

# Langvarig sygdom hos danske børn rapporteret af forældrene

Speciallæge Anne M. Nielsen, speciallæge Birgitte Gade Koefoed, cand.stat. Ralf Møller & cand.scient. Bjarne Laursen

Statens Institut for Folkesundhed, København

## Resume

**Introduktion:** Formålet med artiklen er at beskrive forekomst, art og umiddelbare konsekvenser af forælderreporteret langvarig sygdom hos børn under 16 år i Danmark samt at identificere sociodemografiske determinanter for langvarig sygdom.

**Materiale og metoder:** Forældrene til 7.670 hjemmeboende børn under 16 år blev i Statens Institut for Folkesundheds befolkningsundersøgelse i 2000 (SUSY 2000) interviewet om forekomst og art af langvarig sygdom hos børnene, inklusive handicap og følger efter skader og sygdom. Svarene blev kodet efter International Classification of Diseases (ICD)-10. Der blev anvendt logistiske regressionsanalyser til identificering af determinanter for og konsekvenser af langvarig sygdom.

**Resultater:** I alt 16,2% af børnene havde mindst en langvarig sygdom, drengene hyppigere end pigerne (17,5% mod 14,8%). Prævalensen steg gennem småbarnsalderen og var højest hos børn af forældre med lav socioøkonomisk status eller kort uddannelse. Den hyppigste diagnose var astma (4,9%). Herudover var medfødte misdannelser (1,6%), mellemørebetændelse (1,4%) og hørenedsættelse (0,6%) hyppige. Børn med langvarig sygdom havde hyppigere end andre børn generelt haft dårligt helbred det seneste år, dårlig psykisk trivsel og sygefravær.

**Konklusion:** Forælderreporteret langvarig sygdom forekom i samme omfang som i tidligere undersøgelser, men stigmatiserende, lette og periodevis forekommende sygdomme skønnedes at være underrapporteret. Opmærksomheden bør rettes mod den høje forekomst af astma, de syge børns ringere psykiske trivsel og generelle helbred samt den sociale ulighed i børns sundhed.

Forekomsten af langvarige sygdomme hos børn i Danmark er dårligt belyst. Tidligere undersøgelser har vedrørt børn i bestemte aldersgrupper eller i afgrænsede sygdomskategorier og derfor ikke givet et samlet billede af forekomsten. I undersøgelser, der byggede på forælderreporterede data, forekom langvarig sygdom hos 7-36% [1-4], og i undersøgelser af lægerapporteret sygdom var forekomsten 15-70% [5-8]. For enkelte sygdomme hos børn findes der nationale sygdomsregistre [9-11]. Tidligere undersøgelser og skøn har peget på en forekomst af medfødte misdannelser og alvorlige handicap hos børn på 1-2% [9, 12, 13].

På Statens Institut for Folkesundhed er der siden 1987 gennemført landsrepræsentative interviewundersøgelser om danskernes sundhed og sygelighed. I undersøgelsen i 2000 (SUSY

2000) indgik spørgsmål til de voksne i undersøgelsen om langvarig sygdom hos hjemmeboende børn under 16 år [14].

Formålet med denne artikel er at beskrive forekomst, determinanter og konsekvenser af langvarig sygdom hos børn under 16 år baseret på forælderreporterede data samt at beskrive arten af langvarig sygdom.

## Materiale og metoder

Materiale og metodemæssige detaljer er tidligere blevet beskrevet [14]. I alt 22.486 danske statsborgere på over 16 år blev udtaget til hjemmeinterview i 2000, 16.690 indgik (74%). Hvis der var hjemmeboende børn under 16 år, blev der stillet spørgsmål om børnenes sundhed for de fire ældste, herunder et åbent spørgsmål om forekomst af langvarig sygdom (op til fire sygdomme pr. barn) (**Tabel 1**). Respondenten kunne være far, mor eller stedforælder til barnet og omtales som forælder.

