

Forekomst af nylig sygdom hos danske børn i 1994 og 2000

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, kategori og årstidsvariation af nylig sygdom hos børn i 1994 og 2000 samt at identificere determinanter for sygdom i 2000.

Materiale og metoder: Forældre i Statens Institut for Folkesundheds befolkningsundersøgelser i 1994 og 2000 blev interviewet i hjemmet ud fra et fortrykt skema om sygdom i de seneste 14 dage hos de fire ældste hjemmeboende børn under 16 år; det drejede sig om i alt 2.136 børn i 1994 og 7.670 børn i 2000. Dataene blev vægtet, så stikprøven var landsrepræsentativ. Sygdommene blev inddelt i ti kategorier. Logistiske regressionsanalyser blev anvendt til identifikation af determinanter.

Resultater: Den samlede sygdomsforekomst var ikke steget signifikant fra 13,4% i 1994 til 14% i 2000, men forekomsten af febersygdom/influenza var steget signifikant fra 1,9% i 1994 til 3% i 2000, tillige med den samlede sygdomsforekomst hos 1-2-årige drenge, der steg fra 26,7% til 31,9%. Sygdomsforekomsten var i 2000: 21,2% for 0-årige, 29% for 1-2-årige, 15,7% for 3-5-årige, 9,3% for 6-8-årige, 9,3% for 9-12-årige og 11,5% for 13-15-årige. Den var højest i januar kvartal, nemlig 18,9%. Pasning i daginstitution øgede risikoen hos de 0-2-årige. Forekomst i kategorier i 2000: forkølelse/halsbetændelse 4,5%, febersygdom/influenza 3%, mave-tarm-infektion 1,9%, mellemørebetændelse 1,3%, nedre luftvejsinfektion/astma 1,1%, hudsygdom 0,6%, øjenbetændelse 0,4%, hovedpine 0,4%, skader 0,3% og andet 0,9%.

Konklusion: Den stigende tendens skyldtes bl.a. en influenza-epidemi i 2000. Den høje infektionssygelighed hos de 1-2-årige peger på nødvendigheden af at mindske smitten i daginstitutioner og undgå, at de mest sårbare småbørn passes sammen med mange andre børn.

Danske børns almindelige sygelighed har været undersøgt i spørgeskemaundersøgelser, interviewundersøgelser og kliniske undersøgelser [1-6]. Små børns sygelighed skyldes primært akutte infektionssygdomme. Med stigende alder udgør skader og smertetilstande en større andel af sygdomstilfældene, men blandt 14-16-årige udgjorde infektioner 70% af selvrapporteret sygdom i de seneste 14 dage [1-3]. Før skolealderen og ved skolestart var drenge hyppigere syge end piger [5, 6]. Sygelighed og sygefravær fra daginstitution og skole mindskes, jo ældre barnet bliver [1, 2, 4, 5]. Hos småbørn er pasning i daginstitution den mest betydende risikofaktor for sygdom [5].

Statens Institut for Folkesundhed har siden 1987 regelmæssigt gennemført landsrepræsentative undersøgelser om danskernes sundhed og sygelighed baseret på selvrapporterede data. I undersøgelsen i 1994 (SUSY 94) og 2000 (SUSY 2000) indgik de samme spørgsmål om forekomst og art af nylig sygdom hos hjemmeboende børn [1, 7].

Formålet med denne artikel er at beskrive forekomst, art og årstidsvariation for nylig sygdom hos børn under 16 år, baseret på forælderreporterede data i 2000 og udviklingen siden 1994, samt at identificere determinanter for sygdom.

Materiale og metoder

Materiale og metodemæssige detaljer er tidligere beskrevet [1, 7]. Undersøgelsen er baseret på interview af voksne, der indgik i SUSY 94 og SUSY 2000. Hvis der på respondentens bopæl var hjemmeboende børn under 16 år, blev der stillet spørgsmål om barnets sygelighed og sundhed for op til de fire ældste børn under 16 år. Respondenten kunne være far, mor eller stedforælder til barnet og omtales her som »forælder«. Interviewene blev begge år gennemført i tre runder (februar-marts, maj-juni og september-oktober) i hjemmet af interviewere fra Socialforskningsinstituttet.

