

# Migration

## - en gave til epidemiologien

Anne Nielsen

---

Artiklen udgår fra Statens Institut for Folkesundhed

*En meget lav forekomst af vuggedød blandt syd-asiatiske migranter i England og USA og en høj blandt britiske migranter i Hong Kong førte til identifikation af maveleje som den vigtigste risikofaktor for vuggedød. Efter at sundhedsmyndighederne i flere lande havde anbefalet at spædbørn ikke sov på maven, og siden hen heller ikke på siden, faldt forekomsten af vuggedød brat. Blandt minoriteter i Danmark sov spædbørn traditionelt på ryggen eller siden, i modsætning til sundhedsmyndighedernes anbefalinger fra ca. 1975 til 1991.*

*I en dansk forløbsundersøgelse forekom mellemørebetændelse i 3-6 måneders alderen hyppigere hos etniske minoritetsbørn end hos danske børn, hvorimod flere danske børn 3½ år gamle havde haft tilbagevendende mellemørebetændelse. De vigtigste risikofaktorer herfor var tidlig pasning uden for hjemmet og rygning hos moderen. Begge dele forekom sjældnere blandt minoritetsbørn end blandt danske børn. Eksemplerne viser, at forskelle i sygelighed, dødelighed og livsstil mellem befolkningsgrupper kan være et potentiale for forskning om risikofaktorer, efterfølgende intervention og mindsket sygelighed.*

### *Epidemiologi og migration*

'Epidemiologi' er læren om sygdommes opståen og udbredelse i samfundet (Foldspang et al., 1986). 'Deskriptiv epidemiologi' beskriver udbredelsen af sygdomme: hvad, hvor, hvem, hvor hyppigt, hvor alvorligt og under hvilke omstændigheder.

Ofte sammenlignes sygdom eller dødelighed mellem befolkningsgrupper: fx socialgrupper, civilstand eller familietype, aldersgrupper, køn eller afstamning. Man sammenligner typisk forekomst, alvor eller brug af ydelser fra sundhedsvæsenet for sygdommen mellem grupperne.

Den 'analytiske epidemiologi' leder efter forskelle, der kan sige noget om, hvad der er årsag til en sygdom - eller i hvert fald noget om faktorer, der øger risikoen for en sygdom eller for at en sygdom bliver alvorlig og fører til død, samt om hvilke faktorer, der nedsætter risikoen: 'risikofaktorer' og 'beskyttende faktorer', tilsammen kaldet 'determinanter'. Går man efter en bestemt risikofaktor, kan man sammenligne sygdomsforekomsten blandt individer med og uden den bestemte risikofaktor. Men ofte vil man anvende multivariate analysemetoder, fx logistisk regressionsanalyse, hvor man ser på betydningen af flere forskellige faktorer, der kan antages at have betydning for en sygdom. I nogle tilfælde er disse forhold direkte årsag til sygdommen, i andre er der kun tale om 'proxyer': forhold, der øger sandsynligheden for, at en anden faktor, der direkte indgår i en årsagskæde til en sygdom, er til stede.

For den analytiske epidemiologi er migration en gave, idet der ofte er forskelle i sygdomsforekomst mellem migranter og indfødte eller mellem forskellige befolkninger, og opgaven er så at finde faktorer, der kan forklare forskellen. Og her er der mange muligheder: arv, påvirkninger i svangerskabet, barnepleje, familieforhold, sociale forskelle, udsættelse for infektioner, vaccination, ernæring, amning, skader, udsættelse for allergifremkaldende, giftige eller kræftfremkaldende stoffer eller bestråling, sundhedsadfærd, sygdomsadfærd, brug af sundhedsvæsenet og anden støtte, mestringsevne, psykisk robusthed, sproglig formåen og tilstedeværelse af andre sygdomme. I enkelte tilfælde er determinanterne helt specifikke, således vil udsættelse for skoldkoppevirus øge risikoen for skoldkopper, og omvendt vil vaccination mod skoldkopper mindske risikoen for sygdommen. Men ofte finder man mindre specifikke determinanter: forældrenes uddannelse, måltidsvaner, sundhedsadfærd, familietype eller dagpasning, og selv om man ikke kender hele årsagssammenhængen, kan mindskede risici føre til nedsat sygelighed.