Oplysningerne om langvarig sygdom blev kodet efter International Classification of Diseases (ICD)-10 [15] af to læger; forskelle i kodningen blev drøftet indtil konsensus. Alle tilfælde af allergi, også fødemiddelallergi, blev kodet som T78.4: allergi uden specifikation (u.s.); alle tilfælde af astma, bronkitis, lungebetændelse, dårlige lunger og vejrtrækningsproblemer blev kodet som J45.9: astma u.s., og alle tilfælde af mellemørebetændelse, dårlige ører, ondt i øret, ørerne, dræn i øret og væske i øret blev kodet som H66.9: mellemørebetændelse u.s. I få tilfælde var der skrevet 0 ved spørgsmålet om langvarig sygdom eller anført, at barnet nu var rask. Disse udgik af analysen og er årsag til en marginalt lavere forekomst af langvarig sygdom i denne artikel end tidligere beskrevet [14]. Sytten sygdomstilfælde var uklassificerbare, men indgik.

## Statistiske metoder og vægtning

Ved sammenligning med udtræk fra Danmarks Statistik var stikprøven repræsentativ for husstande i Danmark vedrørende børnenes køn og antal børn i familien (bortset fra familier med fem børn eller flere), men børn under et år var underrepræsenteret tillige med børn af enlige, der kun havde halvt så stor chance for at blive udtrukket som børn i parfamilier. Stikprøven var geografisk skævt udvalgt med overrepræsentation af interviewede i små amter. Ved beregning af den samlede sygdomsprævalens blev skævhederne for familietype og amt ophævet gennem vægtning af data (**Tabel 2**). Logistisk regressionsanalyse blev anvendt ved beregning af odds-ratioer for determinanter. I analyserne indgik barnets alder og køn samt forældrens køn. I analyserne blev der taget hensyn til, at sygdomsrisikoen blandt søskende kunne være indbyrdes afhængig [14].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Der blev ikke foretaget vægtning vedrørende forekomsten af de enkelte sygdomme og sygdomsgrupper, da hverken geografiske forhold eller familietype påvirkede den samlede prævalens afgørende. Prævalenserne for sygdomsgrupperne er opgivet med 95% sikkerhedsgrænser i **Tabel 3**. Vægtning af en sygdom med et tilfælde ville have medført, at den beregnede prævalens ville variere fra 0,2 til 3,6 pr. 10.000 børn (uvægtet: 1,3 pr. 10.000 børn).

For hver af de største sygdomsgrupper (prævalens  $\geq 0,8\%$ ) blev der foretaget yderligere analyser af determinanter og effekter, i analyserne blev de socioøkonomiske grupper slået sammen i tre kategorier: 1) funktionærer, som omfattede selvstændige og funktionærer 2) arbejdere, uaglærte og faglærte og 3) uden for arbejdsmarkedet. Der blev ikke kontrolleret for barnets køn og alder i disse analyser. I determinantanalyserne blev der anvendt vægtede antal. Resultaterne er rapporteret

som signifikante, hvis konfidensintervallerne for prævalenserne ikke overlappede, og som ikkesignifikante tendenser, hvis de overlappede, men der samtidig var stor forskel på prævalenserne. Ved effektanalyserne er anvendt  $\chi^2$ -test med signifikansniveau ved  $p < 0,05$ .

## Resultater

**Forekomst og determinanter for langvarig sygdom**

Stikprøven omfattede 7.670 børn fra 4.450 husstande. Af disse havde 16,2% (1.241 børn) en eller flere langvarige sygdomme. 12,9% af børnene havde kun en sygdom, 2,7% havde to sygdomme, 0,5% havde tre, og 0,1% havde fire eller fem sygdomme. I 94% af tilfældene var der svaret ja til, at en læge havde sagt, hvad sygdommen var.

Drenge havde hyppigere end piger (17,5% mod 14,8%) mindst en langvarig sygdom og havde også flere sygdomme

**Tabel 1.** Variable i undersøgelsen. Interviewspørgsmål – og svarmuligheder i parentes.

*Langvarig sygdom*

Har Deres ældste (næstældste, tredjeældste, fjerdeældste) barn nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? (Ja/Nej)  
Hvilken sygdom eller lidelse drejer det sig om? (.....)  
Har en læge sagt, hvad det var? (Ja/Nej).  
Har barnet andre langvarige sygdomme? (Ja/Nej).  
Spørgsmålet gentages for op til fire sygdomme for hvert barn.