I SUSY 94 blev 5.983 tilfældigt udvalgte danske statsborgere over 16 år inviteret til at deltage, og 4.667 personer (78%) deltog. I alt 1.269 interviewpersoner svarede på spørgsmål om 2.136 børn.

I SUSY 2000 blev 22.486 personer inviteret. Ud over at indeholde de tilfældigt udtrukne danske statsborgere blev stikprøven i små amter suppleret op til ca. 1.000 personer. I alt 16.690 (74%) deltog, heraf svarede 4.451 på spørgsmål om 7.670 børn.

Repræsentativitet, bortfald og vægtning

Da børnene blev udvalgt via voksne interviewpersoner, er stikprøverne af børn ikke umiddelbart landsrepræsentative. Børn i eneforsørgerfamilier havde mindre chance for at indgå i stikprøven end børn i husstande med to forældre, og børn i små amter havde i 2000 øget chance for at indgå. Data for børn i SUSY 2000 blev vægtet med hensyn til familietype og amt, og data for børn i SUSY 94 blev vægtet med hensyn til familietype. For at kunne vurdere stikprøvens repræsentativitet blev der foretaget udtræk af Danmarks Statistik af alle børn under 16 år fordelt efter amt, køn, alder, antal børn i familien og forsørgerstatus. 0-årige og børn i familier med fem eller flere børn var underrepræsenterede, men i øvrigt svarede fordelingen efter alder og familietype i 1994 og 2000 til fordelingen i hele landet.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Andel af børn, der har været syge^a, haft sygefravær, haft kontakt med en læge, fået medicin eller været indlagt på grund af sygdom i de seneste 14 dage. Danmark 2000, i procent^b.

	Aldersgrupper						
	0 år	1-2 år	3-5 år	6-8 år	9-12 år	13-15 år	I alt
Antal børn	315	1009	1.555	1.581	1.904	1.298	7.670
Været syge ^a	21,2 (20,2)	29,0 (25,7)	15,7 (14,1)	9,3 (10,7)	9,3 (7,4)	11,5 (11,1)	14,0 (13,4)
Sygefravær fra skole/daginstitution	4,8	15,6	12,8	10,1	9,2	11,0	11,0
Kontakt med en læge pga. sygdom	18,4	18,9	11,3	6,3	6,1	8,0	9,7
Fået medicin	9,8	13,9	8,5	5,9	5,4	6,7	7,6
Indlagt på et hospital	1,8	1,1	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6

Kilde: [1].

a) I parentes: andelen der har været syge i 1994.

b) Andelen er baseret på vægtede tal; alderen var uoplyst for otte børn.

Undersøgelsens afhængige variable

Sygdom inden for de seneste 14 dage. For hvert barn blev der spurgt: Har Deres barn inden for de seneste 14 dage været syg, haft kontakt med en læge eller fået medicin? Der kunne sættes kryds ved »nej« eller ved en eller flere af de variable, der fremgår af forspalten i **Tabel 1**. I beregning af samlet og specifik sygelighed indgik kun de børn, for hvem der var svaret »ja« ved spørgsmålet, om de havde været syge.

Kategorisering af sygdomme. På spørgsmålet: Hvad fejlede barnet? kunne interviewer notere op til tre sygdomme. Svarene blev siden inddelt i ti grupper, jf. **Tabel 2** og **Tabel 3**. Inddelingen er foretaget af to læger uafhængigt af hinanden, og forskelle blev drøftet indtil konsensus.

Statistik

Data er analyseret i SAS version 8. Der er anvendt en model for logistisk regressionsanalyse General Estimations Equations (GEE), hvorved der er taget højde for, at børnene er udvalgt i familier, idet søskendes risiko for sygdom antages at være indbyrdes korreleret [1, 8]. Desuden er der ved sammenligninger anvendt Fishers eksakte test og χ^2 -test. Som signifikansniveau er der brugt 0,05. Ved regressionsanalyserne af determinanter er der kontrolleret for barnets alder og barnets og respondents køn. Alle de viste procenter i artiklen er baseret på vægtede tal.