Den første del af artiklen refererer, hvordan observationer i bestemte etniske befolkningsgrupper i henholdsvis England, USA og Hong Kong var anledning til, at man kunne begynde at forebygge vuggedød, som i sidste del af 1970'erne og i 1980'erne optrådte epidemisk i den vestlige verden. Anden del gør rede for nye originale resultater fra en forløbsundersøgelse af etniske minoritetsbørn født i Danmark, som blev sammenlignet med en tilsvarende undersøgelse af danske børn. I spædbarnsalderen havde minoritetsbørnene den højeste forekomst af mel-

lemørebetændelse, men i 3½-års alderen en lavere forekomst af tilbagevendende mellemørebetændelse end danske børn havde. Risikofaktorer for mellemørebetændelse i 3-6 måneders alderen og for tilbagevendende mellemørebetændelse og for kontakt med ørelæge i 3½ års alderen er identificeret og vurderes til slut ud fra et forebyggelsesperspektiv.

### *1. eksempel: Vuggedød og spædbarnspleje*

Ved vuggedød, også kaldet pludselig uventet spædbarnsdød eller Sudden Infant Death Syndrome, SIDS, er der tale om et pludselig uventet dødsfald hos et spædbarn, uden der er fundet nogen forklaring på dødsfaldet ved autopsi (Mellins & Haddad 1992, Mitchell et al. 1994). Sådanne dødsfald undergik rutinemæssigt retslægelig undersøgelse og obduktion i mange lande i forsøget på at finde en dødsårsag. Dødsfaldene forekom oftest hos børn i alderen 2 - 5 måneder, hyppigere hos drenge end hos piger og hyppigst hos børn med meget lav fødselsvægt.

Op gennem 1980'erne steg hyppigheden af vuggedød i den vestlige verden. Mange årsager var mistænkt: infektioner, bl.a. kighoste, spædbarnsbotulisme, rygning hos moderen, fejlsynkning af opgyldet føde, at barnet ikke blev ammet, stoppet næse pga. infektion, mekanisk tillukning af næseborene i en pude eller under en dyne, udsættende vejrtrækning pga. for høj varme, brug af sovemidler eller narkotika hos moderen, vaccinationer, medfødt fejl i hjertets impulsledningssystem, medfødt fejl i hjernestammen, unormalt søvnmønster, for sjælden kontakt med spædbarnet, omsorgssvigt, meget lav fødselsvægt, mv. (Gormsen 1973, Vesterdal 1975, Davies 1985, Mellins & Haddad 1992).

I USA bemærkede man, at vuggedød forekom sjældnere blandt befolkningsgrupper fra asiatiske lande end blandt øvrige, 0,5 pr. 1000 levendefødte mod 1,6 - 2,3 pr. 1000 levendefødte i befolkningen som helhed (Mellins & Haddad 1992). I England og Wales fandt man en lavere forekomst af SIDS blandt immigranter fra Bangladesh (Kyle et al. 1990) og fra Indien og Pakistan (Raleigh et al. 1990). Man bemærkede samtidig, at spædbarnsplejen i den sydasiatiske befolkning var meget omsorgsfuld, at barnet blev lagt til at sove på ryggen og ikke blev lagt til at sove i et andet værelse (Farooqi et al. 1993). En antropologisk undersøgelse pointerede, at miljøet blandt bangladeshiske familier i Wales indebar mange flere sensoriske stimuli for spædbarnet end blandt waliske spædbørn, hvor plejen var mere præget af ro, rytme og regelmæssighed (Gantley et al. 1993, Gantley 1994).

