige skøn over
forekomsten. Et nyere studie fra USA (Warren et
al. 2013) benytter data fra et landsrepræsentativt
udsnit af forældre om symptomer på fødevareal-
lergi blandt deres børn. Omkring hvert tiende
barn havde symptomer på fødevareallergi, mest
udbredt var symptomer som følge af komælksal-
lergi. En oversigtsartikel fra 2002 (Høst 2002)
gennemgik 229 studier om komælksallergi blandt
småbørn og fandt store forskelle i forekomst mel-
lem de forskellige studier, men ofte forekomster
på 2-3 % i rige lande.

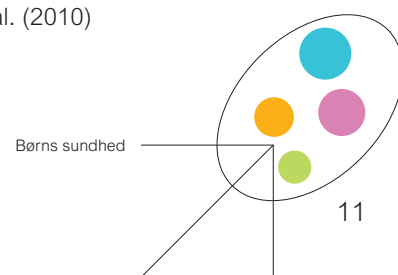
1.3 Stigende eller faldende forekomst?

Et af de store spørgsmål er, om forekomsten af
allergisk sygdom blandt børn stiger eller ej. Det
er en almindelig opfattelse i allergiforskerkredse,
at forekomsten af fødevareallergi har været
stigende over nogle årtier (Pascual et al. 2000,
Ben-Shoshan et al. 2012, Dyer & Gupta 2013),
og det samme gælder allergiske sygdomme (von
Mutius 1998, Kjølner et al. 2007).

Her ser vi kun på studier fra de seneste ca. tyve
år. Et studie fra Schweiz benytter sammenligne-
lige undersøgelser af 5-7-årige fra fire forskellige
tidspunkter fra 1992 til 2001 (Grize et al. 2006).
Undersøgelserne benytter forældres oplysninger
om luftvejssymptomer og allergiske symptomer
og viser en faldende forekomst af høfeber, men
en let stigende forekomst af atopisk dermatitis,
især blandt børn. Studier fra Litauen og Tyskland
viser en stigning i allergisk astma, høfeber og
børneeksem fra 1990'erne til begyndelsen af
vort århundrede (Kudzyte et al. 2008, Maziak

et al. 2003, Schernhammer et al. 2008), mens
et tilsvarende studie fra Frankrig viser stabile
forekomster i de samme sygdomme i samme
periode (Annesi-Maesano et al. 2009). Det tyder
således på, at vores forestillinger om stigning i
forekomsten skal nuanceres med separate data
om forskellige former for allergi. Der er mulig-
vis forskellig udvikling for drenge og piger og
forskellig udvikling i forskellige lande. Et studie
fra Australien, som benytter data fra lægepraksis
om medicinsk behandling af børn med fødev-
areallergi, giver lidt forskellige oplysninger for
forskellige typer af fødevareallergi, men finder
dog ikke belæg for den almindelige påstand om,
at fødevareallergi er et stigende problem
(Mullins 2007).

Opfattelsen af, at forekomsten af allergiske
sygdomme er stigende, baseres ofte på data
om behandling (indlæggelse, medicinering).
Sådanne data kan være vanskelige at konkludere
ud fra, fordi de ikke bare afspejler forekomsten
af allergiske sygdomme, men også hvilket tilbud
man har til behandling af børnene. Der er dog
især ét skotsk studie, som giver et godt grundlag
for at vurdere den påståede stigning i allergiske
sygdomme, i dette tilfælde allergisk astma, ek-
sem og høfeber (McNeill et al. 2009). I Aberdeen
har skolelæger undersøgt skolebørn på en
nogenlunde standardiseret måde i en 40-årig
periode fra 1964 til 2004. På grundlag af disse
observationer konkluderer forfatterne, at der har
været en stigning i forekomsten af bronkitis (hi-
vende og hvæsende vejrtrækning, som kan være
et eksempel på luftvejsallergi) i de første 35 år og
derefter en nedgang. Der var ingen særlige æn-
dringer i forekomsten af astma over tid, mens der
var ca. 10 % stigning i forekomsten af høfeber
og eksem i denne periode. Venter et al. (2010)





benyttede data fra Isle of Wright om tre kohorter af 3-4-årige børn og fandt en stigende forekomst af jordnød-sensibilisering i 1990'erne hvorefter der har været et svagt fald. Et andet studie om jordnøddeallergi, denne gang fra Montreal, fandt en ret konstant forekomst gennem nullerne (Ben-Shoshan et al. 2009).

1.4 Risikofaktorer

Der har i mange år været en form for enighed blandt fagfolk om, at en kortvarig ammeperiode og udsættelse for tobaksrøg er risikofaktorer for allergiske sygdomme blandt børn, og at der er en arvelig komponent (Halcken 2004). En gennemgang af den nyere forskning viser imidlertid, at det ikke er så enkelt at tegne et sådant billede. Der er fx nyere oversigtsarbejder om fødevareallergi, som hævder, at det ikke er let at finde risikofaktorer, som optræder blot nogenlunde konsekvent i flere studier (Nwaru et al. 2014). Nwaru et al. (2014) konkluderer, at de hyppigst fundne risikofaktorer for fødevareallergi er køn (drengene mest udsat), alder (der er variationer igennem barndommen i forekomst af allergiske sygdomme), familiær disposition og forekomsten af specifikke stoffer, man er overfølsom overfor.

Fødselsvægt: Der ser ikke ud til at være sammenhæng mellem fødselsvægt og udvikling af fødevareallergi i barndommen (Liem et al. 2007).

Køn: Ifølge Nwaru et al. (2014) er der mange studier, som viser højere forekomst af fødevareallergi blandt drenge end piger.

Socioøkonomisk status: Der ser ikke ud til at være større forskelle i forekomsten af forældre-rapporterede symptomer på allergi eller overfølsomhed mellem forskellige indtægtsgrupper

eller socialgrupper (Johansen et al. 2009). Men Coombs et al. (2014) rapporterer, at der er flere børn fra højere socialgrupper, som får medicinsk behandling for deres jordnøddeallergi. Et nyt dansk studie (Hammer-Helmich et al. 2014, Hammer-Helmich 2014), som benytter forældre-rapporterede symptomer om symptomer, viser en lidt mere nuanceret fremstilling af sagen: at atopisk eksem var mest udbredt blandt skolebørn med højtuddannede forældre, mens høfeber var mest udbredt blandt skolebørn, med lavt uddannede forældre. Ingen af disse symptomer viste sammenhæng med familiens indkomst. Galobardes et al. (2015) støtter disse resultater ved at fremhæve, at de socioøkonomiske mønstre varierer fra den ene allergiske sygdom til den anden. Der kan være sammenhæng mellem forældrenes socioøkonomiske status og allergisk sygdom blandt forældrene, men ikke deres børn (Bergmann et al. 2000).

Indvandrerbaggrund og etnisk baggrund:

Der er mange studier, som viser betydelige variationer i forekomsten af allergiske sygdomme blandt børn fra den ene etniske gruppe til den anden, eller mellem indvandrere og den oprindelige befolkning. Et studie af Hannaway et al. (2005) viser fx etniske forskelle i behandling med epinefidrin, et studie af Gray et al. (2015) viser etniske forskelle i jordnøddeallergi, et studie af Taylor-Black & Wang (2012) viser etniske forskelle i lægediagnosticeret fødevareallergi, og et studie af Silverberg et al. (2013) finder forskelle i forekomsten af allergisk sygdom blandt børn født i og udenfor USA. Observationerne besværliggøres af, at det ikke er de samme grupper, som har høj forekomst i alle undersøgelserne.

Familiær disposition: Børn, hvis forældre har atopisk sygdom, har også selv større risiko for at have allergisk sygdom (Pohlabeln et al. 2010, Nwaru et al. 2014, Korol & Kaczmarek 2009, Gustafsson et al. 2000).

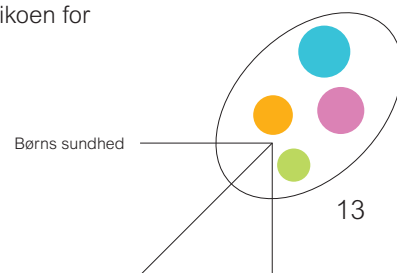
Fysisk miljø (bopæl, daginstitution, indeklima, trafik): Der er undersøgelser, som viser højere forekomst af allergiske sygdomme blandt børn fra byen end fra landet (Majkowska-Wojciechowska et al. 2007) og af eksem (Schram et al. 2010), ligesom børn fra landbrugerfamilier synes at have en forholdsvis lav forekomst af høfeber og allergisk astma (Riedler et al. 2000, Braun-Fahrlander et al. 1999).

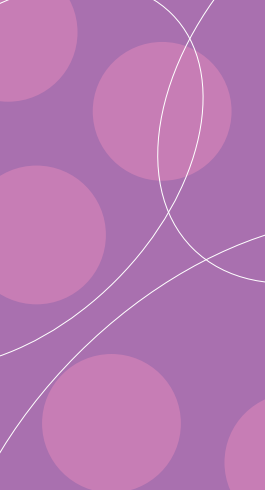
Der ser også ud til at være højere forekomst af symptomer på eksem og fødevarerallergi blandt børn i daginstitutioner, i hvert fald ifølge et nyere svensk studie (Hagerhed-Engman et al. 2006), hvilket går lidt mod den almene opfattelse (hygiejnehypotesen) at udsættelse for luftvejsinfektioner i barnealderen beskytter mod udvikling af allergi. Et norsk studie kunne ikke finde en sådan beskyttende virkning af tidlig udsættelse for luftvejsinfektioner på risikoen for astma og allergi (Nafstad et al. 2005). Der er nogen usikkerhed om sammenhængen mellem allergi blandt skolebørn og udsathed for trafikos. Et svensk studie (Lindgren et al. 2014) finder ingen sammenhæng mellem udsathed for trafikos og brug af receptpligtig medicin mod allergi blandt børn, men ifølge Heinrich & Wichmann (2004) er der mere og mere, der taler for, at høj eksponering for trafikos øger risikoen for astma og høfeber.

Udsættelse for tobaksrøg: Børn som udsættes for tobaksrøg har øget risiko for astmatisk bronkitis og forværring af astma, men sammenhængen

med allergisk sygdom er mere kompliceret. En ny metaanalyse af 139 videnskabelige artikler om dette emne (Saulyte et al. 2014), og et nyt oversigtsarbejde (Hur et al. 2014) viser, at udsættelse for tobaksrøg blandt børn øger risikoen for allergiske sygdomme, men der er forskel fra den ene type allergisk sygdom til den anden, og risikoen er i det hele taget ret beskeden. Især er der øget risiko for fødevarerallergi og høfeber. Der er visse studier, som konkluderer, at forældrenes rygning ikke har nogen indflydelse på risikoen for allergisk sensibilisering blandt børn (Strachan & Cook 1998), ligesom der er studier, som viser, at udsættelse for tobaksrøg er en væsentlig risikofaktor for luftvejslidelser blandt børn, men at der ikke er konsistent øget risiko for andre allergiske sygdomme (Metsios et al. 2009).

Amning: Amning kan måske beskytte mod visse former for allergisk sygdom, ifølge nogle undersøgelser især hvis faderen har allergiske sygdomme (Pohlabeln et al. 2010). Hattaka et al. (2009) støtter hypotesen om, at amning i mindst seks måneder kan beskytte mod atopisk sygdom, mens et studie fra New Zealand (Purvis et al. 2005) viser, at risikoen for allergisk børneeksem øges jo længere barnet har været ammet. Et stort oversigtsarbejde fra 2008 (Duncan & Sears 2008) maner dog til forsigtighed med at konkludere noget om amningens beskyttende virkning mod allergiske sygdomme senere i barndommen. Forfatterne fremhæver, at der er mange gode grunde til at anbefale en lang ammeperiode, fordi det har mange positive virkninger på børnenes og mødrenes helbred, men det gælder ikke allergi. En metaanalyse af Yang et al. (2010) bekræfter denne opfattelse, idet de ikke kunne finde nogen overbevisende beskyttende virkning af mindst tre måneders amning på risikoen for





høfeber. Ikke engang blandt børn, hvis forældre har/har haft allergiske sygdomme kunne de finde en beskyttende virkning af amning på risikoen for allergi.

Kæledyr: Også på dette område er der modstridende resultater i den videnskabelige litteratur. Et eksempel er Millqvist et al. (2007), som ikke mener, der er belæg for at råde børn med allergi til at holde sig fra kæledyr. Nogle studier viser, at der snarere er en beskyttende virkning af kæledyr på risikoen for allergisk sygdom blandt børn (Waser et al. 2005). Et finsk studie (Pyrhonen et al. 2015) benytter spørgeskemadata fra forældre om symptomer på husdyrallergi blandt deres børn. De konkluderer, at tidlig eksponering for hund og kat i hjemmet giver højere forekomst af husdyrallergi i de første fire leveår. Et grundigt overblikstudie (Chen et al. 2010) konkluderer, at eksponering for katte og hunde tidligt i livet ikke har synderlig betydning på udviklingen af allergisk astma og vejrtrækningsbesvær, og at eksponering for hunde så ud til at beskytte barnet mod at udvikle sensibilisering mod luftbårne allergener. Almqvist et al. (2003) kommer frem til nogenlunde samme resultater, og et studie fra UK finder en beskedent beskyttende effekt af eksponering for katte på allergisk vejrtrækningsbesvær blandt børn (Collin et al. 2015). Alt i alt mener Chen et al. (2010), at sammenhængen mellem husdyr og allergiske sygdomme er så svag, at beslutningen, om hvorvidt man vil have hund eller kat i hjemmet, bør træffes ud fra andre overvejelser end risikoen for udvikling af allergiske sygdomme blandt børnene.

Overvægt: Overvægt er endnu en mulig risikofaktor for allergisk sygdom blandt børn, som der er uenighed om. Et studie fra USA, som er

baseret på spørgeskemadata fra forældre, kommer frem til, at svær overvægt kan bidrage til den øgede forekomst af allergisk sygdom blandt børn, særligt fødevareallergi (Visness et al. 2009). Murray et al. (2013) viser ligeledes øget forekomst af allergisk sygdom blandt overvægtige børn, og her har man suppleret spørgeskemadata med priktest. Weinmayr et al. (2014) viser en stærk sammenhæng mellem overvægt og allergiske vejrtrækningsproblemer blandt børn i rige lande, men ikke andre allergiske sygdomme og ikke i mindre rige lande. Sammenhængen kan være kulturspecifik, idet et studie fra Kina ikke finder den samme association mellem overvægt og allergisk sygdom (astma og atopi) (Leung et al. 2009). Mistanken om, at sammenhængen er kulturspecifik bekræftes også af Irei et al. (2005) som finder en sammenhæng mellem overvægt og diagnosticeret allergi blandt skolebørn i Taiwan og Vietnam, men ikke Japan.

1.5 Følgerne af allergiske sygdomme

Der er en del studier af livskvalitet blandt børn med allergiske sygdomme sammenlignet med børn uden. Mange af disse studier finder, at børn med allergiske sygdomme har højere risiko for ikke at trives godt. Det gælder børn med fødevareallergi (Protudjer et al. 2015, Cummings et al. 2010, Marklund et al. 2006, Bacal 2013), børn med allergisk luftvejssygdom (Kiotseridis et al. 2013), børn med eksem, astma og høfeber (Matterne et al. 2011, Ben-Gashir et al. 2004). Der er også et højere forekomst af lav livskvalitet blandt forældre til børn med mælkeallergi (Warren et al. 2015). Men der er også studier, som drager denne observation i tvivl. Især et nyt overblikstudie af Morou et al. (2014) fremhæver, at sammenhængen mellem fødevareallergi og livskvalitet er uklar, og Passalacqua et al.



(2007) fremhæver, at sammenhængen mellem høfeber og livskvalitet varierer med den anvendte måling af livskvalitet. Et svensk studie viser, at livskvaliteten blandt børn med pollenallergi går ned i pollensæsonen, men at den ellers ikke er påvirket (Kiotseridis et al. 2013). Et nyere dansk studie (Hammer-Helmich 2014) giver en mere nuanceret beskrivelse, idet man finder, at børn med eksem eller høfeber har flere emotionelle problemer, flere adfærdsproblemer og oftere ADHD, men ikke flere problemer med forholdet til jævnaldrende.

1.6 Formål

Allergiske sygdomme er udbredte blandt børn og voksne. Sundhedsplejersker møder derfor rigtig mange børn med allergiske sygdomme i deres daglige arbejde, hvilket har øget deres nysgerrighed efter at vide, om børn med disse sygdomme har flere sundhedsproblemer end børn, der ikke har allergisk sygdom, om børn med allergisk sygdom trives lige så godt som børn uden, samt hvilke faktorer der øger risikoen for at et barn udvikler/har allergisk sygdom. Det fremgår af gennemgangen herover, at der er ganske meget forvirring og modstridende fund i

forskningen om allergisk sygdom blandt børn. Et af problemerne er, at forskellige undersøgelser fokuserer på forskellige facetter af allergisk sygdom, et andet problem er, at der er stor variation i de diagnostiske kriterier. Et tredje problem er, at mange undersøgelser baseres på forholdsvis små og specielle populationer af børn. Meget af forskningen baseres på studier fra andre lande, og da der er tydelige landeforskelle i forekomst af allergisk sygdom, er det nødvendigt at opsamle viden om danske børn for at kunne tilrettelægge en passende indsats til hjælp for disse børn og deres familier.

Formålet med denne rapport er derfor at præsentere gode og opdaterede data om forekomsten af allergisk sygdom blandt indskolingsbørn. Vi præsenterer forekomsten, udviklingen igennem de seneste år, variationen mellem kommuner, hvorvidt allergisk sygdom er relateret til socioøkonomiske og familiemæssige forhold, amning, rygning og andre mulige risikofaktorer. Endelig præsenterer rapporten analyser af trivsel og udvikling blandt børn med og uden allergisk sygdom.

2. Data og metode

2.1 Sundhedsplejerskernes virke

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbreds-tilstand samt tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2011). Sundhedsplejens ydelser er derfor sammen med børneundersøgelserne i almen praksis et vigtigt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende tilbud. Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskærbejdet. Der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles endvidere krav om undersøgelse ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem hele skoleforløbet. Indsatsen kan starte i graviditeten og fortsættes, afbrydes eller genoptages, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt. Den behovsorienterede indsats ydes ofte i samarbejde med andre faggrupper som for eksempel praktiserende læger, sagsbehandlere og psykologer. Sundhedsstyrelsen udarbejder anbefalinger for den kommunale indsats. Det er kommunalbestyrelsen i den enkelte kommune, der fastsætter sundhedsplejens servicetilbud. Derfor kan antallet af sundhedsplejerskebesøg variere fra kommune til kommune (Sundhedsstyrelsen, 2011).

Formålet med indskolingsundersøgelsen er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart (Sundhedsstyrelsen, 2011). Ifølge vejledningen er det obligatorisk at undersøge syn, hørelse, vægt, højde, motorik, sprog, søvn og sociale relationer. Ved symptomer på

sygdom eller mistanke om sygdom henvises barnet til udredning hos praktiserende læge. Næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager i de undersøgelser, der findes i skoleregion. Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne giver et billede af sundheden, som er dækkende for indskolingsbørnene i de deltagende kommuner.