Resultater

Sygdom, sygefravær og brug af sundhedsvæsenet inden for de seneste 14 dage

I Tabel 1 vises andelen af børn i 2000, der havde været syge, haft sygefravær, fået medicin eller brugt sundhedsvæsenet, og andelen af børn i 1994, der havde været syge. Det ses, at andelen, der havde været syge, begge år var størst for de 1-2-årige, fulgt af de 0-årige og de 3-5-årige, og at det også gjaldt for brug af sundhedsvæsenet bortset fra indlæggelser, som forekom hyppigst blandt 0-årige. Fra 1-års-alderen faldt sygeligheden: af de seks første årgange fra nul år til fem år havde henholdsvis 21%, 33%, 25%, 17%, 16% og 14% været syge.

I 1994 havde 13,4% og i 2000 14% af alle børn været syge inden for de seneste 14 dage, forskellen var ikke signifikant [1]. I 1994 var sygeligheden hos de relativt få 0-årige og hos de 13-15-årige dobbelt så høj hos piger som hos drenge, i 2000 kunne denne forskel ikke genfindes. Når det gjaldt udviklingen fra 1994 til 2000 hos de to køn, var sygeligheden steget blandt drengene – især de 0-2-årige – og mindsket blandt pigerne. Denne forskel i udviklingen i sygelighed hos de to køn var signifikant ($p = 0,04$ for interaktion af køn og år).

Sygdomskategorier fordelt efter årstal og aldersgrupper

Af alle nylige sygdomme udgjorde de infektionsbetingede – de seks øverste sygdomskategorier i Tabel 2 – i 2000: 92% hos de 1-2-årige, 91% hos de 3-5-årige og 75% hos de 6-15-årige; 85% hos alle under 16 år. I 1994 var de tilsvarende andele 88% hos de 1-2-årige, 92% hos de 3-5-årige, 73% hos de 6-15-årige og 82% hos alle børn under 16 år. Den hyppigst registrerede sygdomskategori i både 1994 og 2000 var forkølelse/halsbetændelse, 4,5% begge år. Hudsygdomme og skader forekom hyppigst hos børn under tre år. Hovedpine forekom næsten kun hos store børn. For de større børn blev sygdomme i kategorien »andet og uplacerbart« tildragende hyppige.

Influenza og andre febersygdomme forekom hos 1,9% i 1994 og 3% i 2000, dette var den mest udtalte forskel mellem de to år. Stigningen var størst hos de 1-2-årige fra 4,1% i 1994 til 8,3% i 2000, også forekomsten af øjenbetændelse var steget fra 0,3% til 2% i denne aldersgruppe.

Årstidsvariationer

Årstidsvariationen for hver af de ti sygdomskategorier i 1994 og 2000 fremgår af Tabel 3. De fleste sygdomme var hyppigst i januar kvartal, det gjaldt forkølelse/halsbetændelse, mellemørebetændelse, øjenbetændelse, influenza/febersygdom, nedre luftvejsinfektion/astma og mave-tarm-infektioner. Den eneste større forskel mellem de to år var stigningen af influenza/febersygdom i januar kvartal (2,3% i 1994 mod 4,8% i 2000).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Sociodemografiske determinanter for nylig sygdom og særlige infektioner

Geografiske forskelle: Det er tidligere vist, at sygdomsforekomsten var højere end landsgennemsnittet i København, Århus og Storstrøms Amter, men lavere i Vestsjællands og Ringkjøbing Amter [1].

I **Tabel 4** vises forekomsten af nylig sygdom i de seneste 14 dage i 2000 samt odds-ratioer (OR) og 95% konfidensintervaller (KI) efter barnets alder og køn, forældrens køn, uddannelse og socioøkonomiske gruppe samt familietype. For 0-2-årige og 3-5-årige desuden efter dagpasningsform.

Alder: Sammenlignet med de 13-15-årige var sygeligheden hos de 0-årige dobbelt så høj, hos de 1-2-årige tre gange så høj og hos de 3-5-årige halvanden gang så høj. Der var en ikke-signifikant tendens til lavere forekomst - 0,8 gange - hos de 6-12-årige.

Køn: Totalt sås der ingen forskel i hyppigheden af nylig sygdom blandt drenge og piger. Kun hos de 1-2-årige var der forskel: 32% af drengene og 25% af pigerne havde været syge ($p = 0,02$).

Opdelt på sygdomskategorier og alder fandtes der kun få kønsforskelle: Hos de 1-2-årige forekom influenza/febersygdom ($p = 0,01$) og hos de 13-15-årige mave-tarm-infektion hyppigst hos drenge ($p = 0,04$), hos de 6-8-årige forekom hovedpine hyppigst hos piger ($p = 0,03$).