En læge i Hong Kong bemærkede, at vuggedød var næsten fraværende i Hong Kong (Davies 1985). Ved en nærmere undersøgelse på de retsmedicinske institut-

ter fandtes kun 15 tilfælde i 1980 - 1984, heraf 3 hos britiske børn, som kun udgjorde en lille del af alle fødte. De 15 tilfælde svarede til en forekomst på 0,04/1000 levendefødte - 50 gange mindre end i England og USA. Davies mente, at den lave hyppighed var reel og drøftede fundet i relation til teorier om vuggedød. Umiddelbart mente Davies, at børn i Hong Kong var eksponeret for flere sandsynlige risikofaktorer for SIDS: kun en meget lille procentdel af spædbørn blev ammet, luftvejsinfektioner var hyppige og medførte ofte lægebesøg, klimaet var varmt og mødrene havde for vane at pakke barnet godt ind under sygdom. Samtidig var andre hypotetiske risikofaktorer for SIDS sjældnere end i vestlige lande: rygning hos moderen, fødselsvægt under 1500 g, at barnet sov i et værelse for sig selv: tværtimod ansås lejlighederne ofte for overbefolkede, og ofte boede barnet i en udvidet familie sammen med bedsteforældre eller onkler, tanter og deres børn. Spædbørnene sov altid på ryggen, da mødrene var bange for, at næseborene kunne blive trykket sammen eller på anden måde spærret i madras og sengetøj. Davies tilføjede, at var et barn sygt og i forvejen havde svært ved at trække vejret, ville vejtrækningen blive vanskeligere, hvis det lå på maven, hvor det skulle løfte en større kropsmasse i forbindelse med vejtrækningen. Davies anbefalede, at man så nærmere på, hvilken betydning barnets sovestilling og kontakt med omsorgsgivere havde samt på betydningen af meget lav fødselsvægt.

I Holland blev kun halvdelen af spædbørn med pludselig uventet død obduceret, så incidensen af SIDS var usikker og underestimeret, da diagnosen forudsætter obduktion med negativt fund. Her frarådede sundhedsmyndighederne efter 1987 at lægge spædbørn til at sove på maven. Forekomsten af SIDS faldt fra 1,04/1000 levendefødte i 1986 til 0,44/1000 i 1991 og 0,09/1000 i 2004 (de Jonge et al. 1993, Wouwe & HiraSing, 2006).

En stor case-kontrol undersøgelse i New Zealand fra 1987-1990 (NZCDS) viste, at de vigtigste risikofaktorer for SIDS var: at spædbørn sov i maveleje eller sideleje, at mødrene røg, og at børnene var kunstigt ernærede; maveleje var den faktor, der øgede risikoen mest (Mitchell et al. 1992). I 1991 påbegyndtes en kampagne om ikke at lade spædbarnet sove på maven, undgå rygning, opmuntre til amning og ikke at lade spædbarnet dele seng med andre. Men umiddelbart efter en indsamlingskampagne fra Vuggedødsforeningen i september 1989, hvor mistanken om, at maveleje kunne være årsag til vuggedød, blev fremsat i flere medier, faldt andelen af børn, der sov på maven, fra 41% i undersøgelsens to første år til 24% i det følgende år og 8% i 1990, i 1991 - 1993 faldt andelen til 3% i 2 måneders alderen (Mitchell & Tonkins 1993, Mitchell et al. 1997). Incidensen af SIDS i New Zealand faldt fra 4,2/1000 levendefødte i 1987 til 2,9/1000 i 1990, 2,5/1000 i 1991 og 2,1 i 1993

(Mitchell et al. 1993, Davidson-Rada et al. 1995, Gunn et al. 2000). New Zealand havde før interventionen en meget høj forekomst af SIDS, højere for maori børn end for andre børn: 7,4/1000 levendefødte versus 3,6/1000. 89% af SIDS tilfældene blandt maori børn og 79% blandt de øvrige børn skyldtes de fire risikofaktorer, der blev interveneret over for. Efter kontrol for potentielle risikofaktorer blev den beregnede øgede risiko for maori børn reduceret fra 3,8 til 1,4 og var knapt signifikant (Mitchell et al., 1993).