*Allergisk lidelse*

Har Deres barn/børn inden for det sidste år haft allergi eller overfølsomhed? Lad os starte med det ældste barn.  
(Nej)  
Allergisk snue, øjenkløe (fx høfeber) som generer på bestemte årstider  
Allergisk snue, øjenkløe som generer uafhængig af årstiden  
Asthma  
Astmatiske bronkitis  
Børneeksem/astmaeksem eller allergisk eksem på huden  
Andet)

*Barnets generelle helbredstilstand* (Kun ét af de fire svar)

Hvorledes vil De vurdere Deres barns/børns helbredstilstand inden for det sidste år? Lad os starte med det ældste barn.  
(Barnet har været rask hele tiden/  
Barnet har haft enkelte sygdomsepisoder, men har ellers været helt rask/  
Barnet har haft enkelte sygdomsepisoder, men har også haft symptomer eller skrantet/været sløj i den mellemliggende tid/  
Barnet har været syg det meste af tiden)

*Nylig sygdom og brug af sundhedsvæsenet*

Har Deres barn/børn inden for de sidste 14 dage været syg, haft kontakt til læge eller fået medicin? Lad os starte med det ældste barn.  
(Nej)  
Ja, været syg  
Ja, været hjemme fra skole eller daginstitution pga. sygdom  
Ja, haft kontakt til læge pga. sygdom  
Ja, haft kontakt til læge pga. forebyggende børneundersøgelse eller vaccination  
Ja, været indlagt på hospital  
Ja, fået medicin (receptmedicin eller håndkøbsmedicin))

*Barnets trivsel og psykiske egenskaber*

Hvordan vurderer De Deres barns/børns trivsel? Lad os starte med det ældste barn.  
Er barnets trivsel i skole/institution god, nogenlunde eller ringe? (God/Nogenlunde/Ringe/Ved ikke eller irrelevant)  
Er barnets kontaktevne over for andre børn god, nogenlunde eller ringe? (God/Nogenlunde/Ringe/Ved ikke eller irrelevant)  
Er barnets selvtillid god, nogenlunde eller ringe? (God/Nogenlunde/Ringe/Ved ikke eller irrelevant)  
Er barnet tryk eller ængstelig i hverdagen? (Tryk/Vekslende/Ængstelig/Ved ikke eller irrelevant)  
Er barnets koncentrationsevne god, nogenlunde eller ringe? (God/Nogenlunde/Ringe/Ved ikke eller irrelevant)

*Baggrundvariable, inddelingen fremgår af Tabel 2 og [14]*

Barnets køn  
Barnets alder  
Respondentens køn  
Familietype  
Forældrens/stedforældrens samlede uddannelseslængde efter ISCED: antal års skoleuddannelse + år med skolegang under erhvervsuddannelse [14].  
Forældrens/stedforældrens socioøkonomiske gruppe efter erhvervstilknytning og aktuelle erhverv [14].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

end piger (21 sygdomme pr. 100 drenge mod 18 sygdomme pr. 100 piger,  $p=0,03$ ). Prævalensen steg i førskolealderen hos begge køn og hos piger igen i 13-15-års-alderen. Kvinder rapporterede hyppigere om langvarig sygdom hos børn end mænd. Langt de fleste enlige forældre var kvinder, men efter kontrol for respondentens køn var der ikke sikker forskel i prævalensen af langvarig sygdom hos børn af enlige og børn i parforhold. Langvarig sygdom forekom hyppigere hos børn, hvis forælder havde en kortvarig uddannelse (<11 år), var uden for arbejdsmarkedet eller var ufaglært eller faglært arbejder (Tabel 1).