2.2 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed blev etableret i 2002 som et samarbejde mellem kommunerne i det tidligere Københavns Amt. Databasen tager udgangspunkt i sundhedsplejerskers journaldata og rummer data om nul til etårige børn, som er født fra 2002 og frem. Siden 2007 er databasen suppleret med data fra sundhedsplejerskernes undersøgelser af indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter. På baggrund af de indsamlede data udarbejdes der en temarapport om et udvalgt emne for spædbørn og en for indskolingsbørn. Disse rapporter indeholder årstal for henholdsvis spædbørn og indskolingsbørn. Aktuelt indgår tretten kommuner i databasesamarbejdet. Kommunerne i Databasen Børns Sundhed anvender en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejerskernes ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual. Data stammer fra indskolingsundersøgelsen samt fire sundhedsplejerskebesøg, som er placeret på centrale tidspunkter for det nul til etårige barns tilknytning og udvikling.

Det er frivilligt, om familier ønsker at benytte sig af sundhedsplejetilbud. Hvis familierne anvender tilbuddene er det lovbestemt, at sundhedsplejersken skal føre journal. Det medfører, at familier i database kommunerne automatisk indgår i Databasen Børns Sundhed. Databasen Børns Sundhed er godkendt af Datatilsynet. Når forskere benytter data til analyser af børns sundhed og trivsel, herunder denne rapport, er disse data dog anonymiseret. Det anvendte datasæt indeholder ingen oplysninger om navne eller CPR-numre, hverken på børnene, forældrene eller sundhedsplejerskerne.

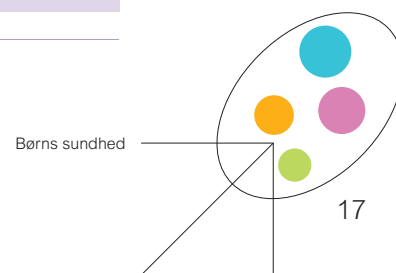
2.3 Datagrundlag

Rapporten bygger på data fra sundhedsplejerskejournaler fra indskolingsundersøgelser, der er gennemført i skoleåret 2014/2015. Tretten kommuner: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby har indsendt data via udtræk fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler.

Der indgår i alt data om 6.516 børn, som er indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015. Børn med ugyldigt CPR-nummer og børn uden information i de indsendte journaler er renset fra. Børn, for hvem der ikke er noteret oplysninger om allergi ved indskolingen, indgår ikke i temarapporten, men i årsrapporten.

Tabel 1. Antal børn der indgår i årsrapporten

Kommune	Antal børn, der indgår i årsrapporten	Andel børn af hele populationen (%)
Albertslund	339	5,2
Ballerup	657	10,1
Brøndby	288	4,4
Dragør	177	2,7
Gentofte	1.007	15,5
Glostrup	201	3,1
Herlev	304	4,7
Hvidovre	482	7,4
Høje-Taastrup	602	9,2
Køge	631	9,7
Roskilde	910	14,0
Rødovre	397	6,1
Tårnby	521	8,0
Hele populationen	6.516	100,1





Tabel 2. Antal børn der har oplysninger om allergi ved indskolingen og andel børn med manglende oplysninger om allergi

Kommune	Antal børn med oplysninger om allergi ved indskoling	Andel børn med manglende oplysninger om allergi ved indskolingen (%)
Albertslund	311	8,3
Ballerup	565	14,0
Brøndby	233	19,1
Dragør	164	7,3
Gentofte	952	5,5
Glostrup	180	10,5
Herlev	289	4,9
Hvidovre	455	5,6
Høje-Taastrup	540	10,3
Køge	593	6,0
Roskilde	823	9,6
Rødovre	314	20,9
Tårnby	491	5,8
Hele populationen	5.910	9,3

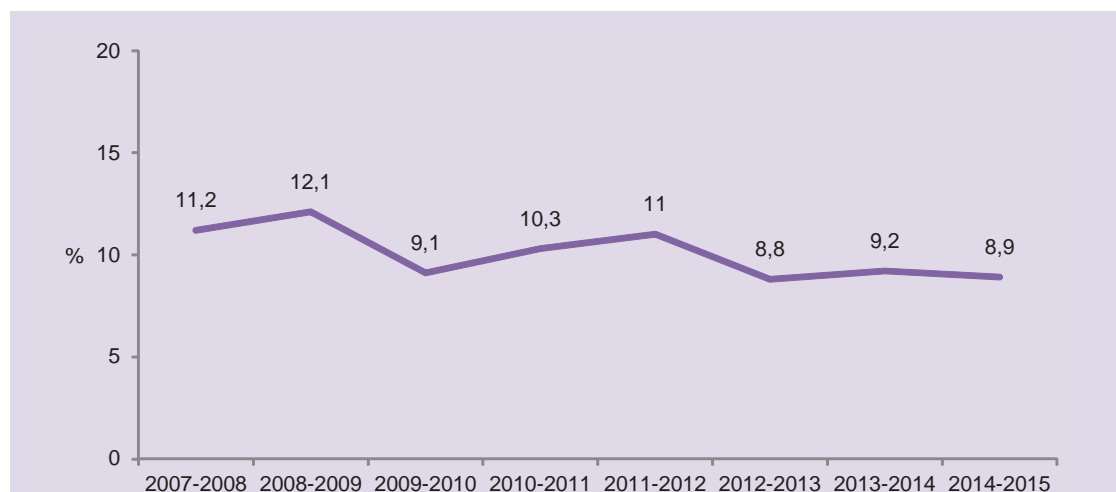
Tabel 2 viser, for hver kommune, antal børn med oplysninger om allergi ved indskolingen samt den procentvise andel af børn, der ikke har oplysninger om allergi ved indskoling. For 5.910 børn er der oplysninger om allergi ved indskoling. Af tabel 2 fremgår det, at andelen af børn med manglende oplysninger om allergi ved indskoling i den samlede population er 9,3 %. Denne andel varierer forholdsvis meget kommunerne imellem fra 4,9 % til 20,9 %. For børn, der boede i en af de tretten databasekommuner i deres første leveår, indgår der desuden stamdata fra spædbørnsbesøgene, hvor det er relevant.

2.4 Variabelbeskrivelse

Afsnittet her beskriver temarapportens hovedvariabel, der er lægediagnosticeret allergi hos barnet. De resterende variable, der indgår i rapporten, er beskrevet i tabel 4 (kap 7). Lægediagnosticeret allergi hos barnet er baseret på oplysninger fra både indskolingsundersøgelsen samt oplysninger fra barnets første leveår. Ifølge vejledningen skal allergi hos barnet registreres ved det 0-1 årige barn og ajourføres ved det 1-5 årige barn samt ved indskoling. Ifølge vejledningen skal der noteres lægediagnosticeret astma og allergi hos barnet.

3. Resultater

Figur 1. Andelen af børn med allergi opdelt på skoleår



I dette afsnit præsenteres først forekomsten og udviklingen i andelen af børn med lægediagnosticeret allergi i den samlede population og i de deltagende kommuner. Herefter præsenteres andelen af børn med allergi opdelt på socio-demografiske faktorer, familiær disposition og faktorer relateret til første leveår. Afslutningsvis undersøges det, om børn med allergi har en dårligere sundhed og trivsel end børn, der ikke har allergi. I den resterende del af rapporten vil lægediagnosticeret allergi, blot blive betegnet som allergi.

3.1 Udviklingen siden 2007

Figur 1 viser udviklingen i allergi siden 2007. Gennemsnitligt i hele perioden fra 2007-2015 er der rapporteret allergi for hver tiende barn. Forekomsten er svinget mellem 12,1 % og 8,8 % med en svagt nedadgående trend. Lavest rapporteret forekomst af allergi ses for børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/2013, højest for børn indskolingsundersøgt i skoleåret i 2008/2009.

Det bør bemærkes, at en opdatering af journalen i skoleåret 2014/2015 har betydet, at det tidligere felt "ved ikke" er udgået. Eftersom andelen af børn med allergi for perioden 2007-2014 er beregnet ud fra alle børn, for hvem rubrikken allergi er udfyldt (også dem for hvem der er svaret "ved ikke"), og når denne rubrik ikke findes i den nye journal, kunne man forvente en lidt højere forekomst af allergi i skoleåret 2015/2015 end de tidligere år. Men da andelen, der har svaret "ved ikke", har været på under 5 % i hele perioden og på under 3 % de seneste skoleår, forventes det ikke at det har den store betydning.



Figur 2. Andelen af børn med allergi opdelt på kommune for skoleåret 2014/2015



Figur 2 viser andelen af børn med allergi opdelt på kommune for skoleåret 2014/2015. Af figuren ses, at forekomsten af allergi i hele populationen er 8,9 %. Variationen i andelen af børn med registreret allergi er stor, kommunerne i mellem. I Gentofte Kommune er andelen med registreret allergi 4,3 % og i Ballerup kommune 13,8 %. Figur 3 viser udviklingen i andelen af børn med rapporteret allergi for de seneste fire år opdelt på kommune.

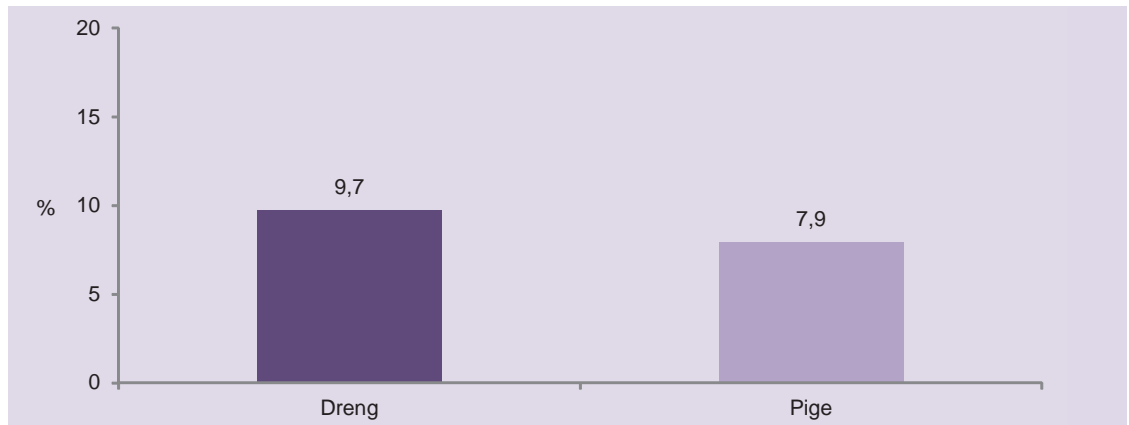


Figur 3. Andelen af børn med allergi opdelt på skoleår og kommune

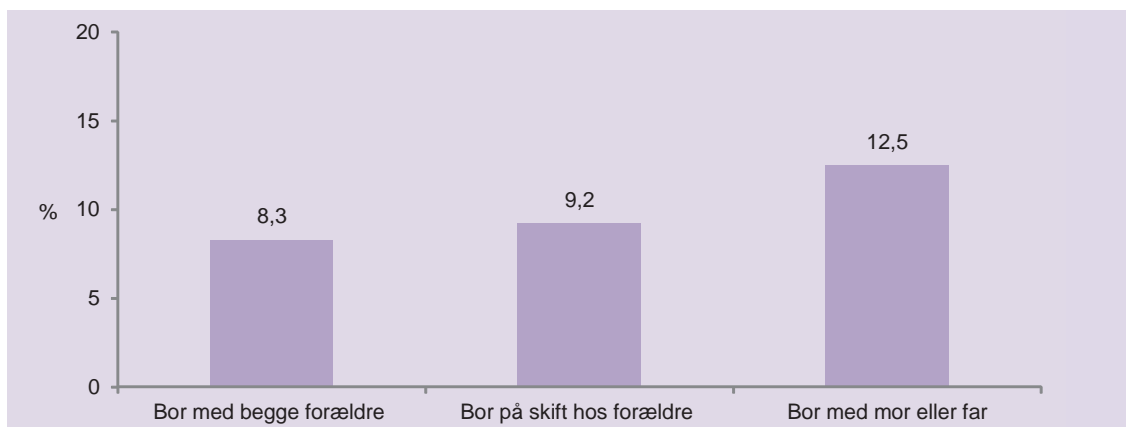




Figur 4. Andelen af børn med allergi opdelt for drenge og piger



Figur 5. Andelen af børn med allergi opdelt på familietype



3.2 Sociodemografiske faktorer

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser andelen af børn med allergi for forskellige subgrupper af børn. Der vises kun figurer, hvor der er statistisk sikker forskel mellem subgrupperne af børn. Vi har valgt den traditionelle 5 % signifikansgrænse.

Køn

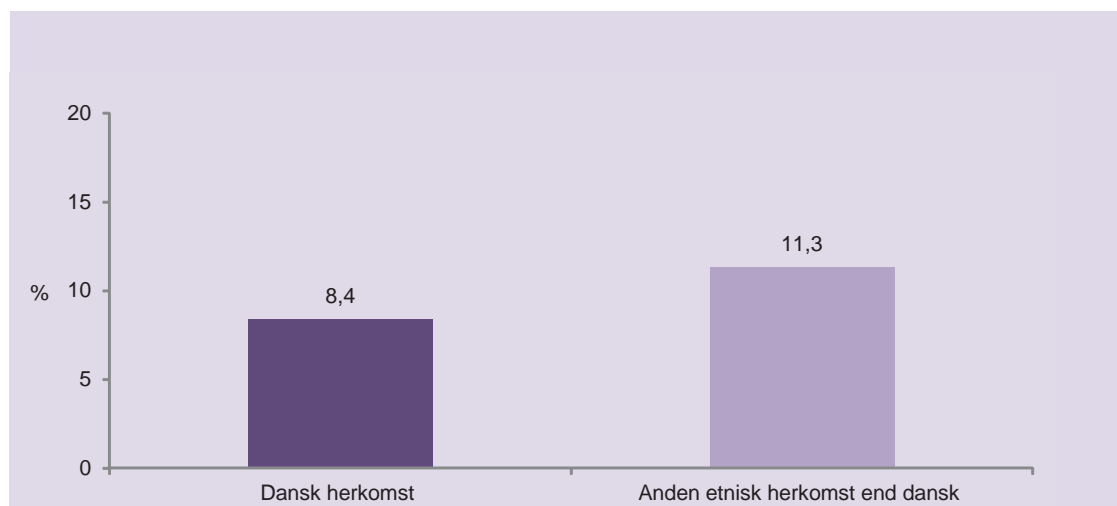
Figur 4 viser andelen af børn med allergi for henholdsvis drenge og piger. Af figuren fremgår det, at 9,7 % af drengene og 7,9 % af pigerne

har allergi. Denne højere forekomst af allergi hos drenge ses også når, der tages højde for forskelle i drenge og pigers familiære disposition for allergi og mors etniske herkomst (tabel 5, kap 10).

Familietype

Figur 5 viser andelen af børn med allergi for de enkelte familietyper. Af figuren fremgår det, at 8,3 % af børnene, der bor sammen med begge deres forældre, har allergi. 9,2 % af børnene,

Figur 6. Andelen af børn med allergi efter mors etniske herkomst



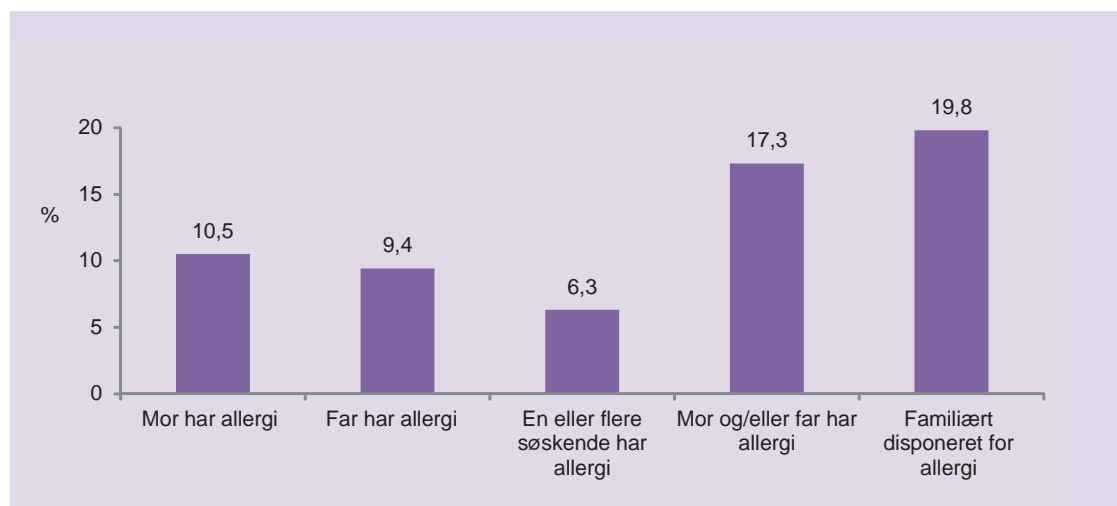
der bor hos forældrene på skift, har allergi, og 12,5 % af børnene, der bor hos den ene forælder, har allergi. Den højere forekomst af allergi hos børn, hvis mor er af anden etnisk herkomst end dansk ses også, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i familiære disposition for allergi grupperne i mellem (tabel 6, kap 10).

Mors etniske herkomst

Figur 6 viser andelen af børn med allergi for henholdsvis børn af mødre med dansk herkomst og børn af mødre med anden etnisk herkomst end dansk. Af figuren fremgår det, at 8,4 % af børnene med mødre af dansk herkomst har allergi og 11,3 % af børnene med mødre med anden etnisk herkomst. For fædre ses en tilsvarende tendens, men da denne ikke er statistisk sikker, er den ikke afbilledet her. Den højere forekomst af allergi hos børn, hvis mor er af anden etnisk herkomst end dansk ses også, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i familiære disposition for allergi grupperne i mellem (tabel 6, kap 10).



Figur 7. Andelen af børn med familiær disposition for allergi



Uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og sundhedsrisici i boligen

Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem mors uddannelsesniveau og forekomsten af allergi, ej heller for fars uddannelse og forekomsten af allergi.

For mors og fars erhvervsstatus ved indskoling er der for mange forældre, for hvem vi ikke har oplysninger om erhvervsstatus ved indskoling til, at det er meningsgivende at gennemføre analyserne.

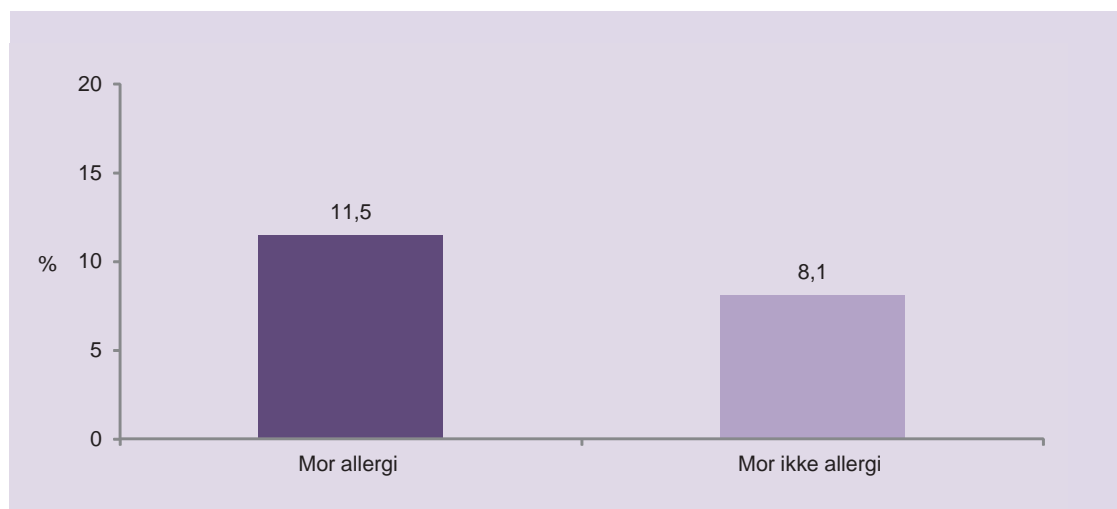
Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem allergi og sundhedsrisici i boligen. Det kan dog skyldes, at der er en del børn for hvem denne variabel er uoplyst (missing).