En række andre lande fulgte efter med nationale anbefalinger om ikke at lægge spædbørnene til at sove på maven, senere ændret til heller ikke at lade spædbørn sove på siden, med et brat fald i incidensen af SIDS til følge. Selv om vi ikke i dag ved præcis, hvordan og hvorfor børn i maveleje kan dø af SIDS, kan vi nu forebygge de fleste tilfælde - bl.a. fordi - især nyankomne - migrantkvinder fra Sydøsten i USA og England praktiserede den spædbarnspleje, de kendte<sup>1</sup>, ligesom britiske migrantkvinder i Hong Kong gjorde det, men med modsat effekt. Flere maorier tilkendegav, at den risikoadfærd, de havde, var overtaget fra den hvide befolkning inklusive rådet om at lægge børnene til at sove på maven (Gantley 1994).

I Danmark steg forekomsten af vuggedød fra 0,5/1000 levendefødte i 1970'erne til knap 2/1000 i 1991, hvor 116 spædbørn døde. Efter ændringer af anbefalingerne for spædbørns sovestilling i 1991 faldt tallet hurtigt til ca. 0,3/1000 levendefødte. Før 1970'erne sov spædbørn i Danmark normalt på ryggen eller siden på en fast stoppet madras og uden hovedpude eller kun med en tynd hovedpude, da man var bange for, at barnet kunne blive kvalt, hvis det lå på maven med næsen ned i madrassen eller puden. I Sundhedsstyrelsens pjece om barnets pleje (1950) hed det: "Spædbarnet må ikke altid ligge i samme stilling, hvorfor det skiftevis lægges på højre og venstre side eller på ryggen. Det bør hver dag have lov at ligge på maven nogle minutter og sprælle lidt fx før badet. Man må sørge for, at barnet aldrig ligger så meget på siden, at det ikke kan få luft gennem næse og mund." I 1970'erne mistænkte man i USA, at SIDS kunne skyldes, at børnene lå på ryggen og blev kvalt i deres gylp, eller at tungen hos et lille barn, som sov fast, kunne falde tilbage i munden og spærre for luftvejene, og man begyndte at rådgive om, at barnet skulle sove på maven eller siden.

Sundhedsstyrelsen videregav dette råd i 'Vejledning for forældre om barnets første leveår' (1979): "Små børn, som ikke kan vende sig selv, skal ligge på maven eller på siden.... Små børn bør aldrig ligge på ryggen, fordi de, hvis de gylper, meget nemt får det gylpede ned i luftrøret." Mange sundhedsplejersker i Danmark kæmpede i 1980'erne en brav kamp med mødre fra Tyrkiet og Pakistan, som blev ved med at lægge børnene på ryggen, og som ikke ville lægge dem til at sove

udendørs i barnevognen, så de kunne få frisk luft. Nogle sundhedsplejersker tolkede mødrenes vægring som et kulturbestemt ønske om, at barnet skulle have en flad nakke og mente, at dette kulturbestemte ønske stod i vejen for en mere effektiv forebyggelse af vuggedød.

I Sundhedsstyrelsens nyeste udgave af pjecen om forebyggelse af vuggedød anbefales det at lægge spædbarnet til at sove på ryggen, undgå tobaksrøg både før og efter fødslen, og undgå at barnet får det for varmt, når det skal sove. Men i vågen tilstand må barnet godt ligge på maven - for ikke at få en flad nakke! "Lige fra dit barn er nyfødt, skal det vænnes til at ligge på maven, når det er vågent. Det styrker musklerne i nakke og ryg - og forebygger, at det får en flad nakke" (Sundhedsstyrelsen 2006a). I den ledsagende pjeces til sundhedspersonale: "Der er intet, der tyder på en øget risiko for død ved kvælning som følge af opkast eller gylp hos et spædbarn, der sover på ryggen. Barnet vil pr. refleks dreje hovedet til siden og undgår på den måde at få opkast eller gylp i den gale hals eller i lungerne." (Sundhedsstyrelsen 2006b). Og i pjecen: 'Sunde børn' : "Der er ikke dokumentation for, at barnet "hærdes" mod infektioner ved at sove ude" (Sundhedsstyrelsen 2006c). Alt andet lige må man frygte, at udendørs middagssøvn i en barnevogn et godt stykke væk fra moderen kan øge risikoen for spædbarnsdød såvel som for ulykker, da overvågningen af barnet bliver mere besværlig. Det er i undersøgelser af SIDS vist, at det, at barnet sover i et andet rum end forældrene, øger risikoen for SIDS (Carpenter 2004).