Forældrens køn: Der var en ikke-signifikant tendens til højere sygelighed, når der blev rapporteret af mødre end af fædre: OR 1,15 (KI: 0,98-1,4).

Sociale forskelle: Der var ikke-signifikante tendenser til mindre sygelighed blandt børn af selvstændige med ansatte OR 0,7 (KI: 0,4-1,1), og til øget sygelighed blandt børn af forældre uden for arbejdsmarkedet, OR 1,3 (KI: 0,9-1,8) sammenlignet med børn af højere funktionærer. Nedre luftvejsinfektioner/astma forekom signifikant hyppigere hos børn af forældre uden for arbejdsmarkedet. Børn af forældre med en kort uddannelse var signifikant oftere syge end de øvrige børn, OR 1,4 (KI: 1,1-1,8). Børn af enlige var oftere syge end børn i parforhold, OR 1,5 (KI: 1,2-2,0), bl.a. med øget forekomst af mellemørebetændelse.

Dagpasning: Blandt de 0-2-årige sås en signifikant øget sygelighed blandt børn i daginstitution, OR 2,3 (KI: 1,6-3,3). Blandt børn i dagpleje var der ikke-signifikant forskel, OR 1,2 (KI 0,9-1,7). Blandt de 3-5-årige sås der ingen sikre forskelle efter arten af dagpasning, men der var en ikke-signifikant tendens til nedsat sygelighed i skovbørnehaver OR 0,51 (KI: 0,18-1,44).

Ved sammenligning af de 0-2-årige i dagpleje med hjemmepassede børn fandtes OR for mellemørebetændelse: 3,0 (KI: 1,3-7,2) og influenza/febersygdom: 2,3 (KI: 1,2-4,4) at være signifikant øget, for forkølelse var forekomsten signifikant nedsat OR 0,6 (KI: 0,38-0,97). Forekomsten af følgende sygdomskategorier var højere blandt de 0-2-årige i daginstitution end blandt hjemmepassede børn, med følgende OR: øjenbetændelse: 17,1 (KI:2,0-143,5), mellemørebetændelse: 3,6 (KI:1,4-9,3), mave-tarm-infektion: 3,2 (KI:1,2-8,4) og influenza/febersygdom 2,5 (KI:1,2-5,3), mens der ikke var sikker

Tabel 2. Andelen af børn i en aldersklasse^a, der havde været syge med bestemte sygdomskategorier^{b,c} inden for de seneste 14 dage i 1994 og 2000. I procent^d.

	Aldersgrupper							
	1-2 år		3-5 år		6-15 år		0-15 år	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Antal børn	325	1009	429	1.555	1.287	4.783	2.136	7.670
1. Forkølelse, halsbetændelse	8,5	8,0	4,6	5,0	3,3	3,4	4,5	4,5
2. Mellemørebetændelse	4,1	4,8	1,5	2,2	0,6	0,3	1,4	1,3
3. Nedre luftvejs-infektion, astma	3,8	3,2	0,6	1,2	0,4	0,5	1,0	1,1
4. Øjenbetændelse	0,3	2,0	0,2	0,5	-	0,0	0,2	0,4
5. Mave-tarm-infektion	3,5	3,4	2,4	1,9	1,7	1,7	2,2	1,9
6. Febersygdom, influenza	4,1	8,3	2,8	4,2	1,1	1,6	1,9	3,0
7. Hudsygdom	0,9	1,2	0,9	0,5	0,1	0,5	0,4	0,6
8. Hovedpine	-	-	-	-	1,0	0,6	0,6	0,4
9. Skader	1,2	0,8	0,2	0,2	0,4	0,3	0,5	0,3
10. Andet og uplacerbart	1,2	0,6	-	0,7	1,1	1,1	0,9	0,9
Mindst en af ovenstående	24,9	28,2	13,3	15,4	9,5	9,5	12,9	13,5
Været syg	25,7	29,0	14,1	15,7	9,6	9,8	13,4	14,0