**Sygdomsgrupper og specifikke diagnoser**

De hyppigste sygdomsgrupper var (Tabel 3): sygdomme i åndedrætsorganer J00-J99 (5,5%); læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger S00-T98 (2,4%, hvoraf 1,9% var T78.4: allergi u.s.); hudsygdomme L00-L99 (2,3%); øresygdomme H60-H95 (2,0%); medfødte misdannelser Q00-Q99

(1,6%); sygdomme i nervesystemet G00-G99 (0,9%); psykiske lidelser F00-99 (0,8 %); sygdomme i knogler, muskler og bindevæv M00-M99 (0,8%). Determinanter og konsekvenser af langvarig sygdom i disse grupper er genstand for yderligere analyser; for gruppen: S00-T98: læsioner etc., omfatter analyserne kun T78.4.

De hyppigste enkelt diagnoser var for allergiske sygdomme: J45 astma/astmatisk bronkitis (4,9%), T78.4 allergi u.s. (1,9%), L20 atopisk dermatitis (1,4%) og J31 høfeber og allergisk snue (0,6%).

Desuden forekom følgende diagnoser hyppigt: mellemøretændelse u.s. H65-H66 (1,4%), L30: andre former for dermatitis (0,6%) og høretab H91 (0,5%), epilepsi G40 (0,3%), cerebral parese G80 (0,3%), synsforstyrrelser og blindhed H53-H54 (0,3%) og migræne G43-G44 (0,2%).

Astma/astmatisk bronkitis blev rapporteret som langvarig sygdom hos 4,9% af børnene, mens der for 7,4% af dem blev svaret positivt på et lukket spørgsmål om tilstedeværelse af

**Tabel 2.** Prævalens af langvarig sygdom hos børn under 16 år, rapporteret af en forælder. Efter køn, alder og baggrundsforhold. I procent, odds-ratioer og 95% konfidensintervaller. Vægtede tal. Danmark, 2000.

Variabel	Inddeling	%	Odds-ratio <sup>a</sup>	95% konfidens-intervaller	Antal børn
Alle børn		16,2			7.670
Drenge	0 år	10,4	0,55	0,30-1,00	158
	1-2 år	17,0	0,93	0,68-1,29	564
	3-5 år	15,4	0,85	0,63-1,15	810
	6-8 år	18,9	1,06	0,79-1,43	794
	9-12 år	19,4	1,11	0,85-1,45	980
	13-15 år	17,7	1,00	reference	690
	Drenge 0-15 år	17,5			3.996
Piger	0 år	7,6	0,34	0,14-0,82	157
	1-2 år	12,7	0,63	0,43-0,91	445
	3-5 år	18,0	0,95	0,70-1,31	745
	6-8 år	13,9	0,70	0,51-0,98	787
	9-12 år	12,6	0,62	0,45-0,86	924
	13-15 år	18,8	1,00	reference	608
	Piger 0-15 år	14,8			3.666
Samlet uddannelseslængde <sup>b</sup>	<11 år	19,8	1,39	1,10-1,76	1.071
	11-12 år	16,2	1,10	0,88-1,38	1.349
	13-14 år	15,6	1,02	0,84-1,23	3.305
	15+ år	15,4	1,00	reference	1.875
Socio-økonomisk gruppe	Selvstændig med ansatte	12,3	0,96	0,64-1,45	415
	Selvstændig uden ansatte	10,5	0,82	0,52-1,29	323
	Funktionær 1	12,7	1,00	reference	830
	Funktionær 2	16,1	1,27	0,95-1,68	1.930
	Funktionær 3	16,7	1,33	0,98-1,79	1.507
	Faglært arbejder	16,7	1,40	1,00-1,97	635
	Ikkefaglært arbejder	18,5	1,55	1,14-2,10	917
	Uden for arbejdsmarkedet	18,8	1,55	1,13-2,12	1.110
Forælders køn	Mand	14,5	1,00	reference	3.559
	Kvinde	17,5	1,26	1,09-1,46	4.111
Familietype	Gift/samlevende	15,9	1,00	reference	7.131
	Enlig	17,9	1,10	0,85-1,46	525

a) Logistiske regressionsanalyser. I alle analyserne indgår barnets køn og alder og forælders køn, foruden den anførte variabel. Prævalensen er signifikant forskellig fra den i referencegruppen, hvis konfidensintervallet ikke indeholder værdien 1. Ved beregning heraf er der anvendt en metode, der tager hensyn til klyngeindsamling (*general estimations equations*, GEE).

b) Målt efter International Standard Classification of Education (ISCED) [14].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

astma eller astmatisk bronkitis (Figur 1). For allergisk snue var de tilsvarende prævalenser 0,6% og 7,1%, og for børneeksem/allergisk eksem 1,9% og 11,9%.