### *Kultur og ulighed som forklaring på etniske minoritetsbørns sundhed*

Ifølge den aktuelle offentlige debat i Danmark klarer indvandrere og flygtninge sig dårligere, har flere problemer og er mere syge end danskerne, først og fremmest på grund af deres medbragte kultur; disse påstande kaldes ofte for kulturaliseringsdiskursen<sup>2</sup>. Og minoriteternes kultur - som reelt dækker over forskellige kulturer - opfattes som gammeldags, præget af uvidenhed og kvindeundertrykkelse, noget som danskerne bør hjælpe minoritetskvinderne ud af. Da man samtidig ved, at etniske minoriteter i Danmark som helhed har en dårligere arbejdsmarkedstilknytning, ringere job, kortere uddannelse, ringere levestandard og økonomi, er der tillige ud fra en teori om 'social ulighed i sundhed' en forventning om, at minoritetsbørnene nok er mere syge end danske børn. Nogle undersøgelser har da også vist dette (Klebak & Horst 1978, Wind-Andersen & Rindel 1995, Nødgaard & Nielsen 1998), mens andre ikke har - i det mindste ikke i form af øget behandling i sundhedsvæsenet, som er gratis i Danmark (Klebak 1984, Fischer

man 1989). En nylig registerundersøgelse af brug af læge i Københavns Kommune blandt danske børn og minoritetsbørn viste mindre brug af læge pga. sygdom blandt minoritetsbørn end blandt danske børn i alderen 1-17 år (Dyhr & Andersen 2006, Andersen & Dyhr 2006). Forfatteren har tidligere fundet en lavere sygelighed blandt 3½-årige minoritetsbørn for forskellige tilbagevendende infektioner, færre symptomer og mindre brug af læge, men generelt samme indlæggelseshyppighed som blandt danske småbørn (Jeppesen & Nielsen 2001). For mellemørebetændelse fandtes en højere forekomst i spædbarnsalderen, men i 3½ års alderen havde færre børn haft tilbagevendende mellemørebetændelse, mens næsten lige mange børn havde været til ørelæge de seneste 12 måneder. I det følgende fremlægges nye analyser af data om determinanter for mellemørebetændelse hos spæd- og småbørn. Som det var tilfældet ved SIDS vil der kunne intervereres over for nogle af risikofaktorerne, hvilket sandsynligvis vil kunne resultere i færre tilfælde af mellemørebetændelse.

## *2. eksempel: Mellemørebetændelse og barnepleje*

### *SFIs forløbsundersøgelse af børn født i 1995*

I 1995 påbegyndte Socialforskningsinstituttet (SFI) to store parallelle kvantitative forløbsundersøgelser af danske børn og af etniske minoritetsbørn født i 1995. Undersøgelserne blev gennemført i samarbejde med andre forskningsinstitutioner, og materialet blev stillet til rådighed for børneforskere i Danmark. Formålet var at afdække forhold i barndommen, der havde indflydelse på barnets opvækst og sundhed både i barndommen og i voksenlivet. Den danske undersøgelse omfattede kun børn, hvis mødre var danske statsborgere, mens undersøgelsen af minoritetsbørn kun omfattede børn af mødre, der ved barnets fødsel var statsborgere i det tidligere Jugoslavien, Tyrkiet, Pakistan, Somalia, Sri Lanka og Irak.