3.3 Allergidisposition - allergi i familien

Allergidisposition betyder lægedokumentret allergisk sygdom hos forældre eller søskende (Sundhedsstyrelsen 2015). Figur 7 viser andelen af børn, hvis mødre, fædre og/eller søskende har allergi. Af figuren fremgår det, at 10,5 % af børnenes mødre har allergi, 9,4 % af børnenes fædre har allergi, og at 6,3 % børnenes søskende har allergi. 17,3 % af børnene har en eller flere forældre, der har allergi. 19,8 % af børnene er familiært disponeret for allergi (mor/far/søskende har allergi).

Figur 8. viser andelen af børn med allergi opdelt på, om mor har allergi eller ej. Af figuren ses, at 11,5 % af børnene, hvis mor har allergi, også har registeret allergi. For børnene, hvis mor ikke har allergi, er andelen 8,1 %. Vi finder ikke statistisk sikker sammenhæng mellem fars allergi og barnets allergi, men tendensen er den samme, som vi ser for mor. Forekomsten er 8,3 % for børn med en far uden allergi, og 10,0 % for børn med en far der har allergi.

Figur 8. Andelen af børn med allergi opdelt på, om mor har allergi eller ej

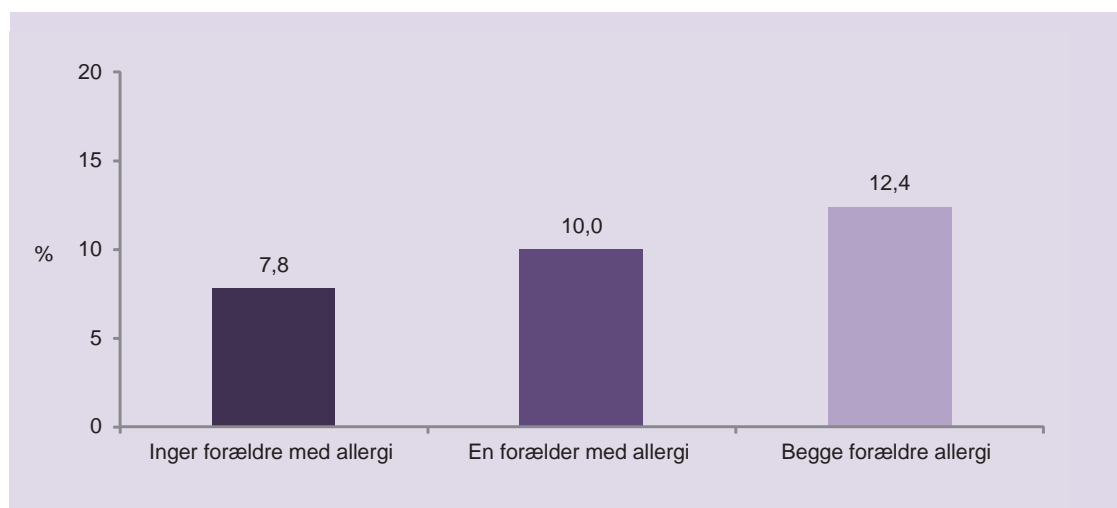


Vi finder ikke nogen statistisk sikker sammenhæng mellem forekomsten af allergi hos indskolingsbørnene og søskendes allergi.

Figur 9. viser andelen af børn med allergi opdelt på, om forældrene har allergi eller ej. Af figuren ses, at 7,8 % af børnene, hvis forældre ikke har allergi, har registeret allergi.

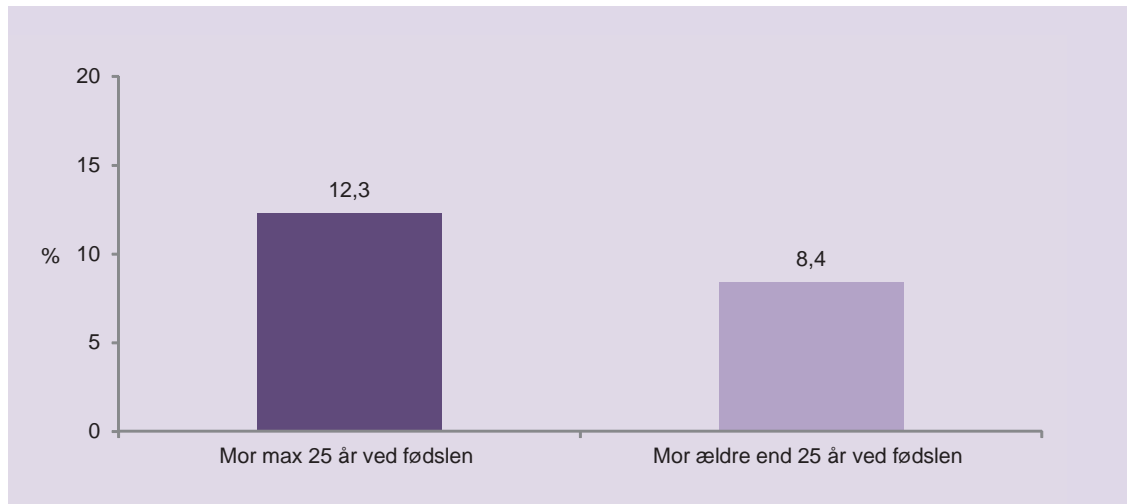
For børnene, hvis mor eller far har allergi, er andelen 10,0 % og for børn, hvis forældre begge har allergi, er andelen 12,4 %. Disse forskelle ses også, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i etnisk herkomst dispositionsgupperne imellem (tabel 5, kap 10).

Figur 9. Andelen af børn med allergi opdelt på, om forældrene har allergi eller ej

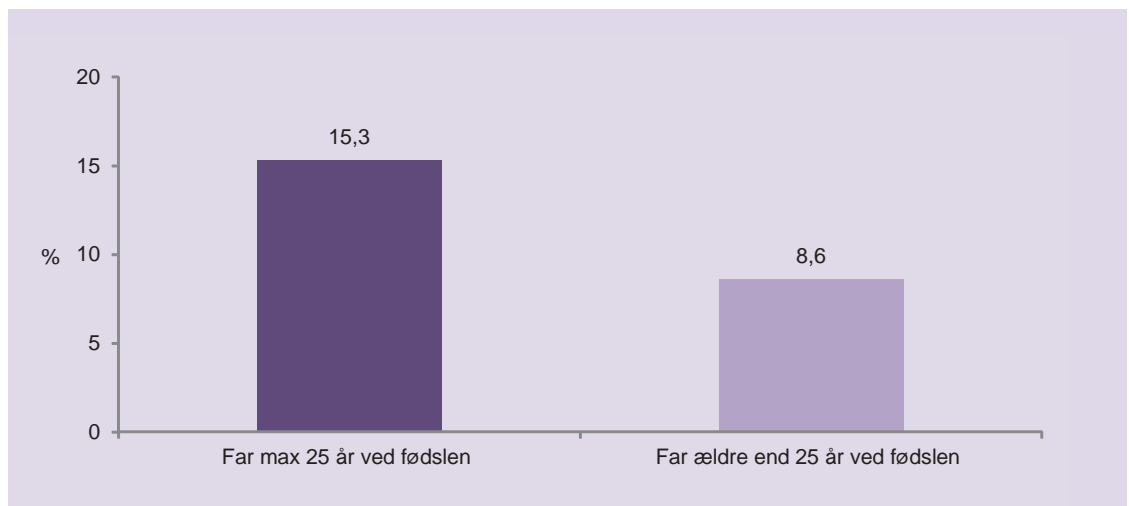




Figur 10. Andelen af børn med allergi opdelt på mors alder ved fødslen



Figur 11. Andelen af børn med allergi opdelt på fars alder ved fødslen



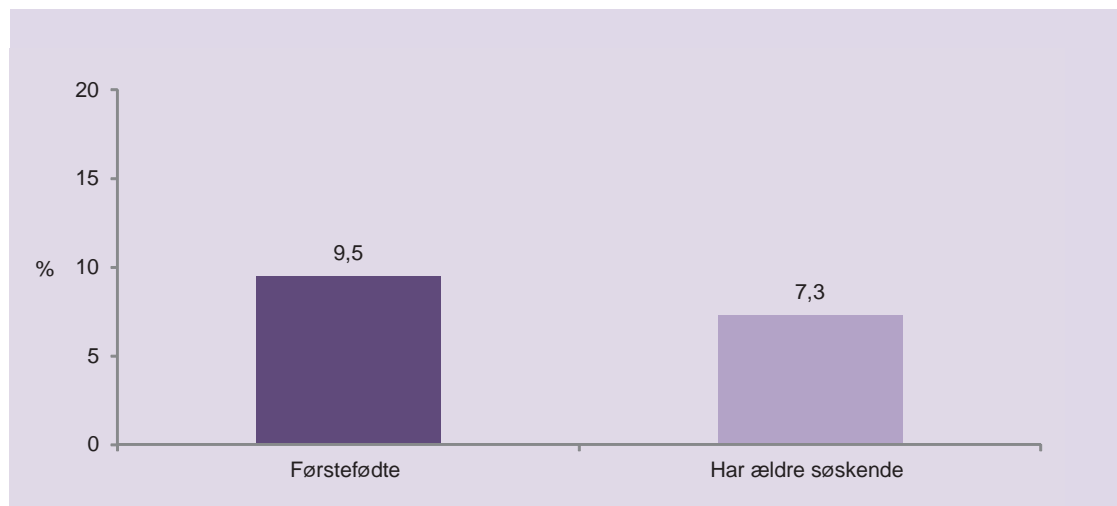
3.4 Faktorer relateret til første leveår

Forældrenes alder

Figur 10 og 11 viser andelen af børn med allergi opdelt på henholdsvis mors og fars alder ved fødslen. Af figur 10 fremgår det, at 12,3 % af børnene, hvis mor var 25 år eller yngre ved fødslen, har allergi. Samme andel for børn, hvis

mor var ældre end 25 år ved fødslen, var 8,4 %. Tilsvarende har 15,3 % af børnene, hvis far var 25 år eller yngre ved barnets fødsel og andelen var 8,6 %, hvis far var ældre end 25 år ved fødslen, allergi.

Figur 12. Andelen af børn med allergi opdelt på førstefødte eller ej



En højere andel af børn med allergi i gruppen af børn med unge fædre /mødre ses også, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i etniske herkomst og familiære disposition aldersgrupperne i mellem.

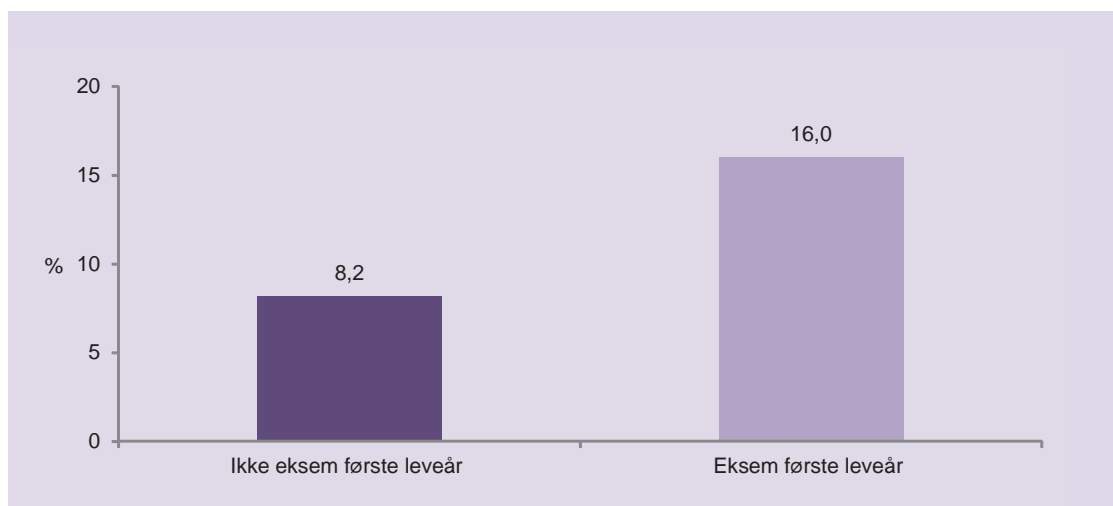
Ældre søskende

Figur 12 viser andelen af børn med allergi for henholdsvis førstefødte børn og børn med en eller flere ældre søskende. Af figuren ses en lidt større forekomst af allergi hos førstefødte børn end blandt børn med større søskende.

Den højere andel af børn med allergi i gruppen af førstefødte børn ses også, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i etnisk herkomst og familiær disposition grupperne i mellem.



Figur 13. Andelen af børn med allergi opdelt på eksem i første leveår eller ej



Eksem i første leveår

Figur 13 viser andelen af børn med allergi for børn uden og med registeret eksem i første leveår. Af figuren fremgår det, at 8,2 % af børnene, hvor der ikke er registeret eksem i første leveår har allergi og 16,0 % af børnene, hvor der er registeret eksem ved mindst ét af de fire besøge i første leveår.

Amning

Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem allergi og amning. Andelen af børn med allergi er 8,0 % for børn, der er blevet ammet mindre end fire måneder, og 8,3 % for børn, der er blevet ammet fuldt (uden tilskud) fire måneder eller mere. Vi ser tilsvarende ingen statistisk sikker forskel i forekomsten af allergi hos børn, der er blevet ammet sammenlignet med børn, der ikke er blevet ammet. I analyser, hvor vi har taget højde for familiærdisposition for allergi, barnets køn og mors etniske herkomst, finder vi heller ingen forskel i risikoen for allergi hos børn, der er blevet ammet mindre end fire måneder

sammenlignet med børn, der er blevet ammet fuldt fire måneder eller mere. Det gælder heller ikke for børn, der slet ikke er blevet ammet sammenlignet med børn, der er blevet ammet. For børn der er dobbelt disponerede for allergi ses heller ikke en sammenhæng mellem allergi ved indskoling og amning.

Fødselsvægt og gestationsalder

Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem allergi og fødselsvægt. Det gælder hverken for børn med lav eller høj fødselsvægt. Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem allergi og lav gestationsalder.

Medfødte misdannelser eller handicap

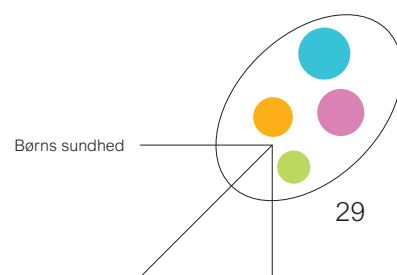
Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem allergi og medfødte misdannelser eller handicap.



Passiv rygning i hjemmet ved indskoling og i første leveår.

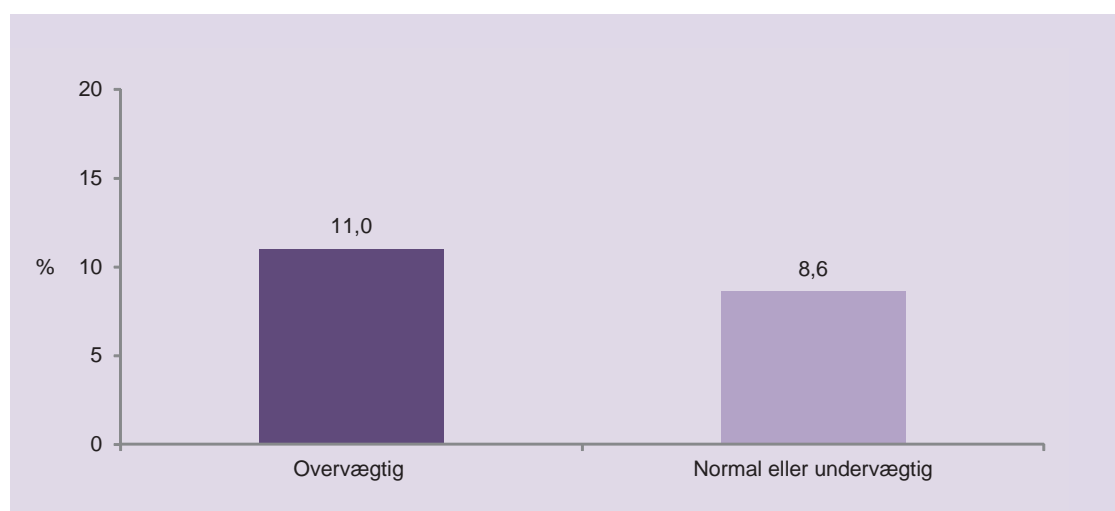
Vores analyser viser ingen sammenhæng mellem elevernes udsættelser for passiv rygning i hjemmet ved indskoling og forekomsten af allergi. I analyser, hvor vi har taget højde for familiærdisposition for allergi, barnets køn og mors etniske herkomst, finder vi heller ingen forskel i risikoen for allergi hos børn, der udsættes for passiv rygning og børn, der ikke udsættes for passiv rygning i hjemmet.

Vores analyser viser tilsvarende heller ikke sammenhæng mellem, om eleverne har boet med en ryger i det første leveår og allergi ved indskoling. I analyser, hvor vi har taget højde for familiærdisposition for allergi, barnets køn og mors etniske herkomst, finder vi ingen forskel i risikoen for allergi hos børn, der har boet med mindst en ryger i først leveår, og børn der ikke har boet med en ryger.





Figur 14. Andelen af børn med allergi efter overvægt (inklusive svært overvægtige børn) på baggrund af BMI



3.5 Har det betydning for barnets generelle sundhed og trivsel, at det har allergi?

Sygdom og medicinforbrug

Børn med allergi har oftere en sygdom eller et handicap end børn, der ikke har allergi. 11,3 % af børnene med allergi har en sygdom eller et handicap. 6,4 % af børnene, der ikke har allergi, har en sygdom. Denne forskel er ikke uventet.

Børn med allergi, tager oftere regelmæssig medicin end børn, der ikke har allergi. 23,5 % af børnene, der har allergi, tager regelmæssigt medicin, mens det er tilfældet for 2,9 % af børnene, der ikke har allergi. På baggrund af undersøgelsen er det ikke muligt at adskille allergimedien fra andre typer af medicin. Vi ved derfor ikke, hvilken medicin børnene tager, men sandsynligvis medicin mod allergi.

Overvægt

Vi har også undersøgt forekomsten af allergi hos undervægtige, overvægtige og svært overvægtige børn. Til disse analyser er der, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen (2014), blevet anvendt internationale grænseværdier til definition af undervægt, overvægt og svær overvægt blandt børn. De anvendte grænseværdier tager højde for barnets alder og køn, da BMI varierer stærkt med barnets køn og alder (Cole mfl. 2012).

Vores analyser viser, at børn, der er undervægtige, hverken har højere eller lavere forekomst af allergi end børn, der ikke er undervægtige. Figur 14 viser andelen af børn med allergi efter overvægt (inklusive svært overvægtige børn) på baggrund af BMI. Af figuren ses, at forekomsten af allergi er 11 % blandt børn, der er overvægtige og 8,6 % blandt børn, der er normalvægtige eller undervægtige. Samme tendens ses for børn, der er svært overvægtige, men denne sammenhæng er ikke statistisk signifikant, hvorfor den ikke er afbilledet. Den øgede risiko for allergi hos børn,

der er overvægtige (inklusive svært overvægtige børn) er ikke længere statistisk signifikant, når der tages højde for kønsforskelle og forskelle i etnisk herkomst og familiære disposition for allergi grupperne i mellem.

Mad og måltider

Andelen af børn, der har bemærkning til mad og måltider, er den samme for børn med allergi og børn uden allergi.