**Determinanter for store sygdomsgrupper**

**Køn:** Følgende sygdomsgrupper med en prævalens på mindst 0,8% forekom signifikant hyppigere hos drenge end hos piger: psykiske lidelser (1,1:0,5%); luftvejssygdomme: (6,9:4,1%) samt allergi u.s.: (2,4:1,4%). Ved hudsygdomme var der en ikke-signifikant tendens til hyppigere forekomst hos piger (2,0: 2,6%).

**Familietype:** Blandt børn af enlige i forhold til børn i par-

forhold var der en ikke-signifikant tendens til øget forekomst af psykiske lidelser (1,8:0,7%) og en ikke-signifikant tendens til nedsat forekomst af hudsygdomme (1,0:2,4%).

**Socioøkonomisk gruppe:** Der var en signifikant øget forekomst af psykiske lidelser jo dårligere socioøkonomiske forhold: for børn af funktionærer, arbejdere og forældre uden for arbejdsmarkedet (0,7:0,9:1,7%). Ved åndedrætssygdomme var prævalensen signifikant lavest hos børn af funktionærer og højest hos børn af arbejdere (5,0:6,8:6,4%). Ved sygdomme i bevægeapparatet var forekomsten signifikant nedsat blandt børn af forældre uden for arbejdsmarkedet (0,9:1,2:0,2%).

**Tablet 3.** Langvarig sygdom hos 7.670 børn under 16 år kodet efter International Classification of Diseases (ICD)-10. Prævalens i antal og pr. 100 børn under 16 år, samt 95% konfidensintervaller herfor. Samlet efter kapitel med angivelse af enkelte hyppige sygdomme. Danmark, 2000.

Sygdomsgruppe	Antal børn med sygdom	Prævalens pr. 100 børn med 95% konfidens-interval
Infektiøse inklusive parasitære sygdomme (A00-B99)	25	0,3 (0,2-0,5)
Svulster (C00-D48)	9	0,1 (0,1-0,2)
Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme, som inddrager immunsystem (D50-D89)	5	0,07 (0,02-0,15)
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme (E00-E90)	14	0,2 (0,1-0,3)
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser) (F00-F99)	61	0,8 (0,6-1,0)
Sygdomme i nervesystemet (G00-G99)	71	0,9 (0,7-1,2)
heraf: G40: epilepsi u.s. <sup>a</sup>	22	0,3 (0,2-0,4)
(G43-G44): Migræne og andre hovedpinesyndromer	17	0,2 (0,1-0,4)
G80: hjerneskade hos små børn	21	0,3 (0,2-0,4)
Sygdomme i øje og øjenomgivelser (H00-H59)	48	0,6 (0,5-0,8)
heraf: H53-H54: synsforstyrrelser og blindhed	22	0,3 (0,2-0,4)
Sygdomme i øre og processus mastoideus (H60-H95)	150	2,0 (1,7-2,3)
heraf: H66: mellemørebetændelse	107	1,4 (1,1-1,7)
H90-H91: høretab	37	0,5 (0,3-0,7)
Sygdomme i kredsløbsorganer (I00-I99)	3	0,04 (0,01-0,11)
Sygdomme i åndedrætsorganer (J00-J99)	424	5,5 (5,0-6,1)
heraf: J30: høfeber og allergisk snue	43	0,6 (0,4-0,8)
J45: astma	375	4,9 (4,4-5,4)
Sygdomme i fordøjelsesorganer (K00-K93)	29	0,4 (0,3-0,5)
Sygdomme i hud og underhud (L00-L99)	176	2,3 (2,0-2,7)
heraf: L20 atopisk dermatitis	104	1,4 (1,1-1,6)
L30: Andre former for dermatitis	45	0,6 (0,4-0,8)
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (M00-M99)	60	0,8 (0,6-1,0)
Sygdomme i urin- og kønsorganer (N00-N99)	10	0,1 (0,1-0,2)
Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode (P00-P96)	4	0,05 (0,01-0,13)
Medfødte misdannelser og kromosomanomalier (Q00-Q99)	119	1,6 (1,3-1,9)
heraf Q20-Q28: misdannelser i hjerte og kredsløbsorganer	30	0,4 (0,3-0,6)
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds (R00-R99)	33	0,4 (0,3-0,6)
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger (S00-T98)	187	2,4 (2,1-2,8)
heraf T78.4: allergi u.s.	148	1,9 (1,6-2,3)
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen (Z00-Z99)	2	0,03 (0,00-0,09)
Uklassificerbar	17	0,2 (0,1-0,4)