Til undersøgelserne blev tilfældigt udvalgt 5.995 danske børn født i perioden 15.9. - 31.10. 1995, og 611 etniske minoritetsbørn født i perioden 1.4 - 31.12. 1995. Hvert fjerde barn af tyrkiske mødre og samtlige børn fra de fem andre nationaliteter blev inkluderet, hvis moderen havde boet i Danmark i mindst tre år og havde fast opholdstilladelse. Børnene skal følges med nogle års mellemrum, indtil de er voksne. Interviewene er foregået i faser, hvorunder alle børnenes mødre er blevet interviewet: 1. fase fandt sted i foråret 1996, 2. fase foråret 1999, 3. fase foråret 2003 og 4. fase efteråret 2007. Interviewene blev gennemført først med alle danske mødre, siden med minoritetsmødrene.

Der var høje deltagerprocenter for de danske børn, lidt lavere for minoritetsbørnene, hhv. 5.429 børn (91%) og 482 børn (79%) i 1. fase og 5.288 børn (88%) og 463 børn (76%) i 2. fase (Jeppesen & Nielsen 1998, Jeppesen & Nielsen 2001). I 3. fase deltog mødrene til 4.971 børn (83%) hhv. 378 børn (62%); men kun for 4.082 danske børn (68%) blev der indsendt et selvudfyldt spørgeskema med supplerende oplysninger.

Det følgende bygger på resultaterne i de to første rapporter, hvor minoritetsbørnene er sammenlignet med danske børn (Jeppesen & Nielsen 1998, Jeppesen & Nielsen 2001). Desuden er der foretaget nye analyser af determinanter for mellemørebetændelse i 3-6 måneders alderen, mellemørebetændelse mindst 3 gange i de første 3½ leveår og brug af ørelæge i 3 års alderen.

## *Metoder*

Der var i begge kohorter tale om en kvantitativ undersøgelse med interview til afkrydsning ud fra et fortrykt skema, og spørgsmålene var rettet til mødrene. Interviewere fra SFI opsøgte mødrene i hjemmet, læste spørgsmål og svarmuligheder op fra et interviewskema og krydsede af ved det anførte svar. Ved enkelte spørgsmål var der mulighed for korte, åbne svar. I den danske undersøgelses første fase blev mødrene interviewet alene, og der blev efterladt et spørgeskema til faderen. I anden fase blev kun moderen interviewet, spørgeskemaet til selvudfyldelse i 3. fase var stilet til moderen. I interviewene om minoritetsbørn deltog hyppigt også fædre og evt. andre familiemedlemmer eller bekendte, og spørgsmål til eller om faderen blev stillet under interviewet i alle faserne. Der blev ikke anvendt spørgeskemaer.

Resultater om mellemørebetændelse og brug af ørelæge er baseret på enslydende spørgsmål til forældre i de to kohorter:

*"Har barnet haft nogle af følgende symptomer: Mellemørebetændelse?"*

*"Har barnet siden fødslen mindst 3 gange haft følgende sygdom: Mellemørebetændelse eller væske i øret?"* Og hvis ja: *"Hvor gammelt var barnet første gang?"*

*"Har barnet på grund af sygdom inden for de sidste 12 måneder været hos en eller flere af følgende: Ørelæge eller ambulatorium på øreafdeling?"*

Spørgsmålene om baggrundsvariable var i det store og hele enslydende. Oplysninger om, hvornår barnet begyndte at blive passet uden for hjemmet, blev dog for minoritetsbørnenes vedkommende indsamlet ved interviewet i undersøgelsens 2.



fase, men for de danske børn først i 3. fase, da børnene var 7½ år, med et selvudfyldt spørgeskema til moderen. I første fase af undersøgelsen var de danske børn i gennemsnit 4,5 måneder og minoritetsbørnene 7,7 måneder gamle og i anden fase i gennemsnit 41 måneder og 45 måneder gamle. Da spørgsmålet om barnet havde haft mellemørebetændelse var afhængigt af alderen, blev forekomsten kun sammenlignet blandt børn i 3-6 måneders alderen, og i de komplekse analyser kun for børn i 4-6 måneders alderen, medianalderen var her 140 dage versus 167 dage for danske børn og minoritetsbørn.