Motorik og fysik aktivitet

Ved indskolingsundersøgelsen vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til en række motoriske funktioner. Vores analyser viser, at sundhedsplejersken ligeså ofte noterer bemærkning til motorik hos børn med allergi, som hos børn uden allergi.

Andelen af børn, der har mindst en bemærkning til fysisk aktivitet, er den samme for børn med allergi og børn uden allergi. Sundhedsplejersken har også lige så ofte noteret bemærkning til "at barnet er fysisk aktivitet mindre end en time dagligt" hos børn med allergi som hos børn uden allergi.

Trivsel

Barnets genelle trivsel og skoletrivsel belyses i Databasen Børns Sundhed ved, at sundhedsplejersken beder barnet vurdere sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger. Vores analyser viser, at børn, der har allergi, har rapporteret en lige så god generel trivsel og skoletrivsel, som børn der ikke har allergi.

I spørgeskemaet forud for undersøgelsen besvarer forældrene endvidere fem spørgsmål vedrørende barnets forhold til jævnaldrende.

Spørgsmålene stammer fra den danske version af det validerede og internationalt anvendte spørgeskema The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Vores analyser viser, at børn med registeret allergi hverken har flere eller færre problemer med jævnaldrende end børn, der ikke har allergi.

På baggrund af sundhedsplejerskens observationer af og kontakt til barnet noteres eventuelle bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel. Sundhedsplejersken noterer fx en bemærkning, hvis barnet er trist, uroligt, ukoncentreret kontaktsøgende eller meget stille. En bemærkning gives også, hvis barnet er så genert, at det påvirker dets udfoldelsesmuligheder, hvis der ikke er øjenkontakt med barnet eller hvis barnet ikke kan modtage instruktion. Vores analyser viser, at andelen af børn, for hvem sundhedsplejersken har noteret bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel, er den samme for børn med og uden allergi. Tilsvarende viser vores analyser, at sundhedsplejersken har registeret bemærkning om forældre/barn relationen for den samme andel børn med som uden allergi.

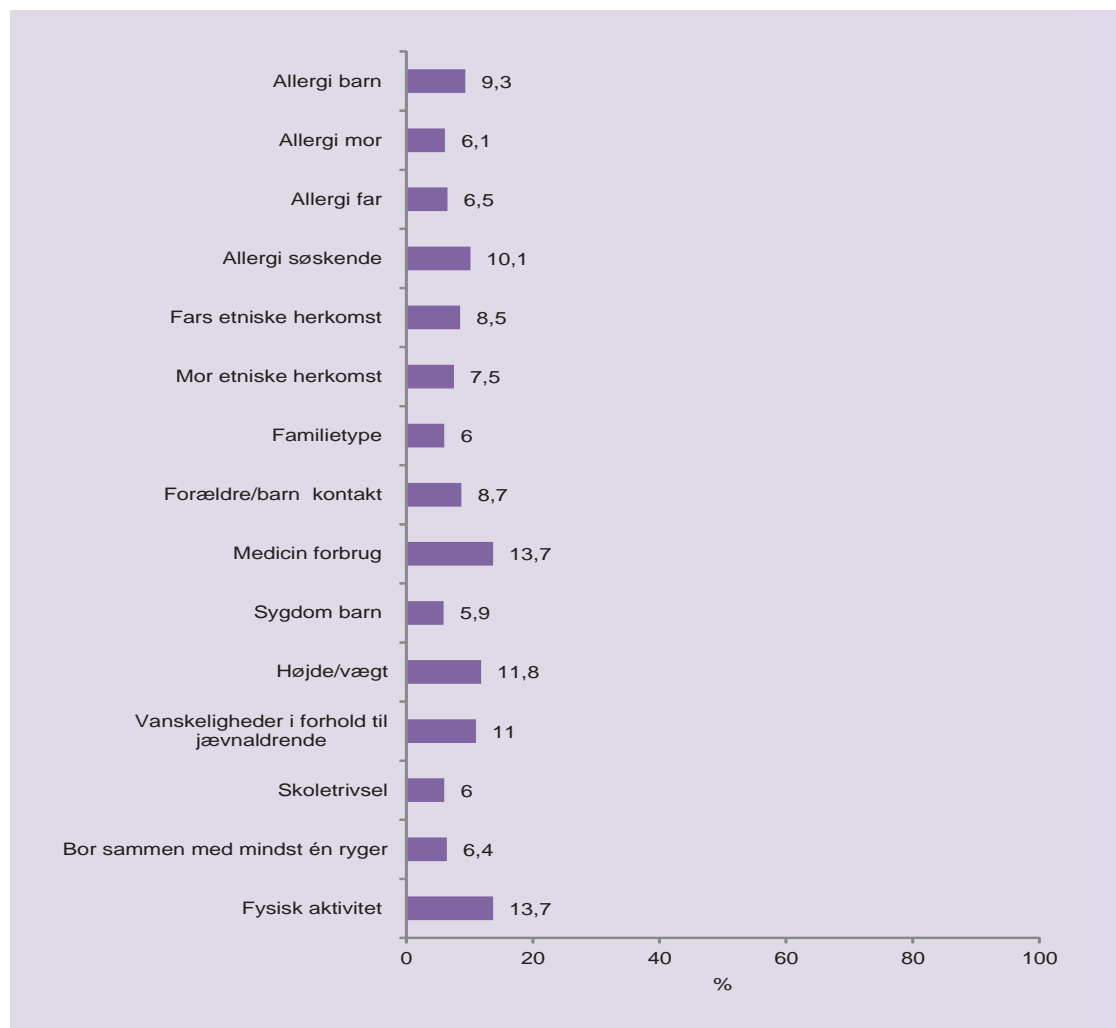


4. Manglende oplysninger

Mange databaser lider under problemer med manglende data. Der kan være mange grunde til manglende data, eksempelvis at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt. Problemet er ofte særligt stort i kliniske databaser, fordi data indsamles samtidigt med, at fagpersonen passer sit arbejde med patienter eller borgere.

Manglende registrering af allergi ved indskoling har betydet, at 606 børn, svarende til 9,3 % af de indsendte journaler, ikke indgår i temarapporten. Figur 15 viser andelen af børn med manglende data for variablene i rapporten. Af figuren fremgår, at der for nogle variable er meget lave forekomster af manglende data for eksempel for sygdom hos barnet og skoletrivsel, mens der for andre variable er mange manglende data for eksempel barnets medicinforbrug.

Figur 15. Andelen af manglende oplysninger for de illustrerede variable



5. Diskussion

Hovedfund: Rapporten har tre hovedresultater. Det første er, at allergi er almindeligt forekommende. Hvis man ser på hele perioden fra 2007 til 2015, så har omkring hvert tiende indskolingsbarn lægediagnosticeret allergi. Der er lidt svingninger fra år til år med en svagt nedadgående trend. I skoleåret 2014/2015 havde 8,9 % af børnene allergi, flere drenge (9,7 %) end piger (7,9 %). Kønsforskellen er lille men statistisk signifikant. Der er variationer fra den ene kommune til den anden. Højest er forekomsten i Ballerup Kommune med 13,8 % og lavest i Gentofte Kommune med 4,3 %.

Det andet er, at børn med og uden allergi ligner hinanden i de fleste henseender. De vigtigste forskelle er følgende: Sundhedsplejerskerne finder lidt større hyppighed af allergi blandt børn, med en mor af anden etnisk herkomst end dansk, blandt førstefødte, blandt børn der bor hos den ene forælder, blandt børn hvis forældre har allergi og blandt børn, hvis mor eller far var 25 år eller yngre ved barnets fødsel. Analyserne viser også en sammenhæng mellem eksem i første leveår og allergi ved indskolingsalder.

Derimod er der ingen sammenhæng mellem allergi og udsathed for tobaksrøg, hverken udsathed for tobaksrøg i første leveår eller ved indskoling. Der er ingen social ulighed i forekomsten af allergi, det vil sige at der ikke er sammenhæng med forældres uddannelse og andelen af børn med allergi. Forekomsten af allergi er heller ikke højere blandt børn, hvor sundhedsplejersken har noteret sundhedsrisici ved boligen i barnets første leveår. Og forekomsten af allergi er ikke højere blandt børn med kort eller ingen ammeperiode som spæde.

Det tredje hovedfund er, at børn med og uden allergi synes at trives lige godt målt ved almen trivsel, skoletrivsel, forholdet til jævnaldrende, sundhedsplejerskens vurdering af barnets øvrige trivsel, forældre/barn kontakt, motorik, fysisk aktivitet og måltidsvaner. Børn med allergi tager oftere medicin. Vi ved ikke hvilken medicin, men sandsynligvis medicin mod allergi.

Sammenligning med anden forskning:

Det er vanskeligt at sammenligne vores fund med anden forskning. Hovedårsagen hertil er, at vores data handler om det upræcist afgrænsede fænomen "allergi" og dermed ikke skelner mellem allergi og allergisk sygdom. Vores data er heller ikke specifikke, der er ingen oplysning om, hvilken type af lægediagnosticeret allergi barnet har. Derfor må sammenligninger med andre undersøgelser holdes på et generelt niveau. Andre danske undersøgelser fra de seneste 30 år viser højere forekomst af allergi blandt børn i indskolingsalderen (Madsen et al 1991, Nielsen et al. 1998, Nielsen et al. 2001, Johansen et al. 2009). Selvom undersøgelserne ikke er helt sammenlignelige på grund af forskellige opgørelsesmetoder, så er det alligevel en vigtig observation, fordi den almindelige opfattelse er, at forekomsten af allergi blandt børn har været stigende (Kjøller et al. 2007, Johansen et al. 2009, Pascual et al 2000).

En del udenlandske studier af forekomsten af allergi i indskolingsalderen viser højere forekomster og ofte i retning af, at 15-20 % af alle børn har fødevareallergi, som er en delmængde af allergi i almindelighed (Ho et al. 2014, Dhimi & Shikh 2014, Vener & Ashad 2011, Rona et al. 2007, Nwaru et al. 2014, Pyrhönen et al. 2011). Der er dog også forskere, som trods de usikre

sammenligninger mellem studier giver et bud på, at forekomsten af allergi i denne aldersgruppe er omkring 10 % (Savage & Hohns 2015), samme størrelsesorden som i denne rapport.

Det er vanskeligt at sammenligne rapportens fund med den videnskabelige litteratur om allergi blandt børn, idet denne litteratur er kendetegnet ved meget blandede og ofte modstridende resultater. Det er også vanskeligt at sammenligne studier af risikofaktorer for allergi på grund af de mange forskellige opgørelsesmåder. Men vi vover alligevel at fremhæve nogle områder, hvor rapportens fund stemmer overens med det, man ved fra den hidtidige forskning i ind- og udland: Vores fund af en højere forekomst blandt drenge end piger bekræftes af Nwaru et al.s konstatning af, at fødevareallergi er mere udbredt blandt drenge end piger (2014). Vores fund om familiær disposition bekræftes af mange undersøgelser, se fx oversigten over fødevareallergi i Nwaru et al. 2014. Der er en særligt høj risiko for børn med dobbelt forældredisposition for allergi, dvs. at begge forældre har lægediagnosticeret, behandlingskrævende allergisk sygdom (fødevareallergi, atopisk eksem, astma høfeber). Ifølge den videnskabelige litteratur kan helt op til 70 % af børn med dobbeltdisposition have allergi (Sundhedsstyrelsen 2013) – dog viser vores opgørelse et meget lavere tal, omkring 12 %.

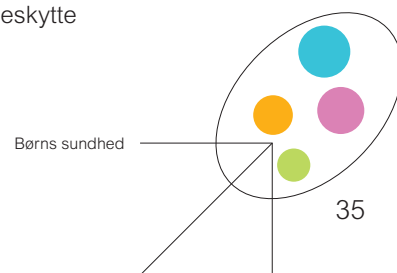
Vores fund om en forhøjet risiko for allergi blandt børn med ikke-etnisk danske mødre bekræftes delvis af de studier, som viser, at der er store variationer i allergiforekomst mellem etniske grupper i et og samme land (Hannaway et al. 2005, Gray et al. 2015, Taylor-Black & Wang 2012). Fundet af en statistisk sammenhæng mellem eksem i første leveår og allergi ved indskoling

kan fortolkes på flere måder. Det kan være den samme eksem, som optræder ved de to observationer. Det kan være udtryk for, at børn med én form for allergi let udvikler andre former for allergi (Wichmann 2005). Vores fund af højere forekomst af allergi blandt børn med unge forældre har vi ikke kunnet finde bekræftelse for i den videnskabelige litteratur om allergi blandt børn.

Vores fund om, at der ikke er nogen sammenhæng mellem forældrenes socioøkonomiske forhold og allergi hos barnet, bekræftes også af andre undersøgelser (Johansen et al. 2009, Coombs et al. 2014). Vores fund om manglende sammenhæng mellem fødselsvægt og allergi bekræftes ligeledes af anden forskning (Liem et al. 2007).

At sundhedsplejerskernes journaler viser, at allergi ikke er relateret til udsathed for tobaksrøg, er en overraskelse. Der er en betydelig international videnskabelige litteratur om emnet, som i store træk bekræfter hypotesen om, at udsathed for tobaksrøg er en risikofaktor for udvikling af allergisk sygdom blandt børn, selv om der kan være forskelle fra den ene form til den anden (Saulyte et al. 2014, Hur et al. 2014, Metsios et al. 2009). Der er kun få studier, som finder det samme som vi, nemlig at der ikke er sammenhæng med udsathed for tobaksrøg og allergi (Strachan & Cook 1998). En mulig fortolkning af vores fund er, at sammenhængen mellem allergi og tobaksrøg nu er så almindelig kendt, at rygende forældre går udendørs og ryger, hvilket mindsker eksponeringen for tobaksrøg.

Vores fund om, at allergi ikke er relateret til amning eller ammeperiodens længde, er måske knapt så overraskende. Amning kan beskytte





mod nogle former for allergi som fx komælksallergi (Duijts et al. 2009, Schack-Nielsen & Michael- sen 2007), men beskyttelsen er ikke generel mod alle former for allergi eller allergiske sygdomme (Duncan & Sears 2008, Yang et al. 2010). Der er mange gode grunde til at råde mødre til at amme deres børn, fordi det har en række gavn- lige sundhedsmæssige og andre virkninger for både mor og barn, men allergiske sygdomme er ikke blandt disse sundhedsmæssige virkninger (Schack-Nielsen & Michelsen 2007, Mortensen et al. 2002, Ip et al. 2009, Duijts et al. 2007, Duncan & Sears 2008, Horta et al. 2007).

Bearbejdningen af sundhedsplejerskernes jour- naler viste ingen særlig sammenhæng mellem allergi og barnets almene trivsel. Dette er overra- skende, fordi der er så mange studier, som viser, at børn med allergisk sygdom eller allergiske symptomer har større risiko for mistrivsel (Protud- jer et al. 2015, Cummings et al. 2010, Marklund et al. 2006, Kiotseridis et al. 2013). Der er dog også nyere forskning, som maner til forsigtighed og fremhæver, at sammenhængen er usikker på grund af mange modstridende fund (Morou et al. 2014). Passalacqua et al. (2007) funderer over, om sammenhængen mellem høfeber og trivsel måske afhænger af den valgte måling af trivsel. De foreslår, at man kan finde større mistrivsel hos børn med allergisk sygdom ved brug af visse måleinstrumenter end ved brug af andre. Vores opgørelse viser, at børn med og uden allergi trives stort set lige godt uanset indikatoren for trivsel (sundhedsplejerskens almene vurdering af barnets trivsel og forældre/barn-kontakt, barnets selvvaluerede trivsel, barnets selv- vurderede skoletrivsel, måling af problemer i forhold til jævnaldrende, fysisk aktivitet, spise- og måltidsvaner).

Vores data viser højere forekomst af allergi blandt overvægtige end normalvægtige børn. Denne højere forekomst forsvinder dog, når vi kontrollerer for barnets køn, forældres allergi og mors etniske herkomst. Fundet stemmer dog overens med de få internationale studier af emnet, der finder en sammenhæng mellem overvægt og allergisk sygdom (Murray et al. 2013, Weinmayr et al. 2014, Visness et al. 2009). I et studie af fødevareallergi blandt 2-19-årige børn og unge i USA har man undersøgt, om det er overvægten eller allergien, der kommer først. Forfatterne til dette studie vurderer, at det er overvægten, som udløser allergi, især fødevare- allergi, muligvis via inflammatoriske processer. (Visness et al. 2009).

En af de hyppigst citerede hypoteser om allergi i disse år er hygiejnehypotesen (Majkowska- Wojciechowska et al. 2007, Schram et al. 2010, Waser et al. 2005, Riedler et al. 2000, Braun- Fahrländer et al. 1999). Hypotesen er, at børn skal have udfordret deres immunsystem, og hvis de ikke får det, stiger risikoen for allergi. Hypotesen passer med det, man ser af denne rapport, at førstefødte børn – som jo i sagens natur ikke har søskende i den første del af livet - har størst risiko for at have allergi. Strachan & Cook (1998) studerede en kohorte på 17.000 engelske børn født i 1958, hvor det viste sig, at der var en klar sammenhæng mellem høfeber og antal søsken- de: Jo flere søskende, desto mindre forekomst af allergi. Dette fund er i samklang med vores, selv om vi må nøjes med generelle data om allergi i stedet for præcise data om typen af allergisk sygdom.

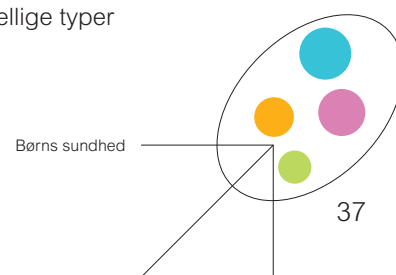
Et særligt aspekt ved data: Rapportens fund er baseret på sundhedsplejerskernes

journalnotater. Disse notater er igen baseret på lægediagnosticeret allergi, der typisk er fremkommet ved at forældrene har oplyst sundhedsplejerskerne om, at en læge har stillet diagnosen. Dermed er der formentlig tale om ganske gode og objektive data. Det er en ulempe ved vore data, at det komplicerede helbredsproblem allergi fremstilles så enkelt som ja eller nej til allergi. Allergi er jo et mangesidet fænomen, som dækker over mange typer af lidelser, som kan have hver sine risikofaktorer. Den vigtige distinktion mellem allergi og allergisk sygdom fremgår fx ikke af vores data. Det er dog også en styrke at arbejde med sundhedsplejerskernes data. Når man læser videnskabelige artikler om allergi handler de typisk om specifikke former for allergi fx komælksallergi eller allergi mod kattehår, således som man må forvente af en overvejende lægevidenskabeligt præget forskning. Det er en fordel, hvis man er interesseret i specifikke lidelser, men det kan også gøre det svært at se det overordnede billede. Denne rapport er ikke lægevidenskabelig, men ser allergi i et folkesundhedsperspektiv. Derfor skal man ikke undre sig over, at rapporten på en række områder viser andre fund end det, der fremgår af den internationale lægevidenskabelige forskning. Et eksempel er, at amning kan beskytte mod nogle former for allergi, men ikke andre. Det er nyttigt at have en rapport som denne, som ser alle allergiformerne under ét, og dermed ser det overordnede billede. Et andet eksempel er, at udsathed for tobaksrøg i mange studier er forbundet med allergi, men de fleste af disse studier omhandler specifikke former for allergisk sygdom. Igen er det nyttigt at have en rapport som denne, som ser alle allergiformer under ét og dermed viser det overordnede billede.