- a) Fordelingen på sygdomskategorier for 0-åriges sygdomme er ikke vist, da der var få børn: 101 i 1994 og 315 i 2000.
b) De nævnte sygdomstilfælde er kun talt med, hvis der var svaret ja til, at barnet havde været sygt inden for de seneste 14 dage.
c) Svarene på det åbne spørgsmål: Hvad fejlede barnet? er grupperet efter: 1. Forkølelse og halsbetændelse. 2. Mellemørebetændelse, dårligt øre og følger heraf. 3. Nedre luftvejs-infektion, astma, vejrtrækningsbesvær. 4. Øjenbetændelse. 5. Mave-tarm-infektioner, ondt i maven, diare. 6. Feber uden angivet årsag, feberkramper, influenza, børnesygdomme. 7. Hudsygdom, eksem, hudinfektion, vorter. 8. Hovedpine, migræne. 9. Skader og følger heraf, vaccinationskomplikation. 10. Andet og uplacerbart.
d) Andelen er baseret på vægtede tal.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Årstidsvariation af bestemte sygdomskategorier^{a, b} i 1994 og 2000. Børn 0-15 år. I procent^c.

År	Januar		April		Juli		Oktober		Hele året	
	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000	1994	2000
Antal børn	734	2.258	693	1.894	261	1.433	446	2.086	2.136	7.670
Været syg	17,6	18,9	10,3	10,5	10,6	11,2	12,6	13,6	13,4	14,0
1. Forkølelse, halsbetændelse	5,8	6,3	3,2	3,4	3,5	3,7	4,8	4,2	4,5	4,5
2. Mellemørebetændelse	2,0	1,8	1,3	0,7	0,7	1,3	0,8	1,2	1,4	1,3
3. Nedre luftvejs-infektion, astma	1,4	1,5	0,5	0,6	-	0,6	1,7	1,5	1,0	1,1
4. Øjenbetændelse	0,3	0,8	-	0,2	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4
5. Mave-tarm-infektion	3,3	2,4	1,6	1,7	2,1	1,2	1,0	2,2	2,2	1,9
6. Febersygdom, influenza	2,3	4,8	1,3	1,5	1,4	2,3	2,3	2,9	1,9	3,0
7. Hudsygdom	0,3	0,8	0,5	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,4	0,6
8. Hovedpine	0,5	0,3	0,9	0,4	0,7	0,2	0,2	0,5	0,6	0,4
9. Skader	1,1	0,4	0,1	0,3	0,4	0,5	-	0,2	0,5	0,3
10. Andet og uplacerbart	0,9	1,2	0,4	1,3	0,7	0,3	1,7	0,6	0,9	0,9

- a) De nævnte sygdomme er kun talt med, hvis der var svaret ja til, at barnet havde været syg inden for de seneste 14 dage.
 b) Svarene på det åbne spørgsmål: Hvad fejlede barnet? er grupperet efter: 1. Forkølelse og halsbetændelse. 2. Mellemørebetændelse, dårligt øre og følger heraf. 3. Nedre luftvejs-infektion, astma, vejrtrækningsbesvær. 4. Øjenbetændelse. 5. Mave-tarm-infektioner, ondt i maven, diare. 6. Feber uden angivet årsag, feberkrampe, influenza, børnesygdomme. 7. Hudsygdom, eksem, hudinfektion, vorter. 8. Hovedpine, migræne. 9. Skader og følger heraf, vaccinationskomplikation. 10. Andet og uplacerbart.
 c) Andelen er baseret på vægtede tal.

forskel for forkølelse og nedre luftvejsinfektioner/astma. Blandt de 3-5-årige var der ikke sikre forskelle i de enkelte sygdomskategorier efter type af dagpasning.

Diskussion

I 2000 havde hvert syvende barn under 16 år været syg inden for de seneste 14 dage, det gjaldt for hvert fjerde barn under tre år, hvert syvende barn i børnehøvelderen og hvert tiende barn i skolealderen.

Forekomsten var højest om vinteren. Den altovervejende del af sygeligheden udgjordes af infektionssygdomme eller følger heraf. Forekomsten var stort set uændret fra 1994 til 2000, også for de enkelte kategorier undtagen febersygdom/influenza, der forekom hyppigere i 2000. Det skyldtes formentlig en influenzaepidemi, som toppede i januar-februar 2000, mens der ikke var influenzaepidemi i 1994 [9, 10].