Der var inden interviewene af de etniske minoriteter afprøvet et interviewskema på dansk til i alt 15 mødre til spædbørn uden for fødselskohorten. Ved de endelige interviews var spørgsmålene rettet til moderen; moderen fik ved første kontakt med interviewerens tilbudt tolk, men kun 9% af interviewene i 1. fase og 11% i 2. fase blev udført med professionel tolk. Ved første interview kunne 58% af mødrene dansk særdeles godt, godt eller nogenlunde, ved andet interview gjaldt det 71%. Hos de hhv. 42% i 1. fase og 29% i 2. fase, der talte dårligt dansk, var der tolk, ægtefælle eller andre til stede bortset fra i hhv. 8 og 12 tilfælde.

### *Statistiske analyser*

Resultater om forekomst af mellemørebetændelse og baggrundsforhold er beregnet for hver nationalitet, og forskelle mellem nationaliteter er testet med  $\chi^2$ -test eller med Fishers eksakt test. Ved mindre end 5% sandsynlighed for at forskellene skyldes en tilfældighed, defineres de som statistisk signifikante.

I søgningen efter determinanter for mellemørebetændelse er benyttet logistiske regressionsanalyser. Først er foretaget en analyse, hvor kun nationalitet og den afhængige variabel indgår - i 3-6 måneders alderen dog etnicitet og barnets alder i dage. Derefter er analyserne gennemført, så startmodellen indeholder samtlige faktorer, men efterhånden udelukkes de faktorer, der ikke er signifikante, så slutmodellen kun indeholder signifikante faktorer. I slutmodellen er beregnet estimater for odds ratio med 95% konfidensintervaller. Odds ratio er en tilnærmet værdi for den relative risiko.

Startmodellen i alle regressionsanalyserne indeholder: barnets alder på interviewtidspunktet, køn, nationalitet, lav fødselsvægt, mors alder, rygning hos moderen, amning, psykiske problemer hos moderen, forsørgerstatus, hjemmeboende søskende, fugt eller kulde i boligen, luftforurening i boligen, moderens uddannelse, familiesocialgruppe, samt i analyserne om brug af ørelæge: tilbagevendende halsbetændelse. Analyserne er gennemført med statistikprogrammet SAS, versi-

on 9.2. Da nogle variable er uoplyste for en del af børnene, er estimaterne i slutmodellerne baseret på de børn, for hvem alle de resulterende variable er oplyst, dvs. færre børn indgår i de komplekse end i de simple modeller. Supplerende analyser på de simple modeller begrænset til de børn, som indgår i de komplekse analyser, har givet stort set samme resultater, hvad angår signifikans og størrelsen af odds ratio.

## *Resultater:*

### *Sygdomsforekomst og baggrundsforhold*

I 3-6 måneders alderen forekom mellemørebetændelse hyppigst hos minoritetsbørnene: 13% af minoritetsbørnene havde haft mellemørebetændelse, og for 11% var der søgt læge for det. Forekomsten var højest blandt børn fra Somalia og Tyrkiet. Hos danske børn i samme alder havde 5% haft mellemørebetændelse, og for 5% var der søgt læge for det. I 3½ års alderen havde færre minoritetsbørn end danske børn haft mellemørebetændelse mindst 3 gange, hhv. 23% mod 29%. Forekomsten var lavest blandt børn fra Pakistan og Somalia. De nævnte forskelle mellem minoritetsbørn og danske børn var signifikante. For minoritetsbørn med *tilbagevendende mellemørebetændelse* var medianalderen for første tilfælde af mellemørebetændelse 12 måneder mod 9 måneder hos danske børn. Der var ikke signifikant forskel på, hvor mange, der havde været hos ørelæge inden for de sidste 12 måneder, hhv. 21% og 24%.