Stærke og svage sider ved data og metode:

En af de stærke sider ved denne rapport er, at den omfatter et stort og repræsentativt materiale. Der er tale om en total population af børn indskolet i tretten kommuner. Eftersom næsten alle børn ses af en sundhedsplejerske ved indskoling, er der ingen problemer med bortfald og dermed relateret bias. Vi påstår ikke, at undersøgelsen er repræsentativ for hele landet, men Databasen Børns Sundhed omfatter børn fra rige og fattige kommuner, fra landområder, provinsbyer og storstadsområder og repræsenterer derfor en sådan socioøkonomisk variation, at den er hensigtsmæssig til beskrivelse af fænomenet allergi blandt indskolingsbørn. En anden af de stærke sider er, at data er systematiske: Det er sundhedsplejersken, som via forældreoplysninger noterer, om barnet har lægediagnosticeret allergi. Den samme styrke gælder de mange andre variable, der indgår i analyserne: De er indsamlet systematisk og efter en standardiseret manual. I modsætning til de mange spørgeskemaundersøgelser, hvor det er forældrene, der fortæller om børnenes allergiske symptomer eller sygdomme, så er vores data indsamlet af sundhedsuddannede personer, som har en god faglig baggrund for at føre deres journaler.

Men der er også begrænsninger. Den vigtigste begrænsning er, at der ikke findes data om hvilken type allergi, barnet har. Hvis man skal producere en grundig udredning af allergi blandt skolebørn, bør man inddrage oplysninger om, hvad børnene er overfølsomme over for, om der er tale om kontaktallergi, fødevarerallergi eller luftvejsallergi, og om der er tale om allergi eller allergisk sygdom. Den mulighed findes ikke med de foreliggende data, og dermed har vi ingen mulighed for at analysere risikofaktorer for forskellige typer





af allergi. En anden begrænsning er, at der er ganske mange uoplyste felter for en del af de variable, vi har benyttet til analyserne, først og fremmest oplysningerne om forældrenes uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning.

Implikationer: Rapporten peger på en række temaer, der trænger til nærmere udforskning. Først og fremmest er det vigtigt at undersøge forskellige former for allergi: Hvor stor er forekomsten af kontaktallergi, fødevareallergi og luftvejsallergi? Har disse former for allergi samme eller forskellige risikofaktorer? Er det rigtigt, når vi lidt uventet finder, at børn med allergi i store træk trives lige så godt som børn uden?

Konklusion: Blandt indskolingsbørn er forekomsten af allergi 8,9 %, lidt højere for drenge og lidt lavere for piger. Der har været en svagt faldende forekomst i de seneste otte år. Forekomsten er forhøjet blandt børn med følgende kendetegn: De er drenge, havde eksem som spæde, de bor ikke sammen med begge forældre, moderen har anden etnisk herkomst end dansk, de er førstefødte, deres forældre var højest 25 år gamle ved barnets fødsel og deres far/mor har allergi. Børn med allergi trives i store træk lige så godt som børn, der ikke har allergi.



6. Hvad kan rapporten bruges til

Temarapporten viser, hvordan lægediagnosticeret allergi optræder overordnet og i en dansk sammenhæng. Gennemgangen af den nyeste forskningsbaserede litteratur peger sammen med rapportens analyser på en række områder, der er vigtige at have kendskab til. Kombineret med forekomsten af lægediagnosticeret allergi i den enkelte kommune er rapporten et bidrag til opdateret viden og til igangsættelse af faglige drøftelser.

Det er overraskende - og glædeligt - at børn med lægediagnosticeret allergi i det væsentligste trives lige så godt som børn uden allergi. Analyserne viser også, at passiv rygning ikke er en risikofaktor for udvikling af allergi, og at fuld amning ikke forebygger allergi i bred forstand - heller ikke i forhold til dobbeltdisponerede børn. Begge områder stemmer overens med den forskning, der ligger til grund for Sundhedsstyrelsens anbefalinger – fx at amning beskytter mod mælkeallergi i den periode, hvor barnet ammens uden tilskud. Det skal bemærkes, at det i rapporten ikke er muligt at differentiere de forskellige former for allergi fx mælkeallergi, idet dette ikke indgår i sundhedsplejerskernes journal.

Sundhedsplejersker er velorienterede om Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Resultaterne er derfor ikke nødvendigvis overraskende for sundhedsplejen, men de er væsentlige i vejledningen af forældrene.

Temarapportens analyser viser, at mange data er rigtig godt dokumenteret, men det ses også, at data vedrørende forældrene fx uddannelse og erhvervsstatus fortsat har en del missing data. Disse data har betydning for tilrettelæggelse af den behovsorienterede indsats og for opfølgningen på denne.

På baggrund af temarapporten anbefaler Databasen Børns Sundhed:

- At sundhedsplejerskeordningerne drøfter den forskningsbaserede viden og temarapportens resultater
- At sundhedsplejerskeordningerne drøfter og lægger en plan for bedre dokumentation af forældrenes stamdata
- At relevante samarbejdspartnere og beslutningstagere orienteres
- At de ledende sundhedsplejersker drøfter, om dokumentationen af allergi skal nuanceres i journalen.

Rapportens årsdata viser stor variation kommunerne imellem med mindre udsving indenfor de enkelte kommuner. Databasen Børns Sundhed anbefaler:

- At sundhedsplejerskeordningerne gennemgår og vurderer egne data; er der data der indikerer, at der er behov for en styrket indsats? Kan effekter af indsatsområder ses på de foreliggende data? Er der andre kommuner, der kan søges inspiration hos?
- At relevante samarbejdspartnere og beslutningstagere orienteres.



7. Årstal for børn indskolingsundersøgt i 2014-2015

Formål og læsevejledning

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte årstal for de børn, der blev indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/15 i en af de tretten kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed. Resultaterne angives som diagrammer, der både indeholder resultater for det samlede antal indskolingsbørn i rapporten og for de enkelte kommuner. For en række hovedvariable vises desuden udviklingen over de seneste fire år, både for den samlede population og for de enkelte kommuner. Det er vigtigt at være opmærksom på, at procenterne i årstalsfigurerne er beregnet for alle børn, der er blevet indskolingsundersøgt i skoleåret 2014/2015. Procenterne kan derfor afvige fra procenterne i andre afsnit af rapporten, hvor færre børn indgår. Der indgår færre børn i temadelen af rapporten, fordi børn, der ikke er registeret allergioplysninger på, ikke indgår i temarapporten.

Revideret journal

I løbet af skoleåret 2014/2015 har de deltagende kommuner opdateret deres journalsystem, og reviderede udgaver af indskolingsjournalen og stamdata er blevet indlagt. For årstallene betyder det, at enkelte variable har ændret ordlyd og at nogle variable har fået flere eller færre svarkategorier. Det kan i nogle tilfælde derfor være problematisk at sammenligne direkte med tidligere år. Hvor dette kan være tilfældet er det beskrevet i teksten.

Trivsel

I det følgende præsenteres to indikatorer, der omhandler selvvurderet trivsel hos barnet henholdsvis generelt og i skolen. Begge indikatorer stammer fra sundhedsplejerskens samtale med barnet, hvor hun beder barnet vurdere sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnene "Sådan har jeg det for det meste" og "Sådan har jeg det for det meste i skolen".





Figur 16. Forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel

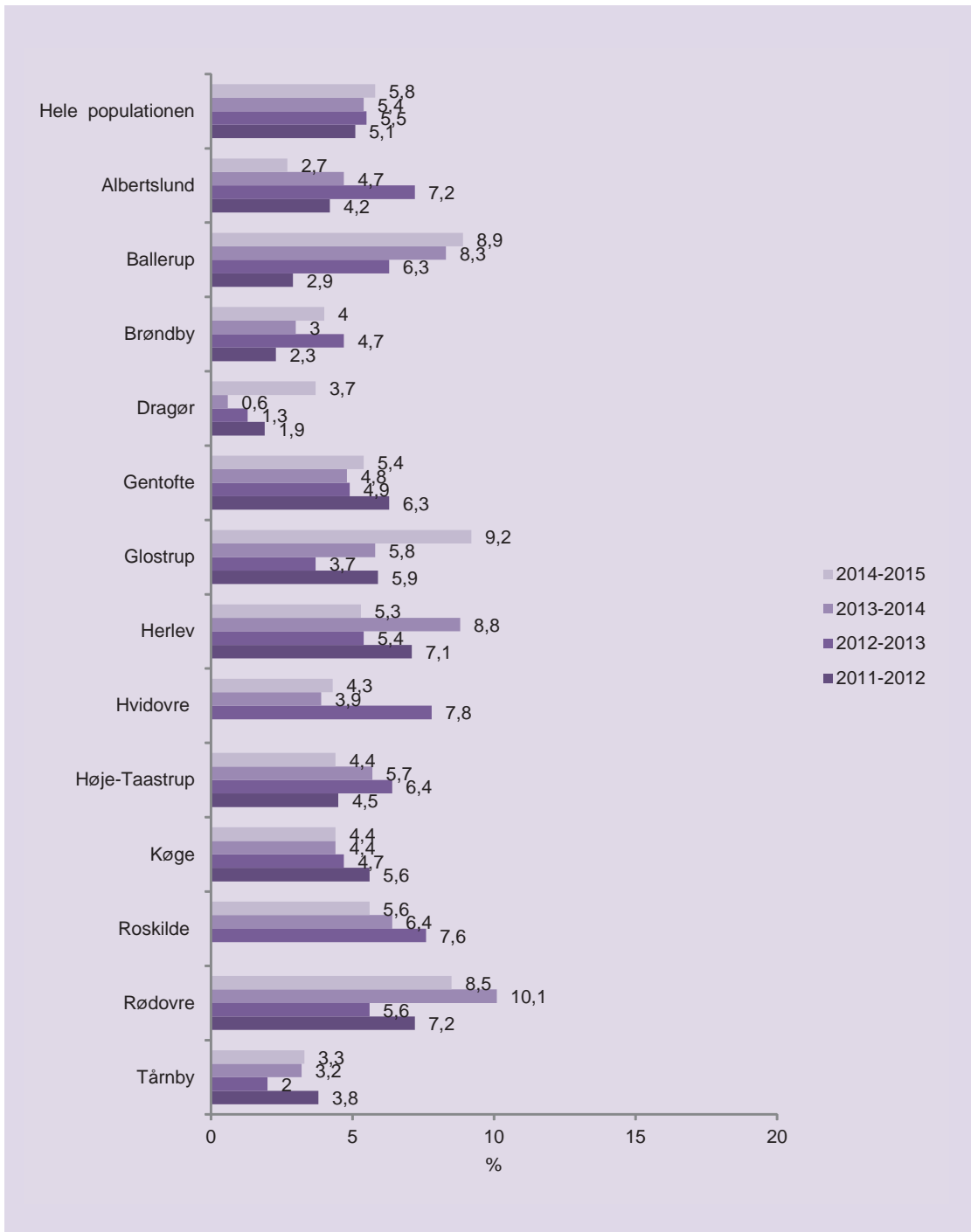


Selv vurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selv vurderet generel trivsel, idet 64,1 % af børnene angiver at være "meget glade", 30,2 % angiver at være "glade", mens 5,2 % angiver at være "midt imellem", og 0,6 % angiver at være "ikke glade".

Figur 16 viser forekomsten af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel, defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "midt i mellem" eller "ikke glad". Forekomsten af dårlig generel trivsel i den samlede population er 5,8 %. Det er i god overensstemmelse med forekomsten blandt børn, der er indskolet de seneste år, hvor forekomsten er svinget mellem 5,1 og 5,5 %. Forekomsten af børn med dårlig generel trivsel svinger meget kommunerne imellem. I Glostrup Kommune er andelen med dårlig generel trivsel 9,2 % i Albertslund 2,7 %.

Figur 17. Udvikling i forekomst af børn med dårlig selv vurderet generel trivsel





Figur 18. Forekomst af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel



Selv vurderet skoletrivsel

Størstedelen af børnene har en god selv vurderet skoletrivsel, idet 53,2 % af børnene angiver at være "meget glade" og 34,1 % "glade". I figur 18 vises andelen af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel, der i denne rapport omfatter børn, der har svaret midt i mellem" (10,9 %) eller "ikke glad" (1,8 %), til udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen" Forekomsten af dårlig selv vurderet skoletrivsel i den samlede population er 12,7 % for indskolingsåret 2014/15, hvilket er stort set identisk med skoleåret 2013/2014, hvor 12,3 % af børnene angav at de havde en dårlig skoletrivsel.

Variationen mellem kommunerne er stor 6,6 % af børnene i Albertslund Kommune vurderer, at deres skoletrivsel er dårlig. I Glostrup Kommune er det tilsvarende tal 18,0 %.

Figur 19. Udvikling i forekomst af børn med dårlig selv vurderet skoletrivsel





Barnets forhold til jævnaldrende

I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere følgende udsagn om barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder:

- Er lidt af en enspænder
- Har mindst én god ven
- Er generelt vellidt af andre børn
- Bliver mobbet eller drillet af andre børn
- Kommer bedre ud af det med voksne end andre børn

Forældrene skal vurdere hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "passer ikke", "passer delvist" og "passer godt".

Udsagnene stammer fra det internationalt anvendte spørgeskema "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" og udgør

tilsammen underskalaen "Problemer i forholdet til jævnaldrende" (Obel mfl., 2003). Når den samlede scorer udregnes summeres forældrenes svar til en samlet score, hvor hvert af forældrenes svar giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. En samlet score på 0-2 points defineres som "inden for normalområdet", en score på 3 points som "grænseområdet", og en score på 4-10 points er "uden for normalområdet". Børn, der scorer uden for normalområdet, betegnes i rapporten her som havende vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende.

Størstedelen af forældrene (85,7 %) har svaret "passer ikke" til, at deres barn er en enspænder. 90,9 % har svaret, at det "passer godt", at barnet har mindst én god ven. 91,5 % har svaret, at det "passer godt", at deres barn generelt er vellidt af andre børn.

Tabel 3. Problemer i forhold til jævnaldrende

	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Albertslund	284	91,3	10	3,2	17	5,5
Ballerup	532	90,5	28	4,8	28	4,8
Brøndby	201	87,4	13	5,7	16	7,0
Dragør	160	94,1	3	1,8	7	4,1
Gentofte	888	94,9	25	2,7	23	2,5
Glostrup	180	93,3	6	3,1	7	3,6
Herlev	239	90,5	9	3,4	16	6,1
Hvidovre	423	93,0	16	3,5	16	3,5
Køge	564	93,7	17	2,8	21	3,5
Roskilde	669	95,7	17	2,4	13	1,9
Rødovre	308	93,3	10	3,0	12	3,6
Tårnby	441	93,6	17	3,6	13	2,8
Hele populationen	5338	92,0	225	3,9	237	4,1

*Pga. problemer med data fra Høje-Taastrup Kommune er disse ikke medtaget.

Figur 20. Forekomst af børn der bliver mobbet eller drillet

* Pga. problemer med data fra Høje-Taastrup Kommune er disse data ikke medtaget



Henholdsvis 86,1 % og 86,3 % af forældrene har svaret "passer ikke" til, at barnet bliver mobbet, og at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn.

Af tabel 3 ses, at de fleste børn har et godt samspil med deres omgivelser. I den samlede population er 3,9 % af børnene i grænseområdet, mens 4,1 % af børnene har tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende.

Mobning og drilleri

Figur 20 viser andelen af børn, hvor forældrene har svaret, at barnet bliver mobbet. Her defineret som, at forældrene har svaret, at det passer delvist eller godt, at barnet bliver mobbet eller drillet af andre børn. Andelen er beregnet på baggrund af børn, hvor feltet er udfyldt.

Af figuren ses, at for de børn, hvor feltet er blevet afkrydset, har 13,9 % af forældrene svaret, at det passer delvis eller godt, at deres barn bliver mobbet eller drillet. Af figuren ses også, at der er store forskelle kommunerne i mellem. I Gentofte Kommune har 6,1 % af forældrene svaret, at deres barn bliver mobbet eller drillet, mens der i Tårnby Kommune er 18,6 % af forældrene, der har svaret, at deres barn bliver mobbet eller drillet.



Ryging i hjemmet

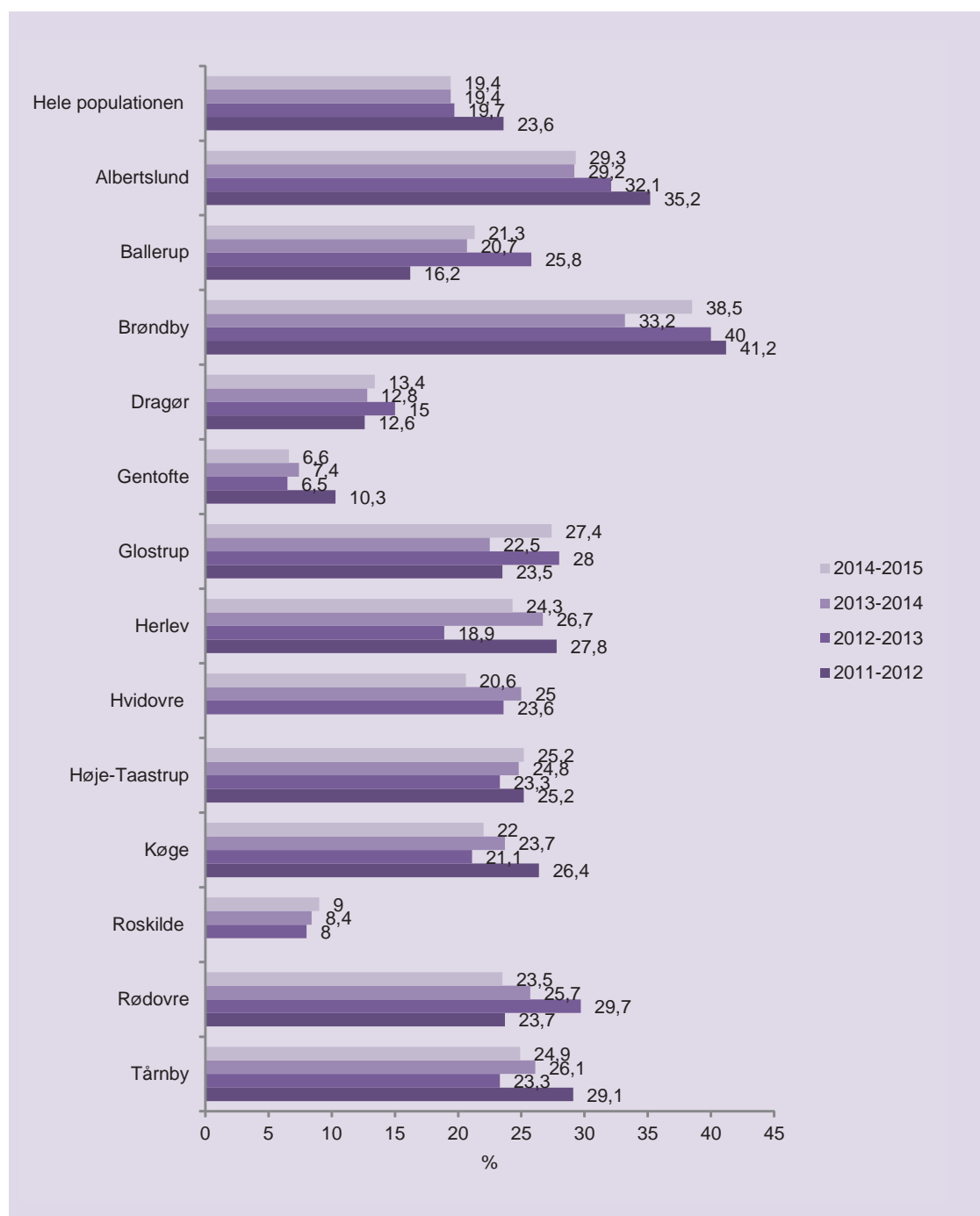
Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken nu, hvorvidt barnet er udsat for passiv rygning i hjemmet. Figur 21 viser forekomsten af børn, der er udsat for passiv rygning i hjemmet, der er 19,4 % af børnene, er udsat for passiv rygning i hjemmet.