Eneste kønsforskel i 2000 sås blandt de 1-2-årige, hvor sygeligheden var højest hos drengene. Der var en knap signifikant tendens til, at mødre hyppigere end fædre oplyste, at barnet havde været sygt. Der var kun små til moderate sociale forskelle i sygdomsforekomsten i 2000: børn af eneforsørgere og børn af forældre med kort uddannelse var hyppigere syge end andre børn. Sammenlignet med hjemmepassede børn var sygeligheden blandt 0-2-årige børn i daginstitution godt dobbelt så høj, mens der ikke var sikker forskel efter pasningsform blandt de 3-5-årige. Vi har ingen forklaring på, hvorfor forkølelse/halsbetændelse og nedre luftvejsinfektioner/astma ikke var hyppigere hos 0-2-årige, der blev passet uden for hjemmet. Den øgede risiko ved pasning i daginstitution blandt de 0-2-årige genfindes i tidligere undersøgelser [5, 11-13]. Hyppigheden af nylig sygdom toppede i andet leveår og faldt herefter som i andre undersøgelser. Det kan skyldes, at de etårige ikke

mere er beskyttet af materielle antistoffer og faktorer i brystmælk, endnu ikke har nået selv at danne antistoffer mod så mange patogener og samtidig er udsat for smitte fra andre småbørn. Hos de helt små har bronkier, tuba auditiva og tårekanaler små diametre og kan lukke ved virusinfektioner [14].

I perioden fra 1994 til 2000 skete der flere ændringer vedrørende dagpasning. Andelen af forældre på børnepasningsorlov faldt fra 51% til 29% af alle forældre til levendefødte. Andelen af de 0-2-årige i kommunal dagpleje steg fra 31% til 35%, og i daginstitution fra 19% til 21%. Mulige forklaringer på den øgede sygdomsforekomst hos de 1-2-årige i 2000 er influenzaepidemien i 2000, og at flere børn blev passet ude.

Smittespredningen kan mindskes gennem god hygiejne i daginstitutioner; også pladsforhold og indeklima har betydning [15, 16], ligesom sygeligheden i svenske undersøgelser var mindre i integrerede institutioner og børnehaver med lang udendørs opholdstid [17, 18]. Aktuelt præges debatten af hygiejneteori, hvori man antager, at mange tidlige infektioner stimulerer små børns immunapparat, så de sjældnere udvikler atopiske sygdomme [19]. Man bør dog ikke negligere de negative følger af infektionssygdomme hos småbørn: smerter, uro, feber, evt. varige forandringer af tonsiller, slimhinder og hud, funktionshæmning og evt. hæmmet vækst og udvikling; og for forældrene: ængstelse og påvirkning af familieliv og arbejdsliv.

Bias: Underrepræsentation af de 0-årige kan have medført let underrapportering af den totale sygelighed, da 0-åriges sygelighed er højere end gennemsnittets. Udelukkelse af forældre med udenlandsk statsborgerskab kan betyde, at den fundne prævalens er lidt for høj, da deres småbørn i en undersøgelse sjældnere havde infektioner end børn af danske mødre [20]. Hos 0-2-årige med langvarig sygdom vil forældrene ofte undgå institutionspasning af hensyn til smitte-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 4. Sociodemografiske determinanter for akut sygdom hos børn under 16 år, rapporteret af en forælder. I procent, odds-ratioer og 95% konfidensintervaller. Vægtede tal. Danmark, 2000.