a) u.s.: uden specifikation.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 4.** Effekter af langvarig sygdom: generelt helbred, brug af sundhedsvæsenet og psykisk trivsel. Børn 0-15 år, Danmark, 2000, i procent.

	Børn med langvarig sygdom	Børn uden langvarig sygdom	p-værdi <sup>a</sup>	p<0,05 i følgende sygdomsgrupper <sup>b</sup>
<i>Generel helbredstilstand det seneste år</i>				
Været rask hele tiden . . . . .	26,3	42,2	<0,0001	
Enkelte sygdomsepisoder, men ellers været helt rask . . . . .	57,4	54,3		
Enkelte sygdomsepisoder, men skrantet/haft symptomer imellem . . . . .	12,5	3,3		
Været syg det meste af tiden . . . . .	3,8	0,2		
<i>Sygdom og brug af sundhedsvæsenet de seneste 14 dage</i>				
Været syg . . . . .	20,7	11,8	<0,0001	H, J, L, M, Q
Været hjemme fra skole eller daginstitution pga. sygdom . . . . .	15,4	9,5	<0,0001	J, L, M
Haft kontakt til læge pga. sygdom . . . . .	15,2	8,2	<0,0001	H, J, L, M
Været indlagt på hospital . . . . .	1,3	0,4	<0,001	F, G, J, Q
Fået medicin (receptmedicin eller håndkøbsmedicin) . . . . .	18,9	4,9	<0,0001	G, J, L, Q, T78.4
<i>Barnets trivsel</i>				
Trivsel i skole/institution: nogenlunde/ringe . . . . .	15,2	9,1	<0,0001	F, G, H, L, Q
Kontaktevne over for andre børn: nogenlunde/ringe . . . . .	18,3	10,6	<0,0001	F, G, H, J, Q
Barnets selvtillid: nogenlunde/ringe . . . . .	29,0	20,6	<0,0001	F, M, Q, T78.4
Barnets tryghed i hverdagen: vekslende/ængstelig . . . . .	12,6	8,1	<0,0001	F, H
Koncentrationsevne: nogenlunde/ringe . . . . .	36,1	27,0	<0,0001	F, G, H, J, Q

a) Ved analyserne er brugt  $\chi^2$ -test.

b) F = psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser (inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser) (F00-F99). G = sygdomme i nervesystemet (G00-G99). H = sygdomme i øre og processus mastoideus (H60-H95). J = sygdomme i åndedrætsorganer (J00-J99). L = sygdomme i hud og underhud (L00-L99). M = sygdomme i knogler, muskler og bindevæv (M00-M99). Q = medfødte misdannelser og kromosomanomalier (Q00-Q99). T78.4 = allergi.

### Konsekvenser af sygdom

I **Tabel 4** ses forekomsten af generelle helbredsforhold, nylig sygdom og brug af sundhedsvæsenet samt trivselsproblemer hos børn med og uden langvarig sygdom. I alt <16% af børnene med langvarig sygdom mod 3% af de øvrige børn havde været syge det meste af tiden det seneste år eller haft sygdomsepisoder og haft symptomer, været sløje eller skrantet imellem disse. Det samme gjaldt for 26% af børnene med astma.