Tidligere skulle sundhedsplejersken ikke notere passiv rygning i hjemmet, men hvorvidt barnet boede sammen med mindst én ryger. Figur 22 viser udviklingen i forekomst af børn, der bor sammen med mindst én ryger/er udsat for passiv rygning i hjemmet, opgjort på kommune og år. Af figuren fremgår det, at der i hele populationen er den samme andel indskolingsbørn i skoleåret 2014/2015, der var udsat for passiv rygning i hjemmet (23,4 %), som der var børn, der boede sammen med mindst én ryger i skoleåret 2013/2014. Figuren viser også, at der siden 2010/2011 er sket et fald i andelen af indskolingsbørn, der bor sammen med mindst én ryger/der er udsat for passiv rygning.

Figur 21. Forekomst af børn der udsættes for passiv rygning i hjemmet



Figur 22. Udviklingen i forekomst af børn, der bor sammen med mindst én ryger/udsat for passiv rygning i hjemmet opgjort på kommune og år





Sygdom og handicap hos barnet

I journalen registreres det, om barnet har handicap eller sygdomme. Feltet skal kun udfyldes, hvis der er ændringer i forhold til registreringer i spædbarnsjournalen. Der er derfor dannet en kombinationsvariabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen.

Af figur 23 fremgår det, at forekomsten af registrerede sygdomme og handicap i den samlede population er 7,2 %, hvilket svarer til det registrerede antal børn med sygdom eller handicap i 2013/2014.

Højde/vægt-kurver

Som en indikator for under- og overvægt blandt børn har man i Danmark tidligere ofte anvendt højde/vægt-kurver, udviklet i 1982 af Else Andersen på baggrund af en dansk referencepopulation (Andersen mfl., 1982). Nedenfor præsenteres andelen af børn, der ligger under 3 % percentilen og henholdsvis over 90 % og 97 % percentilen i forhold til disse højde/vægt-kurver.

Af figur 24 ses, at 1,4 % af børnene har en vægt i forhold til højde, der ligger under 3 % percentilen for referencepopulationen ved indskolingsundersøgelsen, det vil sige, at børnene har en meget lav vægt i forhold til deres højde. Forekomsten af børn der er under 3 % percentilen for referencepopulationen ved indskolingsundersøgelsen varierer fra 0,5 % til 2,0 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har de seneste fire år svinget mellem 1,1 og 1,6 % (figur ikke vist). Andelen af børn over 90 % højde/vægt percentilen er medtaget som indikator i rapporten, da det i et forebyggelsesperspektiv er vigtigt, at der sættes

Figur 23. Forekomst af sygdom/handicap hos barnet



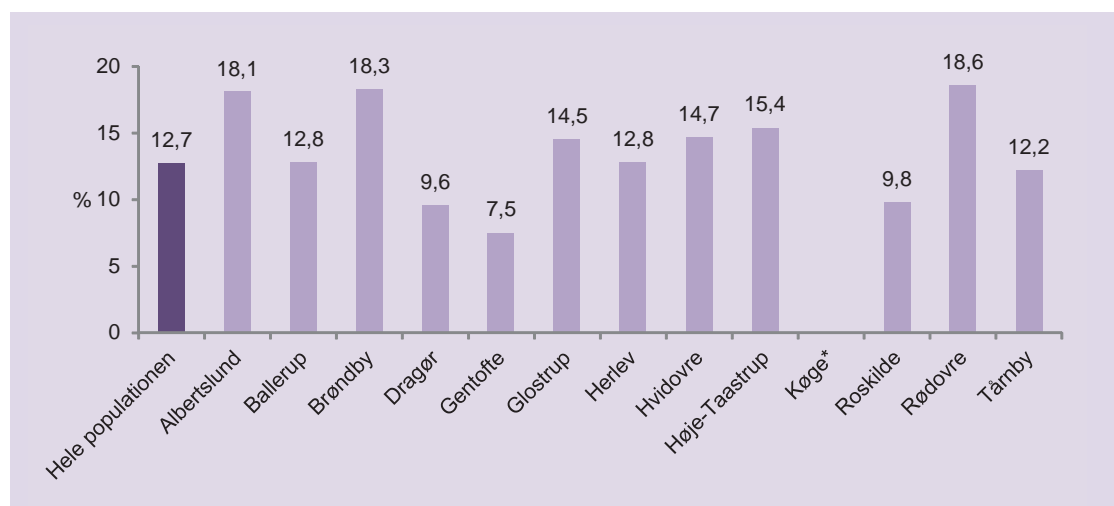
Figur 24. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde under 3 % percentilen

* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge



Figur 25. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen

* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge

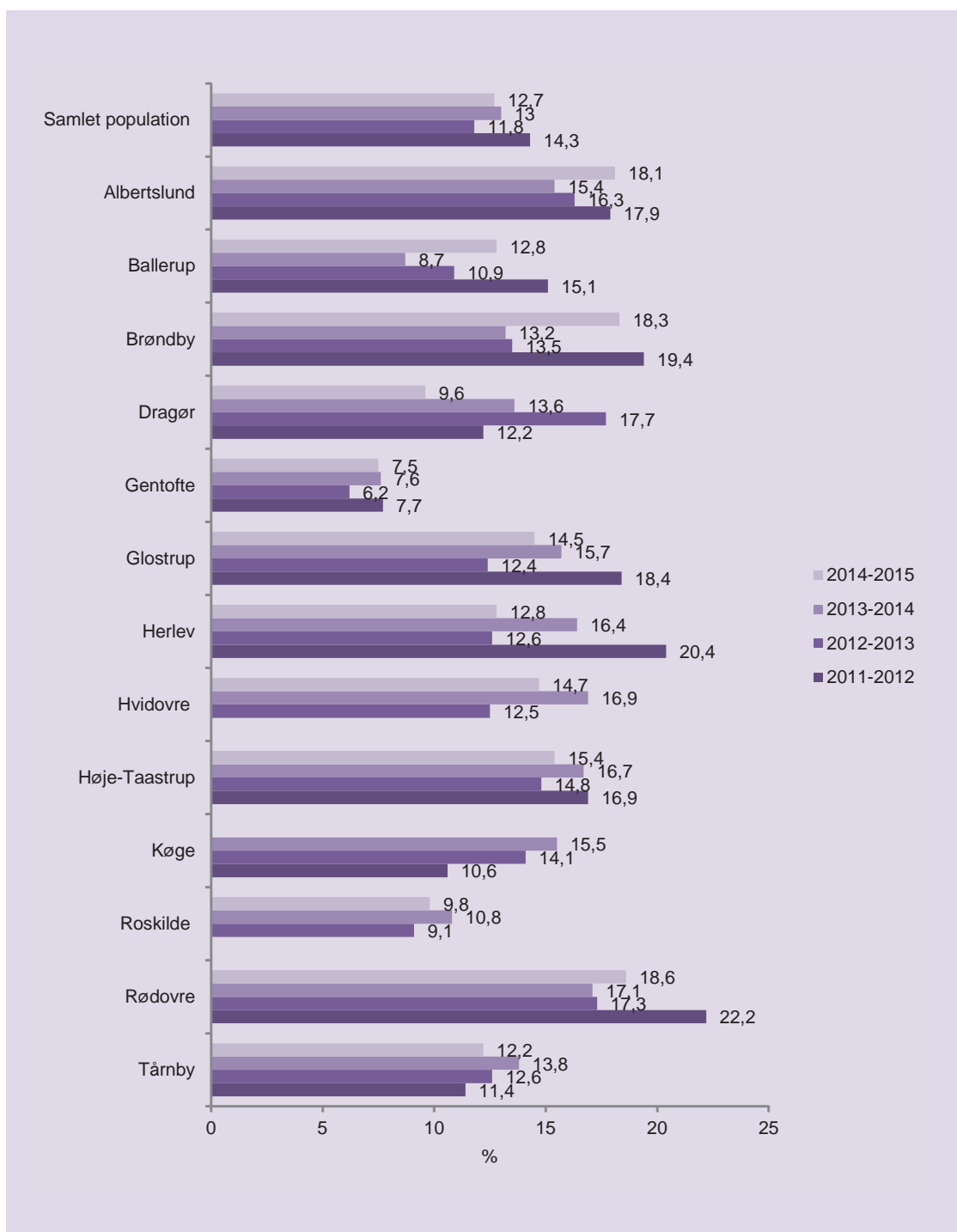


ind overfor børn, der er i risiko for overvægt. I den samlede population ligger 12,7 % af børnene over 90 % percentilen for vægt i forhold til højde ved undersøgelserne gennemført i 2014/15 (figur 25). Andelen, der ligger over 90 % percentilen, varierer mellem

7,5 og 18,6 % på tværs af de deltagende kommuner. Af figur 26 fremgår det, at andelen af børn over 90 % percentilen i den samlede population har svinget mellem 11,8 % og 14,3 % de seneste fire år.



Figur 26. Udvikling i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen opdelt på kommune og år



Figur 27. Forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 90 % percentilen.

* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge



Figur 27 viser andelen af børn med en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen. Det vil sige, at børnene har en høj vægt i forhold til deres højde. Her er der ligeledes store forskelle på tværs af kommunerne, idet forekomsten varierer mellem 2,4 % og 10,2 %. I den samlede population har 5,3 % af børnene en vægt i forhold til højde over 97 % percentilen. Som det fremgår af figur 28 har denne andel i den samlede population varieret mellem 4,5 % og 5,8 % de seneste fire år. En højde/vægt, der ligger over 97 % percentilen, indgår også i andelen af børn med en højde/vægt over 90 % percentilen. Tallene bør derfor ikke lægges sammen.



Figur 28. Udviklingen i forekomst af børn med vægt i forhold til højde over 97 % percentilen, opdelt på kommune og år



Figur 29. Forekomst af undervægt på baggrund af BMI

* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge



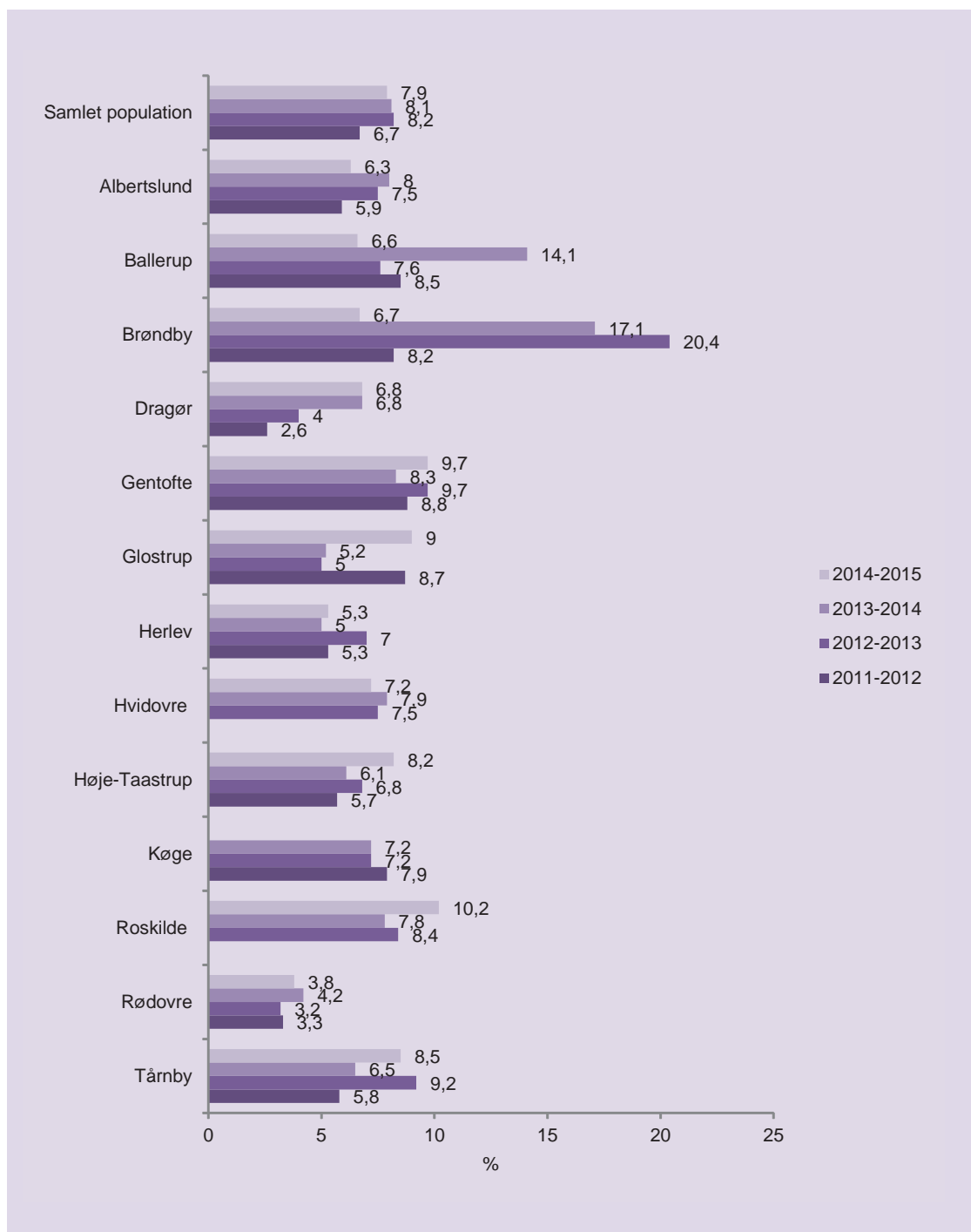
Børne-BMI-kurver

Tallene ovenfor er udtryk for én måde at vurdere overvægt og undervægt på. Det er en metode, der har været anvendt i Danmark i mange år. Siden 2014 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at der i stedet anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI kurver. Nedenstående figurer er baseret på Coles redefinerede BMI grænser fra 2012 (Cole mfl., 2000; Cole mfl., 2007; Cole mfl. 2012).

Af figur 29 ses, at 7,9 % af de børn, der er indskolingsundersøgt i 2014/15, er undervægtige. Variationen mellem kommuner er stor fra 10,2 % til 3,8 %. Af figur 30 ses, at andelen har svinget mellem 8,2 % og 6,7 % de seneste fire år.



Figur 30. Udvikling i forekomst af undervægt på baggrund af BMI, opdelt på kommune og år



Figur 31. Forekomst af overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI

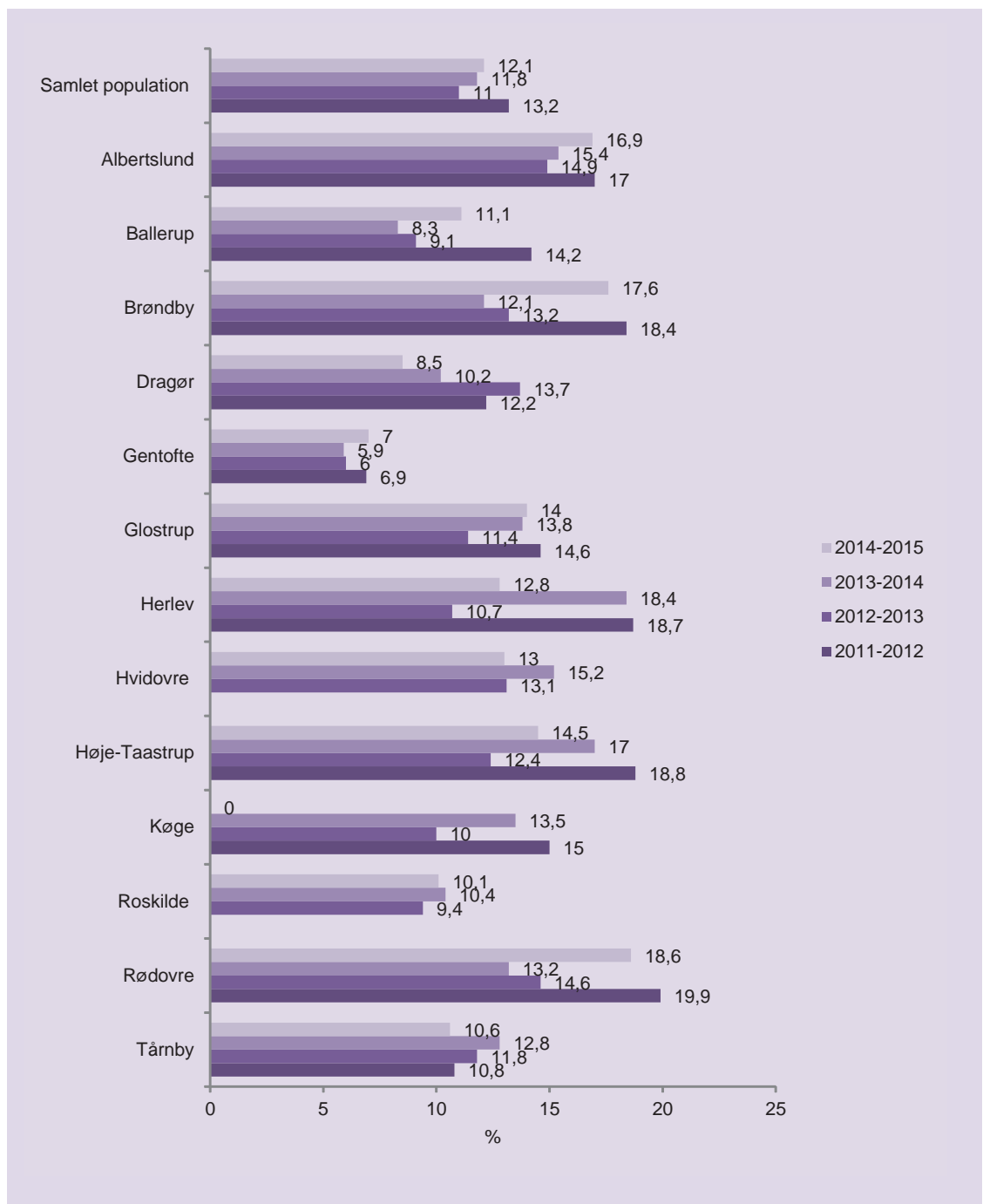
* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge



Af figur 31 fremgår det, at 12,1 % af børnene er overvægtige ved indskolingsundersøgelsen i 2014/15. I denne andel er forekomsten af svært overvægtige børn indbereget. Forekomsten af overvægt varierer fra 7,0 % til 18,6 % på tværs af kommunerne. Forekomsten har svinget mellem 11,0 % og 13,2 % de seneste fire år (se figur 32).



Figur 32. Udvikling i forekomst af overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI, opdelt på kommune og år



Figur 33. Forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI

* Der mangler højde og vægt målinger fra Køge



Figur 33 viser, at 2,6 % af børnene er svært overvægtige. Andelen varierer fra 0,0 % til 6,3 %. En tilsvarende andel af børn i den samlede population har været svært overvægtige ved indskolingsundersøgelserne de seneste fire år (se figur 34).