	Procent	Odds-ratio ^a	95% konfidens-interval	Antal børn
Alle børn	14,0			7.670
<i>Køn</i>				
Drenge 0-15 år	14,6	1,08	0,94-1,25	4.003
Piger 0-15 år	13,3	1	(referencekategori)	3.667
<i>Aldersgrupper hos hvert køn^b</i>				
<i>Drenge</i>				
0 år	21,6	2,04	1,20-3,45	158
1-2 år	31,9	3,47	2,44-4,93	564
3-5 år	15,4	1,40	0,97-2,02	810
6-8 år	10,0	0,84	0,58-1,22	794
9-12 år	8,6	0,72	0,50-1,06	980
13-15 år	11,9	1	(referencekategori)	690
0-15 år	14,6	1,08	0,94-1,25	3.996
<i>Piger</i>				
0 år	20,8	2,03	1,16-3,56	157
1-2 år	25,4	2,66	1,80-3,92	445
3-5 år	16,1	1,51	1,03-2,21	745
6-8 år	8,5	0,76	0,50-1,15	787
9-12 år	9,9	0,89	0,61-1,31	924
13-15 år	11,0	1	(referencekategori)	608
0-15 år	13,3	1	(referencekategori)	3.666
<i>Samlet uddannelseslængde^c</i>				
15+ år	13,3	1,00	(referencekategori)	1.875
13-14 år	14,5	1,14	0,93-1,40	3.305
11-12 år	12,0	0,97	0,75-1,27	1.349
<11 år	16,3	1,40	1,08-1,82	1.071
<i>Socioøkonomisk gruppe</i>				
Selvstændig med ansatte	8,3	0,66	0,39-1,12	415
Selvstændig uden ansatte	14,8	1,24	0,77-2,00	323
Funktionær 1	13,5	1,00	(referencekategori)	830
Funktionær 2	13,3	1,00	0,76-1,33	1.930
Funktionær 3	14,5	1,11	0,82-1,50	1.507
Faglært arbejder	12,9	0,97	0,67-1,40	635
Ikkefaglært arbejder	13,4	1,03	0,74-1,46	917
Uden for arbejdsmarkedet	17,1	1,29	0,94-1,77	1.110
<i>Forælders (respondentens) køn</i>				
Mand	13,0	1	(referencekategori)	3.559
Kvinde	14,7	1,15	0,98-1,36	4.111
<i>Familietype</i>				
Gift/samlevende	13,5	1	(referencekategori)	7.131
Enlig	16,8	1,53	1,16-2,02	525
<i>Dagpasning, kun 0-2-årige</i>				
Hjemme	22,2	1	(referencekategori)	475
Dagpleje	26,3	1,23	0,90-1,70	554
Daginstitution	38,3	2,27	1,55-3,33	208
<i>Dagpasning, kun 3-5-årige</i>				
Hjemme	14,7	1	(referencekategori)	80
Dagpleje	20,6	1,50	0,60-3,72	99
Skovbørnehave/udflytterbørnehave	8,3	0,51	0,18-1,44	87
Daginstitution i øvrigt	16,6	1,11	0,56-2,23	1.146

a) Logistiske regressionsanalyser. Odds-ratio er et tilnærmet mål for hyppigheden i den anførte kategori i forhold til i referencekategorien. Ved estimatet herfor er der kontrolleret for barnets køn og alder og forælders køn. Sygdomsforekomsten er signifikant forskellig fra den i referencegruppen, hvis konfidensintervallet for odds-ratioen ikke indeholder værdien 1. Ved beregning er anvendt en metode, hvori man tager hensyn til, at hyppigheden af sygdom hos flere børn i samme husstand kan være indbyrdes afhængig: General Estimations Equations (GEE) [8].

b) Alderen var uoplyst for otte børn.

c) Målt efter International Standard Classification of Education (ISCED) [1].

risikoen; uden en sådan selektion kunne sygeligheden i institutioner være endnu højere. For de 3-5-årige var der færre sygdomstilfælde, og antallet af børn i tre af pasningsformerne var lille, hvilket kan have medvirket til, at forskellene var in-

signifikante. Referencegruppen: hjemmepassede 3-5-årige kan være selekteret med overvægt af langvarigt syge børn og forældre uden for arbejdsmarkedet, hvilket giver forventet øget sygelighed.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | SEKUNDÆRPUBLIKATION

Konklusion

Undersøgelsens resultater viser, at der fortsat er grund til at fokusere på 0-2-årige børns høje forekomst af infektioner, som belaster barnet, familien og sundhedsvæsenet, og på at forebygge smitte i daginstitutioner og dagpleje.