Hvad angår nylig sygdom, havde børn med øresygdomme, åndedrætssygdomme, hudsygdomme og bevægeapparatssygdomme signifikant hyppigere end de øvrige børn været syge, været hjemme eller haft lægekontakt pga. sygdom. Børn med psykiske og neurologiske lidelser og med misdannelser og åndedrætssygdomme havde signifikant hyppigere været indlagt. Børn med neurologiske lidelser, åndedrætssygdomme, hudsygdomme, misdannelser og allergi havde signifikant hyppigere end andre fået medicin. Børn med astma havde signifikant øget forekomst på alle områderne.

Børn med langvarig sygdom havde signifikant hyppigere nedsat trivsel i skole/institution, kontaktevne, selvtillid, tryghed og koncentrationsevne. Mest udtalt var det for børn med psykiske lidelser, øresygdomme, misdannelser og neurologiske lidelser, mens børn med astma havde nedsat koncentrationsevne og marginalt nedsat trivsel.

### Diskussion

Hvert sjette barn havde ifølge forældrene en langvarig sygdom. Der var tale om mange forskellige sygdomme, allergiske sygdomme udgjorde over halvdelen af tilfældene. Astma var

den hyppigste alvorlige sygdom, og øvrige allergiske sygdomme, øresygdomme, medfødte misdannelser og hudsygdomme var relativt hyppige.

De langvarigt syge børn havde både generelt haft dårligere helbred det seneste år, og de havde dårligere psykisk trivsel. De seneste to uger havde de hyppigere været syge, haft sygefravær, fået medicin og haft kontakt med sundhedsvæsenet.

Ligesom i tidligere undersøgelser rapporterede mødre hyppigere end fædre om sygdom hos børnene [4, 9, 16, 17], og børn af forældre med kort uddannelse/lav socioøkonomisk status havde hyppigere langvarig sygdom [3, 7, 9, 14, 17, 18].

Resultaterne i denne undersøgelse er ikke direkte sammenlignelige med resultaterne i andre undersøgelser, idet spørgsmålene ikke har været formuleret ens i studierne. I en spørgeskemaundersøgelse fra 1983 [1] til forældre med børn i alderen 0-4 år fandt man, at 9% af de 0-4-årige havde en langvarig sygdom, der krævede lægelig behandling eller kontrol, eksklusive recidiverende infektioner og astma, hvilket er samme niveau som i SUSY 2000-undersøgelsen, hvis tilfælde af astma og mellemørebetændelse udelukkes. Ved den danske del af en nordisk undersøgelse i 1996 blev forældre til børn på 2-17 år, spurgt, om deres barn havde en kronisk sygdom eller funktionshæmning, som i væsentlig grad havde påvirket barnets daglige liv inden for mindst tre måneder det seneste år. Forældrene skulle sætte kryds ved ja eller nej ud for bestemte sygdomme og handicap og angive sværhedsgraden. I alt 14% havde en langvarig sygdom i moderat eller svær grad [4] mod 7% i en tilsvarende undersøgelse i 1984, hvor der blev anvendt samme spørgsmål, men uden lukkede svar kategorier [3].

Forekomsten af allergiske sygdomme i SUSY 2000-undersøgelsen

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

søgelsen er højere end i den nordiske undersøgelse fra 1996 [4]. Der er tidligere påvist en stigning i forekomsten af allergiske sygdomme fra 1980'erne [19], og der er fundet tendens til stigning i hyppigheden af astma i SUSY-undersøgelserne fra 1994 til 2000 [14]. For cerebral parese og diabetes mellitus er forekomsten i SUSY 2000 på niveau med forekomsten i tidligere undersøgelser [10-11] og for misdannelser lidt lavere end fundet i en undersøgelse af børn, der havde været indlagt med misdannelser i det første leveår [9], formentlig fordi en del af disse børn ikke har følger af misdannelsen. Adipositas og psykiske sygdomme blev - måske pga. deres stigmatiserende effekt - sjældnere rapporteret i SUSY 2000-undersøgelsen end i andre undersøgelser [7, 20].