Figur 34. Udvikling i forekomst af svær overvægt på baggrund af BMI, opdelt på kommune og år



Figur 35. Forekomst af bemærkninger til motorik



Motorik

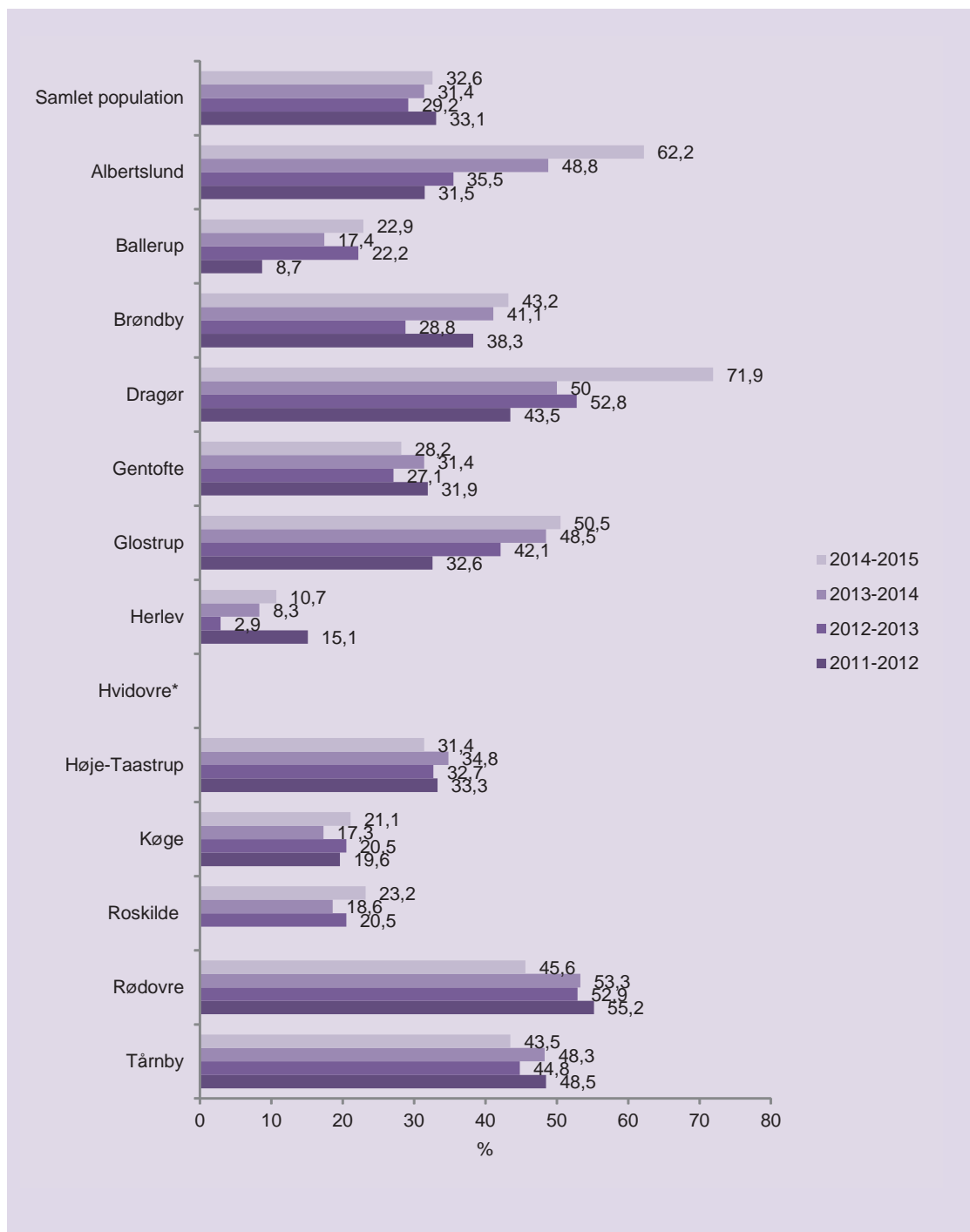
I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre eller venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Af figur 35 ses, at 32,6 % af børnene i den samlede population har bemærkninger til deres motoriske udvikling. Variationen i andelen af børn med bemærkninger til motorik er stor kommunerne imellem.

I Herlev er der noteret bemærkninger i 10,7 % af journalerne og i Dragør i 71,9 % af journalerne.

Figur 35 på viser udviklingen i forekomsten af bemærkninger til motorik i de seneste fire år. Af figuren ses, at forekomsten af bemærkninger til motorik i den samlede population har varieret mellem 29,2 % og 33,1 % de seneste fire år. Data fra Hvidovre er ikke medtaget for 2014/2015, da der kun er indrapporteret motorikdata om ganske få børn.



Figur 36. Udvikling i forekomst af bemærkninger til motorik, fordelt på kommune og år



Figur 37. Forekomst af børn med bemærkninger til forældre/barn relationen



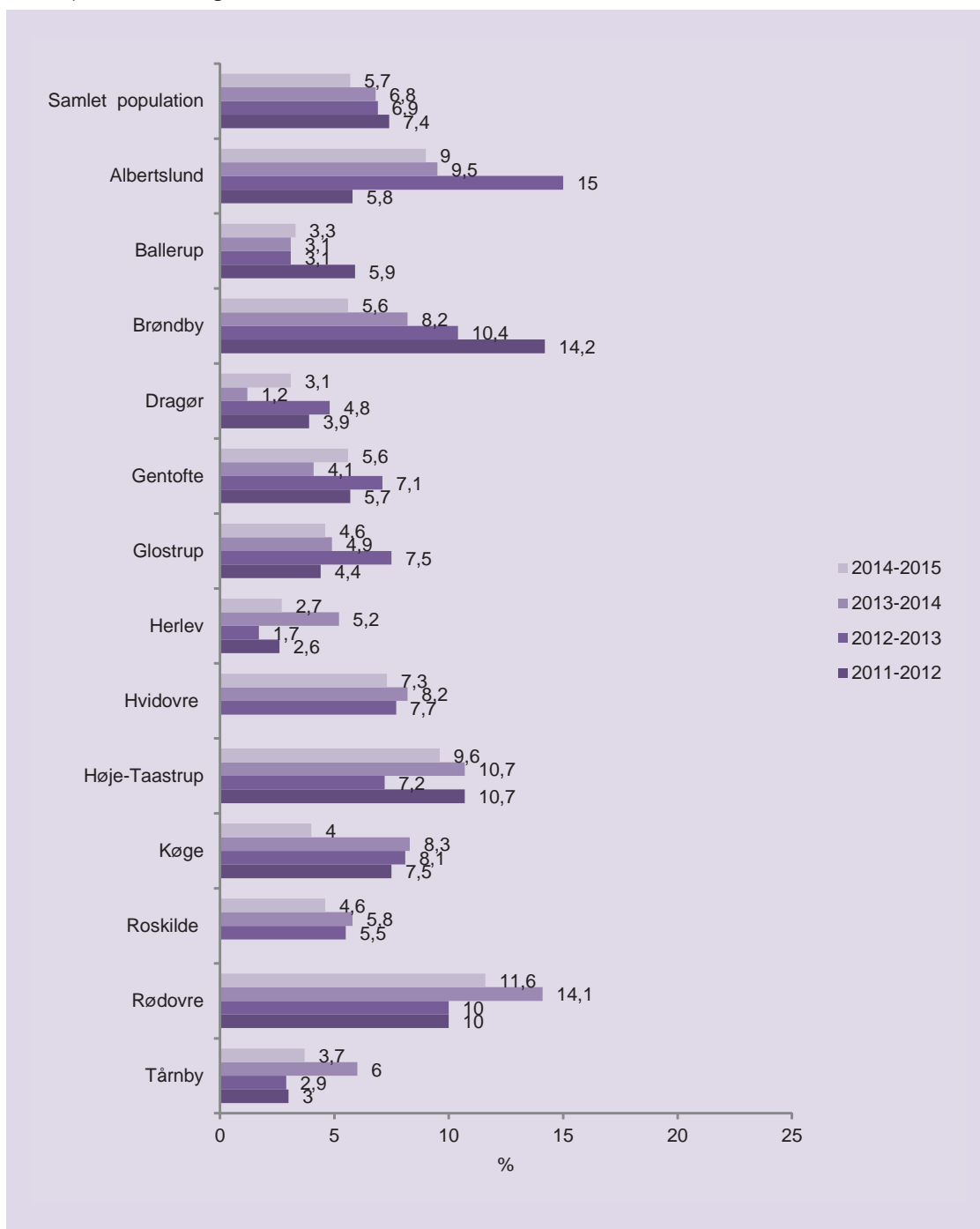
Forældre/barn relation

Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til kontakten mellem barn og forældre. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler.

Af figur 37 ses, at 5,7 % af børnene indskolet i 2014/2015 har bemærkninger til forældre/barn relationen. Forekomsten svinger fra 2,7 % i Herlev til 11,6 % i Rødovre. Forekomsten af bemærkninger er faldet en anelse de seneste tre år, fra 7,4 % i skoleåret 2011/2012 til 5,7 % i skoleåret 2014/2015 (figur 38).



Figur 38. Udvikling i forekomst af børn med bemærkninger til forældre/barn relation, fordelt på kommune og år





Børns sundhed



8. Referencer

- Almqvist C, Egmar AC, Hedlin G, Lundqvist M, Nordvall SL, Pershagen G, Svartengren M, van Hage-Hamsten M, Wickman M. Direct and indirect exposure to pets - risk of sensitization and asthma at 4 years in a birth cohort. *Clin Exp Allergy* 2003; 33: 1190-7.
- Andersen E, Hutchings B, Jansen J, Nyholm M. Højde og vægt hos danske børn. *Ugeskrift for Læger* 1982; 144 (24):1760-1765.
- Annesi-Maesano I, Mourad C, Daures JP, Kalaboka S, Godard P. Time trends in prevalence and severity of childhood asthma and allergies from 1995 to 2002 in France. *Allergy* 2009; 64: 798-800.
- Arshad SH, Tariq SM, Matthews S, Hakim E. Sensitization to common allergens and its association with allergic disorders at age 4 years: a whole population birth cohort study. *Pediatrics* 2001; 108: E33.
- Bacal LR. The impact of food allergies on quality of life. *Pediatr Ann* 2013; 42: 141-5.
- Ben-Gashir MA, Seed PT, Hay RJ. Quality of life and disease severity are correlated in children with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2004; 150: 284-90.
- Ben-Shoshan M, Turnbull E, Clarke A. Food allergy: temporal trends and determinants. *Curr Allergy Asthma Rep* 2012; 12: 346-72.
- Ben-Shoshan M, Kagan RS, Alizadehfar R, Joseph L, Turnbull E, St Pierre Y, Clarke AE. Is the prevalence of peanut allergy increasing? A 5-year follow-up study in children in Montreal. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123: 783-8
- Bergmann RL, Edenharter G, Bergmann KE, Lau S, Wahn U. Socioeconomic status is a risk factor for allergy in parents but not in their children. *Clin Exp Allergy* 2000; 30: 1740-5.
- Björkstén B. Genetic and environmental risk factors for the development of food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2005; 5: 249-53.
- Braun-Fahrländer C, Gassner M, Grize L, Neu U, Sennhauser FH, Varonier HS, Vuille JC, Wüthrich B. Prevalence of hay fever and allergic sensitization in farmer's children and their peers living in the same rural community. SCARPOL team. Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution. *Clin Exp Allergy* 1999; 29: 28-34.
- Chafen JJ, Newberry SJ, Riedl MA, Bravata DM, Maglione M, Suttrop MJ, Sundaram V, Paige NM, Towfigh A, Hulley BJ, Shekelle PG. Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. *JAMA* 2010; 303: 1848-56.
- Chen CM, Tischer C, Schnappinger M, Heinrich J. The role of cats and dogs in asthma and allergy--a systematic review. *Int J Hyg Environ Health* 2010; 213: 1-31.
- Chawes BL. Upper and lower airway pathology in young children with allergic- and non-allergic rhinitis. *Dan Med Bull* 2011; 58: B4278.
- Cole T, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 2000; 320: 1240-1243

Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 2007; 335:194.

Cole TJ, Lobstein, T Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7 (4), 284-294.

Collin SM, Granell R, Westgarth C, Murray J, Paul ES, Sterne JA, Henderson AJ. Associations of Pet Ownership with Wheezing and Lung Function in Childhood: Findings from a UK Birth Cohort. *PLoS One* 2015; 10: e0127756.

Coombs R, Simons E, Foty RG, Stieb DM, Dell SD. Socioeconomic factors and epinephrine prescription in children with peanut allergy. *Paediatr Child Health* 2011; 16: 341-4.

Cummings AJ, Knibb RC, King RM, Lucas JS. The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy* 2010; 65: 933-45.

Dhami S, Sheikh A. Estimating the prevalence of aero-allergy and/or food allergy in infants, children and young people with moderate-to-severe atopic eczema/dermatitis in primary care: multi-centre, cross-sectional study. *JR Soc Med* 2015; 108: 229-36.

Duncan JM, Sears MR. Breastfeeding and allergies: time for a change in paradigm? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008; 8: 398-405.

Dyer AA, Rivkina V, Perumal D, Smeltzer BM, Smith BM, Gupta RS. Epidemiology of childhood peanut allergy. *Allergy Asthma Proc* 2015; 36: 58-64.

Dyer AA, Gupta R. Epidemiology of childhood food allergy. *Pediatr Ann* 2013; 42: 91-5.

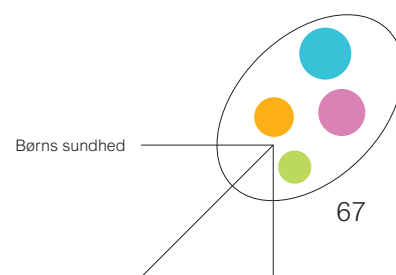
Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen A. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Galobardes B, Granell R, Sterne J, Hughes R, Mejia-Lancheros C, Davey Smith G, Henderson J. Childhood Wheezing, Asthma, Allergy, Atopy, and Lung Function: Different Socioeconomic Patterns for Different Phenotypes. *Am J Epidemiol*. 2015; 182: 763-74.

Gray CL, Levin ME, du Toit G. Ethnic differences in peanut allergy patterns in South African children with atopic dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol* 2015 Epub ahead of print.

Greiner AN, Hellings PW, Rotiroti G, Scadding GK. Allergic rhinitis. *Lancet* 2011; 378: 2112-22.

Grize L, Gassner M, Wüthrich B, Bringolf-Isler B, Takken-Sahli K, Sennhauser FH, Stricker T, Eigenmann PA, Braun-Fahrlander C; Swiss Surveillance Programme on Childhood Allergy and Respiratory symptoms with respect to Air Pollution (SCARPOL) team. Trends in prevalence of asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis in 5-7-year old Swiss children from 1992 to 2001. *Allergy* 2006; 61: 556-62.





Guandalini S, Newland C. Differentiating food allergies from food intolerances. *Curr Gastroenterol Rep* 2011; 13: 426-34.

Gupta RS, Springston EE, Warriar MR, Smith B, Kumar R, Pongracic J, Holl JL. The prevalence, severity, and distribution of childhood food allergy in the United States. *Pediatrics* 2011; 128: e9-17.

Gustafsson D, Sjöberg O, Foucard T. Development of allergies and asthma in infants and young children with atopic dermatitis – a prospective follow-up to 7 years of age. *Allergy* 2000; 55: 240-5.

Hagerhed-Engman L, Bornehag CG, Sundell J, Aberg N. Day-care attendance and increased risk for respiratory and allergic symptoms in preschool age. *Allergy* 2006; 61: 447-53.

Halken S. Prevention of allergic disease in childhood: clinical and epidemiological aspects of primary and secondary allergy prevention. *Pediatr Allergy Immunol* 2004; 15 Suppl 16: 4-5, 9-32.

Hammer-Helmich L, Lineberg A, Thomsen SF, Glümer C. Association between parental socioeconomic position and prevalence of asthma, atopic eczema and hay fever in children. *Scand J Public Health* 2014; 42: 120-7.

Hammer-Helmich L. Implications of eczema, asthma and hay fever in children – and the role of socioeconomic position (PhD-thesis). Copenhagen: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, 2014.

Hannaway PJ, Connely ME, Cobbett RM, Dobrow PJ. Differences in race, ethnicity, and socioeconomic status in schoolchildren dispensed injectable epinephrine in 3 Massachusetts school districts. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005; 95: 143-8.

Hatakka K, Piirainen L, Pohjavuori S, Poussa T, Savilahti E, Korpela R. Allergy in day care children: prevalence and environmental risk factors. *Acta Paediatr* 2009; 98: 817-22.

Heinrich J, Wichmann HE. Traffic related pollutants in Europe and their effect on allergic disease. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2004; 4: 341-8.

Ho MH, Wong WH, Chang C. Clinical spectrum of food allergies: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2014; 46: 225-40.

Hur K, Liang J, Lin SY. The role of secondhand smoke in allergic rhinitis: a systematic review. *Int Forum Allergy Rhinol* 2014; 4: 110-6.

Høst A. Frequency of cow's milk allergy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 89 (6 Suppl 1): 33-7.

Irei AV, Sato Y, Lin TL, Wang MF, Chan YC, Hung NT, Kunii D, Sakai T, Kaneda M, Yamamoto S. Overweight is associated with allergy in school children of Taiwan and Vietnam but not Japan. *J Med Invest* 2005; 52: 33-40.

Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K, Andersen A-MN, Mortensen L, Juhl M, Due P. Danske børns sundhed og sygelighed. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2009.

Johansen A, Rasmussen S, Madsen M. Health behaviour among adolescents in Denmark: influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006; 34: 32-40.

Kiotseridis H, Cilio CM, Bjermer L, Aurivillius M, Jacobsson H, Dahl Å, Tunsäter A. Quality of life in children and adolescents with respiratory allergy, assessed with a generic and disease-specific instrument. *Clin respir J* 2013; 7: 168-75.

Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Korol D, Kaczmarzskin M. Positive family history of allergy in children with hypersensitivity to cow's milk. *Med Sci Monit* 2001; 7: 966-70.

Kudzyte J, Griska E, Bojarskas J. Time trends in the prevalence of asthma and allergy among 6-7-year-old children. Results from ISAAC phase I and III studies in Kaunas, Lithuania. *Medicina (Kaunas)* 2008; 44: 944-52.

Lao-araya M, Trakultivakorn M. Prevalence of food allergy among preschool children in northern Thailand. *Pediatr Int* 2012; 54: 238-43.

Leung TF, Kong AP, Chan IH, Choi KC, Ho CS, Chan MH, So WY, Lam CW, Wong GW, Chan JC. Association between obesity and atopy in

Chinese schoolchildren. *Int Arch Allergy Immunol* 2009M 149: 133-40.

Liem JJ, Kozyrskyj AL, Huq SI, Becker AB. The risk of developing food allergy in premature or low-birth-weight children. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 1203-9.

Lindgren A, Stroh E, Jakobsson K. Ever dispense of prescribed allergy medication in children growing up close to traffic: a registry-based birth cohort. *BMC Public Health* 2015; 15: 1023.

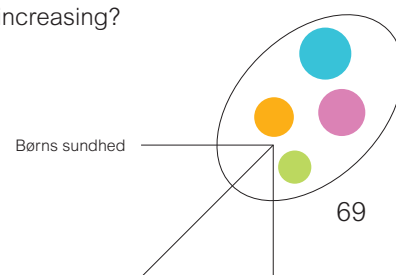
Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1991.

Majkowska-Wojciechowska B, Pelka J, Korzon L, Kozłowska A, Kaczala M, Jarzebska M, Gwardys T, Kowalski ML. Prevalence of allergy, patterns of allergic sensitization and allergy risk factors in rural and urban children. *Allergy* 2007; 62: 1044-50.

Marklund B, Ahlstedt S, Nordström G. Health-related quality of life in food hypersensitive schoolchildren and their families: parents' perceptions. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 48.