Korrespondance: Anne M. Nielsen, Fengersvej 19, 2500 Valby.
E-mail: helge.olesen@email.dk

Antaget: 7. marts 2005
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Nielsen A. Børns sygelighed. I: Kjølter M, Rasmussen NK, red. Befolkningens sundhed & sygelighed i Danmark 2000: ... og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002:168-81.
2. Nielsen A, Lie HR, Keiding L et al. Børns sundhed i Danmark. København: DIKE, 1998.
3. 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.
4. Rindel A, Bach E, Breum NO et al. Mineraluldslofter i børnehaver. København: Sundhedsstyrelsen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Arbejdsmiljøinstituttet, 1985.
5. Uldall P. Spæd- og småbørns almindelige sygelighed – forekomst og sociale konsekvenser [disp]. København: FADL's Forlag, 1986.
6. Madsen M, Lindahl A, Bjerregaard P et al. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København: DIKE, 1991.
7. Kjølter M, Rasmussen NK, Keiding L et al. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987. København: DIKE, 1995.
8. Zeger SL, Liang KY, Alberts PS. Models for longitudinal data: a generalized estimation equation approach. *Biometrics* 1998;44:1049-60.
9. Grauballe PC, Samuelsson S. Influenza 1999/2000. *EPI-NYT* 2000, nr. 20.
10. Epidemiologisk afdeling. Influenzaaktivitet: Konsultationsprocent pr. uge 1994/95. *EPI-NYT* 1995, nr. 40.
11. Marbury MC, Maldonado G, Waller L. Lower respiratory illness, recurrent wheezing, and day care attendance. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155:156-61.
12. Hjerner A, Haglund B, Rasmussen F et al. Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. *Acta Paediatr* 2000;89:1250-6.
13. Louhiala PJ, Jaakkola N, Ruotsalainen R et al. Form of day care and respiratory infections among Finnish children. *Am J Public Health* 1995;85:1109-12.
14. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE et al, red. *Nelson textbook of pediatrics*. 14. edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992.
15. Koefoed BG, Nielsen AM, Keiding L. Udvalgte miljøfaktorerens betydning for børns sygelighed i daginstitutioner. *Ugeskr Læger* 2002;164:5759-64.
16. Per Vagn-Hansen. Vejledning om hygiejne i daginstitutioner – om sundhed, forebyggelse, sikkerhed og miljø. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
17. Söderström M, Blennow M. Barn på utedagis hade lägre sjukfråvaro. *Läkartidningen* 1998;95:1670-2.
18. Bondestam M, Rasmussen F. Preschool children's absenteeism from Swedish municipal day-care centres because of illness in 1977 and 1990. *Scand J Soc Med* 1994;22:20-6.
19. Martinez FD. The coming-of-age of the hygiene hypothesis. *Respir Res* 2001; 2:129-32.
20. Jeppesen KJ, Nielsen A. Tosprogede småbørn i Danmark: Rapport nr. 4 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: Socialforskningsinstituttet, 2001.

Lokal overtryksbehandling reducerer vestibulære symptomer hos patienter med Menière's sygdom – sekundærpublikation

Et klinisk randomiseret multicenter-dobbeltblindet placebokontrolleret studie

Professor Jens C. Thomsen, læge Kornel Sass,
læge Lars Ødkvist & læge Stig Arlinger

Amtssygehuset i Gentofte, Øre-, næse- og halsafdeling E,
Linköping Universitet, Sverige, ENT-Afdeling, og
Halmstad Sygehus, Sverige, ENT-Afdeling

Resume

Arbejdet er udført for at evaluere virkningen af en ny behandlingsmodalitet hos patienter med mb. Menière. Apparatet leverer trykpulse til mellemøret igennem et ventilationsdræn i trommehinden, og det er vist, at disse trykændringer breder sig til det indre øre, hvor de formindsker graden af endolymfatisk hydroks. Patienternes vestibulære symptomer blev signifikant formindsket i den aktive gruppe sammenlignet symptomer i gruppen, der modtog

placebobehandling. Lokal overtryksbehandling er en ny behandling, som er noninvasiv, ikkedestruerende og sikker samt uden bivirkninger. Denne ikkekirurgiske behandling bør tilbydes patienterne, inden mere invasive kirurgiske indgreb bringes på banen.

Der er ingen behandling, som hidtil har kunnet kurere Menière's sygdom, og behandlingerne har sigtet på at forbedre patientens velbefindende, det vil sige at kontrollere sygdommen. Siden dens beskrivelse i 1861 er de patofysiologiske mekanismer bag sygdommen fortsat uklare, bortset fra at der er en stærk korrelation til øget væske i det indre øre, endolymfatisk hydroks [1].

Symptomerne ved Menière's sygdom er forårsaget af inter-