Brugen af et åbent spørgsmål om langvarig sygdom kan medføre underrapportering af langvarig sygdom hos børnene, da svarene gives ud fra respondentens personlige definition af langvarig sygdom og vil afhænge af sygdommens alvor, synlighed, varighed og evt. stigmatiserende effekt, samt om sygdommen er recidiverende eller konstant [4, 7]. Jo mere indgribende en sygdom er, jo større er chancen for at den bliver rapporteret. Skønt forældrerapporteringen var 94% af sygdommene diagnosticeret af en læge. I en undersøgelse af elever i 8.-9. klasse rapporterede kommunallægerne om 42% af eleverne, at de havde et aktuelt helbredsproblem; men mellem de enkelte læger varierede andelen af elever med et aktuelt helbredsproblem fra 13% til 86% [7, 8].

Med SUSY 2000-undersøgelsen er der opnået et samlet billede af forekomsten af langvarig sygdom hos danske børn, hvilket kan udgøre en basis for monitorering af udviklingen. Opmærksomheden bør rettes mod den høje forekomst af astma, de syge børns ringere psykiske trivsel og helbred og den sociale ulighed.

En detaljeret opgørelse over antal og prævalens af de enkelte sygdomme vises i ny Tabel 3 i netudgaven på Ugeskrift for Lægers hjemmeside: [www.ugeskriftet.dk](http://www.ugeskriftet.dk)

Korrespondance: Anne M. Nielsen, Fengersvej 19, DK-2500 Valby.  
E-mail: [helge.olesen@email.dk](mailto:helge.olesen@email.dk)

Antaget: 1. marts 2005  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Uldall P. Spæd- og småbørns almindelige sygelighed - forekomst og sociale konsekvenser [disp]. København: FADL's Forlag, 1986.
2. Rindel A, Bach E, Breum NO et al. Mineraluldslofter i børnehaver. København: Sundhedsstyrelsen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Arbejds-miljøinstituttet, 1985.
3. Berntsson L. Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996 [disp]. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan, 2000.
4. Nielsen A, Pedersen CR, Madsen M. Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
5. Madsen M, Lindahl A, Bjerregaard P et al. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE, 1991.
6. Engbæk S. Skolealderens sygdomme. København: Lægeforeningens forlag, 1982.
7. Petersen T, Nielsen A, Paludan M et al. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen: en undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
8. Petersen T, Nielsen A, Paludan M. Diagnoser ved udskolingsundersøgelsen. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.
9. Nielsen A, Keiding L, Lie HR et al. Børns sundhed i Danmark. København: DIKE, 1998.
10. Svensson J, Carstensen B, Molbak A et al. Increased risk of childhood type 1 diabetes in children born after 1985. *Diabetes Care* 2002;25:2197-201.
11. Uldall P, Michelsen SI, Topp M et al. The Danish Cerebral Palsy Registry. *Dan Med Bull* 2001;48:161-3.
12. Andersen E, Fledelius HC, Føns M et al. An epidemiological study of disability in 4-year-old children from birth cohort in Frederiksborg County, Denmark. *Dan Med Bull* 1990;37:182-5.
13. DSI Institut for Sundhedsvæsen: Svært handicappede børn - en amtskommunal registrering i Fyns Amt. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2000.
14. Nielsen A. Børns sygelighed. I: Kjølter M, Rasmussen NK, red. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000: ... & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002:168-81.
15. WHO: International Classification of Diseases. 10.th revision (ICD-10). København: Sundhedsstyrelsen, 1994.
16. Waters E, Doyle J, Wolfe R et al. Influence of parental gender and self-reported health and illness on parent-reported child health. *Pediatrics* 2000;106:1422-8.
17. Pedersen CR, Madsen M. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and well-being: a comparative study in five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:861-7.
18. Grøholt E-K, Stigum H, Nordhagen R et al. Children with chronic health conditions in the Nordic countries in 1996 - influence of socio-economic factors [disp]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, Division of Epidemiology, 2003.
19. Åberg N, Hesselmar B, Åberg B et al. Increase of asthma, allergic rhinitis and eczema in Swedish school children between 1979 and 1991. *Clin Experiment Allergy* 1995;25:791-4.
20. Petersen J, Bilberg N. Forekomsten af børnepsykiatriske sygdomme hos danske 8-9-årige børn. *Ugeskr Læger* 2003;165:3822-5.