Matterne U, Schmitt J, Diepgen TL, Apfelbacher C. Children and adolescents' health-related quality of life in relation to eczema, asthma and hay fever: results from a population-based cross-sectional study. *Qual Life Res* 2011; 20: 1295-305.

Maziak W, Behrens T, Brasky TM, Duhme H, Rzehak P, Weiland SK, Keil U. Are asthma and allergies in children and adolescents increasing?



- Results from ISAAC phase I and phase III surveys in Münster, Germany. *Allergy* 2003; 58: 572-9.
- McNeill G, Tagiyeva N, Aucott L, Russell G, Helms P. Changes in the prevalence of asthma, eczema and hay fever in pre-pubertal children: a 40-year perspective. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009; 23: 506-12.
- Metsios GS, Flouris AD, Koutedakis Y. Passive smoking, asthma and allergy in children. *Inflamm Allergy Drug Targets* 2009; 8: 348-52.
- Millqvist E, Johansson A, Månsson T, Bende M. A prospective study of allergy development in 158 children and 128 adults with new extensive exposure to furred animals. *Clin Exp Allergy* 2007; 37: 948-53.
- Morou Z, Tatsioni A, Dimoliatis ID, Papadopoulos NG. Health-related quality of life in children with food allergy and their parents: a systematic review of the literature. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2014; 24: 382-95.
- Mullins RJ. Paediatric food allergy trends in a community-based specialist allergy practice, 1995-2006. *Med J Aust* 2007; 186: 618-21.
- Murray CS, Canoy D, Buchan I, Woodcock A, Simpson A, Custovic A. Body mass index in young children and allergic disease: gender differences in a longitudinal study. *Clin Exp Allergy* 2011; 41: 78-85.
- Nafstad P, Brunekreef B, Skronedal A, Nystad W. Early respiratory infections, asthma, and allergy: 10-year follow-up of the Oslo Birth Cohort. *Pediatrics* 2005; 116: e255-62.
- Nielsen A, Lie HR, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, 1998.
- Nielsen A, Pedersen CR, Madsen M. Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark – og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
- Nwaru KL, Hickstein L, Panesar SS, Muraro A, Werfel T, Cardona V, Dubois AE, Halken S, Hoffmann-Sommergruber K, Poulsen LK, Roberts G, Van Ree R, Vlieg-Boerstra BJ, Sheikh A; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. The epidemiology of food allergy in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy* 2014; 69: 62-75.
- Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Et nyt instrument til screening for psykopatologi i alderen 4-16 år. *Ugeskrift for Læger* 2003; 165: 462-5.
- Pascual CY, Crespo JF, Perez PG, Esteban MM. Food allergy and intolerance in children and adolescents, an update. *Eur J Clinical Nutr* 2000; 54 Suppl 1: S75-S78.
- Passalacqua G, Canonica GW, Baiardini I. Rhinitis, rhinosinusitis and quality of life in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2007; 18 Suppl 18: 40-5.

Pohlabeln H, Mühlenbruch K, Jacobs S, Böhm H. Frequency of allergic diseases in 2-year-old children in relationship to parental history of allergy and breastfeeding. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2010; 20: 195-200.

Protudjer J, Jansson SA, Östblom E, Arnlind M, Bengtsson U, Dahlen SE, Kallström-Bengtsson Marklund B, Middelveld R, Rentzos G, Sundqvist AC, Åkerström J, Ahlstedt S. Health-related quality of life in children with objectively diagnosed staple food allergy assessed with a disease-specific questionnaire. *Acta Paediatr* 2015; 104: 1047-54.

Purvis DJ, Thompson JM, Clark PM, Robinson E, Black PN, Wild CJ, Mitchell EA. Risk factors for atopic dermatitis in New Zealand children at 3.5 years of age. *Br J Dermatol* 2005; 152: 742-9.

Pyrhönen K, Hiltunen L, Näyhä S, Läärä E, Kaila M. Real-life epidemiology of food allergy testing in Finnish children. *Pediatr Allergy Immunol* 2011; 22: 361-8.

Pyrhönen K, Näyhä S, Läärä E. Dog and cat exposure and respective pet allergy in early childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2015; 26: 247-55.

Riedler J, Eder W, Oberfeld G, Schreuer M. Austrian children living on a farm have less hay fever, asthma and allergic sensitization. *Clin Exp Allergy* 2000; 30: 194-200.

Rona RJ, Keil T, Summers C, Gislason D, Zuidmeer L, Sodergren E, Sigurdardottir ST, Lindner T, Goldhahn K, Dahlstrom J, McBride D, Madsen C. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 120: 638-46.

Rönmark E, Lundbäck B, Jönsson E, Platts-Mills T. Asthma, type-1 allergy and related conditions in 7- and 8-year-old children in northern Sweden: prevalence rates and risk factor pattern. *Respir Med* 1998; 92: 316-24.

Saulyte J, Regueira C, Montes-Martinez A, Khudyakov P, Takkouche B. Active or passive exposure to tobacco smoking and allergic rhinitis, allergic dermatitis, and food allergy in adults and children: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2014; 11: e1001611.

Savage J, Johns CB. Food allergy: epidemiology and natural history. *Immunol Allergy Clin North Am* 2015; 35: 45-59.

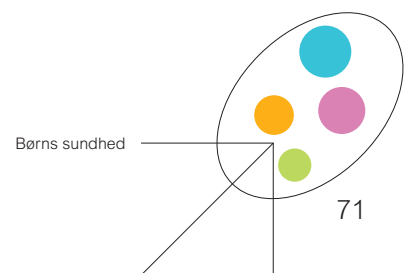
Schernhammer ES, Vutuc C, Waldhör T, Haidinger G. Time trends of the prevalence of asthma and allergic disease in Austrian children. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19: 125-31.

Schram ME, Tedja AM, Spijker R, Bos JD, Williams HC, Spuls PI. Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. *Br J Dermatol* 2010; 162: 964-73.

Silverberg J, Simpson EL, Durkin HG, Joks R. Prevalence of allergic disease in foreign-born American children. *JAMA Pediatr* 2013; 167: 554-60.

Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 5. Parental smoking and allergic sensitisation in children. *Thorax* 1998; 53: 117-23.

Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.



- Sundhedsstyrelsen. Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning til skolesundhedstjenesten. Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
- Sundhedsstyrelsen. Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.
- Tuokkola J, Kaila M, Pietinen P, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Agreement between parental reports and patient records in food allergies among infants and young children in Finland. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 984-9.
- Taylor-Black S, Wang J. The prevalence and characteristics of food allergy in urban minority children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2012; 109: 431-7.
- Turnbull JL, Adams HN, Gorard DA. Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 41: 3-25.
- Venter C, Arshad SH. Epidemiology of food allergy. *Pediatr Clin North Am* 2011; 58: 327-49.
- Venter C, Hasan Arshad S, Grundy J, Pereira B, Bernie Clayton C, Voigt K, Higgins B, Dean T. Time trends in the prevalence of peanut allergy: three cohorts of children from the same geographical location in the UK. *Allergy* 2010; 65: 103-8.
- Visness CM, London SJ, Daniels JL, Kaufman JS, Yeatts KB, Siega-Riz AM, Liu AH, Calatroni A, Zeldin DC. Association of obesity with IgE levels and allergy symptoms in children and adolescents: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2006. *J Allergy Clin Immunol* 2009; 123: 1163-9.
- Von Mutius E. The rising trends in asthma and allergic disease. *Clin Exp Allergy* 1998; 28 Suppl 5: 45-9; discussion 50-1.
- Warren CM, Jhaveri S, Warriar MR, Smith B, Gupta RS. The epidemiology of milk allergy in US children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2013; 110: 370-4.
- Warren CM, Gupta RS, Sohn MW, Oh EH, Lal N, Garfield CF, Caruso D, Wang X, Pongracic JA. Differences in empowerment and quality of life among parents of children with food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2015; 114: 117-25.
- Waser M, von Mutus E, Riedler J, Nowak D, Maisch S, Carr D, Eder W, Tebow G, Schierl R, Schreuer M, Braun-Fahrländer C; ALEX Studt team. Exposure to pets, and the association with hay fever, asthma, and atopic sensitization in rural children. *Allergy* 2005; 60: 177-84.
- Weidinger S, Novak N. Atopic dermatitis. *Lancet* 2015 (Epub ahead of print)
- Weinmayr G, Forastere F, Büchele G, Jaensch A, Strachan DP, Nagel G; ISAAC Phase Two Studt Group. Overweight/obesity and respiratory and allergic disease in children: international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) phase two. *PLoS One* 2014; 9: e113996.

Wickman M. When allergies complicate allergies. *Allergy* 2005; 60 Suppl 79: 14-8.

Yang YW, Tsai CL, Lu CY. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Br J Dermatol* 2009; 161: 373-83.

Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011

Link til publikationer foreligger på hjemmesiden si-folkesundhed.dk/links/Databasen

Temarapporter

2015

Familietypens betydning for indskolingsbørns sundhed og trivsel - Temarapport og årsrapport Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014. Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Weber Pant S, Holstein B E. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2013 Databasen Børns Sundhed, Weber Pant S, Johansen A, Holstein BE. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2014

Gråd, uro og spiseproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersken. Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Børns trivsel ved indskoling. Temarapport om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012-

2013. Ellegaard Jørgensen S, Svendsen M, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2013

Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

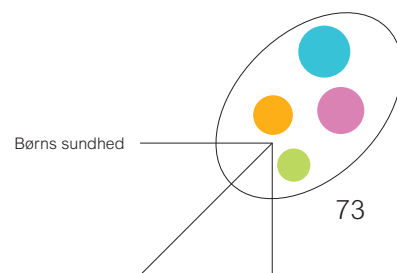
2012

Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Motoriske vanskeligheder - sundhedsplejerskerens undersøgelser af motorik ved indskoling. Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2011

Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laurisen B, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet



Årsberetninger

2014

Årsberetning - om børn født i 2012 og børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014. Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Glenstrup Lauemøller S. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012/13

Databasen Børns Sundhed, Johansen A, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2013

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12

Jørgensen SE, Svendsen M, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Årsberetning om børn født i 2011

Jørgensen SE, Rayce SB, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

2012

Årsberetning om børn født i 2010 - Databasen Børns Sundhed
Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Rapporter om Region Hovedstaden

2013

Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden
Jørgensen SE, Rayce SB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M, Holstein BE. Region Hovedstaden København

Artikler

2014

Busck-Rasmussen M, Fredsted Villadsen S, Nyboe Norsker F, Mortensen L, Nybo Andersen AM. Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. *Matern Child Health J* DOI 2014 18:2479-2488

2013

Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, Schou Andersen C, Geisler Andersen L, Rasmussen M, Nybo Andersen AM, Due P, Sørensen TI. Trends in prevalence of overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents – are we still on a plateau? *PLoS ONE* 2013; 8: e69860

2011

Ammitzbøll J. Opdag psykiske problemer i barnets første leveår *Sygeplejersken* 2011; 14: 58-59

Ammitzbøll J. Sundhedsplejerskeordninger deltager i udvikling af en screening for psykiske helbredsproblemer i 9-10 måneders alderen. *Sundhedsplejersken* 2011; 5: 38-39.



Afhandlinger og specialer

2013

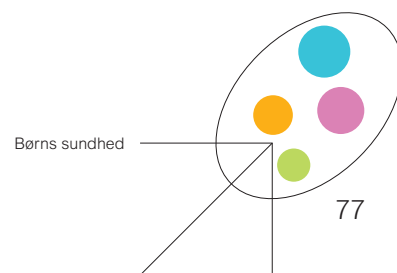
Mylin KL. Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15.418 spædbørnsfamilier. Kandidatspeciale ved den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet 2013.

9. Oversigt over anvendte variable

Tabel 4 Oversigt over anvendte variable

Variable	Oplysninger stammer fra	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Kommune	Oplysning om hvilken kommune barnet er fra, baseres på hvilken kommune, der har sendt journaldata om barnet ved indskoling.	
Barnets køn	Barnets køn udledes fra barnets CPR-nummer.	1) pige 2) dreng
Familiestatus	Familiestatus er baseret på oplysninger fra stamdata ved indskoling om, hvem barnet bor med.	1) bor med begge forældre 2) bor hos far eller mor og 3) bor på skift.
Mor og fars alder ved fødslen	Forældrenes alder ved fødslen defineret ud fra barnets og den pågældende forældres CPR-nummer. Disse er registreret i stamdata.	1) 25 år eller under 2) 26 år eller ældre.
Mor og fars erhvervsmæssige tilknytning	Mor og fars erhverv er baseret på oplysninger fra stamdata om, hvorvidt henholdsvis mor og far er i arbejde eller ej.	1) i erhverv 2) ikke i erhverv.
Mor og fars etniske herkomst	Forældrenes etniske herkomst beskrives på baggrund af informationer fra stamdata. Der er dannet en separat variabel for henholdsvis mor og far, og disse er inddelt i kategorierne dansk og anden etnisk herkomst end dansk.	1) dansk 2) anden etnisk herkomst end dansk.
Mors og fars uddannelse	Mor og fars uddannelsesniveau beskrives på baggrund af stamdata om, hvorvidt far eller mor har mere end folkeskolen.	1) max tiende klasse 2) mere end tiende klasse.
Sygdom og handicap hos barnet	I journalen kan sundhedsplejersken registrere, om barnet har handicap eller sygdom. Feltet skal kun udfyldes i indskolingsjournalen, hvis der er ændringer i forhold til registreringer i spædbarnsjournalen. Der er derfor dannet en kombinationsvariabel, der rummer data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen.	1) ingen sygdom/handicap hos barnet og 2) sygdom/handicap hos barnet.
Højde/vægt kurver	Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med indskolingsundersøgelsen barnets højde og vægt. Disse kodes på baggrund af højde/ vægt kurver udviklet af Else Andersen.	1) under 3 % percentilen 2) normal vægtig 3) over 90 % og 4) over 97 % percentilen.
BMI	Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med indskolingsundersøgelsen barnets højde og vægt. Disse kodes på baggrund af Coles kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI kurver fra 2012.	
Motorik	I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner; gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre og venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Informationen er inddelt efter, om der er bemærkninger til motorik eller ej.	1) bemærkning 2) ingen bemærkning.

Variable	Oplysninger stammer fra	Kategorier, der anvendes i temarapporten
Bemærkning til fysisk aktivitet	Sundhedsplejersken vurderer i samarbejde med forældrene barnets gennemsnitlige aktivitetsniveau og registrerer en bemærkning, hvis barnet er fysisk aktiv i mindre end en time om dagen.	1) bemærkning eller 2) ingen bemærkning.
Skoletrivsel	Ved samtalen med barnet beder sundhedsplejersken barnet vurdere sin egen skoletrivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen".	1) meget glad/ glad 2) midt imellem/ikke glad.
Almen trivsel	Ved samtalen med barnet beder sundhedsplejersken barnet vurdere sin egen almene trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger (meget glad, glad, midt imellem og ikke glad). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnet.	1) meget glad/ glad 2) midt imellem/ikke glad.
Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende (SDQ)	Ved indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere følgende udsagn om barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder: <ul style="list-style-type: none"> • Er lidt af en enspænder • Har mindst én god ven • Er generelt vellidt af andre børn • Bliver mobbet eller drillet af andre børn • Kommer bedre ud af det med voksne end andre børn Forældrene bliver bedt om at vurderer hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "passer ikke", "passer delvist" og "passer godt". På baggrund af forældrene svar udregnes en samlet score for barnets forhold til jævnaldrende.	1) ingen vanskeligheder i forhold til jævnaldrende 2) i grænseområdet 3) vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.
Passiv rygning	Oplysninger om passiv rygning stammer fra stamdata ved indskoling, hvor sundhedsplejersken noterer om barnet udsættes for passiv rygning i hjemmet.	1) udsættes for passiv rygning 2) udsættes ikke for passiv rygning.
Medfødt sygdom eller handicap	Medfødt sygdom og handicap er baseret på oplysninger fra stamdata, hvor sundhedsplejersken noterer de handicap, der forventes at give barnet tab eller begrænsninger i mulighederne for at deltage på lige fod med andre (f.eks. Downs Syndrom). Her noteres også misdannelser såsom hjertesygdomme, klumpfod etc.	1) ingen medfødt sygdom/handicap hos barnet og 2) medfødt sygdom/handicap hos barnet.



10. Logistiske regressionsanalyser

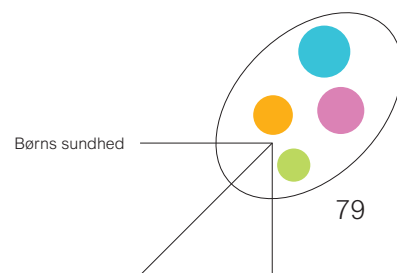
Tabel 5. OR (95 % CI) for allergi for sociodemografiske faktorer ved indskoling.


a Indbyrdes justeret for køn, mors etniske herkomst og familærdisposition for allergi.

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Køn (n=)		
Dreng	1,25 (1,05-1,50)	1,32 (1,08-1,60)
Pige	1 (reference)	1 (reference)
Mors etniske herkomst		
Dansk herkomst	1 (reference)	1 (reference)
Anden etniske herkomst end dansk	1,35 (1,01-1,83)	1,43 (1,03-1,99)
Familienær disposition		
Ingen forældre allergi	1 (reference)	1 (reference)
En forælder allergi	1,32 (1,02-1,72)	1,32 (1,02-1,73)
To forældre allergi	1,68 (1,07-2,63)	1,70 (1,08-2,67)

Tabel 6. OR (95 % CI) for allergi
 a justeret for køn, mors etniske herkomst og
 familiær disposition for allergi

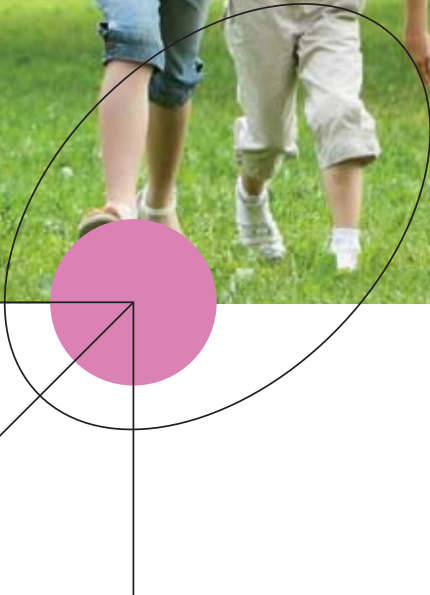
	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Familietype (n=)		
Bor med begge	1 (reference)	1 (reference)
Bor på skift	1,12 (0,84-1,49)	1,14 (0,83-1,56)
Bor med mor eller far	1,58 (1,19-2,09)	1,76 (1,30-2,38)
Ældre søskende		
Førstefødt	1,33 (1,03-1,71)	1,43 (1,06-1,93)
Ældre søskende	1 (reference)	1 (reference)
Mors alder		
Mor max 25 år ved fødslen	1,52 (1,08-2,12)	1,65 (1,11-2,47)
Mor ældre end 25 år ved fødslen	1 (reference)	1 (reference)
Fars alder		
Far max 25 år ved fødslen	1,94 (1,20-3,13)	1,94 (1,06-3,56)
Far ældre end 25 år ved fødslen	1 (reference)	1 (reference)
Eksem i første leveår		
Ikke eksem	1 (reference)	1 (reference)
Eksem i første leveår	2,13 (1,50-3,04)	2,38 (1,58-3,59)
Overvægt BMI		
Normal eller undervægtig	1 (reference)	1 (reference)
Overvægtig (inklusive svær overvægt)	1,32 (1,00- 1,73)	1,28 (0,95-1,74)





BØRNS SUNDHED

Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens Institut for
Folkesundhed



Indskoling
skoleåret
2014/2015