De materielle levekår og øvrige socioøkonomiske forhold var *meget* ringere blandt minoritetsbørn end blandt danske børn, både hvad angik indkomst, afsavn af økonomiske grunde, erhverv, boligforhold, familiesocialgruppe og forældrenes uddannelse (Jeppesen & Nielsen 1998, Jeppesen & Nielsen 2001, Nielsen et al. 2002a, Nielsen et al. 2002b). 20% af alle minoritetsbørnene, dog 49% af de somaliske børn mod 18% af de danske børn, boede i fugtige eller kolde boliger. Færre minoritetsbørn fik brysternæring mindst 4 måneder, det gjaldt især børn fra Irak og Eksjugoslavien. Færre havde en mor, der røg: ingen fra Pakistan, Somalia eller Sri Lanka, 10% fra Tyrkiet, og lige så stor en andel fra Eksjugoslavien og Irak som af danske børn: 29%. 79% af minoritetsbørnene mod 58% af de danske børn boede sammen med andre børn, oftest søskende. Der var markante forskelle på, hvornår minoritetsbørnene begyndte at blive passet uden for hjemmet. 7% af minoritetsbørnene versus 49% af de danske børn begyndte før de var 1 år, 34% versus 82% før de var 2 år, 42% versus 90% før de var 3 år, og 70% versus 96% før de var fyldt 4

år. og kun 28% af de pakistanske børn blev passet ude før de var 3 år. Der var ikke signifikant forskel på kønsfordelingen og på forekomsten af lav fødselsvægt mellem minoritetsbørnene og de danske børn. Flest minoritetsbørn, 22%, havde haft tilbagevendende halsbetændelse i 3½ års alderen, især børn fra Irak og Tyrkiet: 39% og 31% mod 7% af danske børn.

### *Mellemørebetændelse i spædbarnsalderen*

I to tidligere artikler er vist resultater af determinantanalyser for mellemørebetændelse og for andre sygdomme i spædbarnsalderen. I disse blev to kohorter analyseret hver for sig (Nielsen et al. 2002a, Nielsen et al. 2002b). Tabel 1 viser resultaterne af regressionsanalyser for alle børn analyseret sammen i 3-6 mæ-

Determinanter	Odds ratio	95% Konfidensinterval	P-værdi	Antal børn
<b>Kun nationalitet og barnets alder indgår<sup>1</sup></b> Barnets alder i dage over 90 dage <sup>2</sup>	1,01	1,01-1,02	0,0002	5470
Etniske minoritetsbørn Danske børn	2,2 reference	1,3-3,6	0,002	162 5308
<b>Alle signifikante determinanter indgår</b> Barnets alder i dage over 90 dage <sup>2</sup>	1,01	1,00 - 1,02	0,006	5016
Etniske minoritetsbørn Danske børn	2,1 reference	1,2 - 3,6	0,0097	133 4883
Søskende/andre børn i husstanden Eneste barn i husstanden	2,7 reference	2,0 - 3,7	<0,0001	2937 2079
Fugt eller kulde i boligen Ingen fugt eller kulde i boligen	1,4 reference	1,0 - 1,8	0,04	956 4060
Ammet mindst 4 måneder Ikke ammet i mindst 4 måneder	0,7 reference	0,5 - 0,9	0,004	3416 1600
Fødselsvægt under 2500 g Fødselsvægt mindst 2500 g	0,4 reference	0,2 - 0,9	0,03	242 4774

Tabel 1. Determinanter for at barnet har haft mellemørebetændelse i 3-6 måneders alderen.

<sup>1</sup>De simple regressionsanalyser er foretaget på alle børn, hvor der er oplysninger om mellemørebetændelse og barnets alder, N=5470, mens de komplekse analyser kun er foretaget på 5016 af børnene, hvor alle de øvrige forhold er oplyst. I realiteten drejer det sig udelukkende om børn fra 4-6 måneder, da spørgsmålet om amning mindst 4 måneder ikke kunne besvares for yngre børn.

<sup>2</sup>Odds ratio skal ganges med sig selv, for hver dag barnet er over 90 dage.

ders alderen. Antal tilfælde af mellemørebetændelse inden for hver af de etniske nationaliteter er så lille, at yderligere opdeling på land ikke giver mening.

Som det fremgår af tabel 1, var odds ratio 2,7, hvis der var søskende, 2,1 hos etniske minoritetsbørn, 1,4 ved fugt eller kulde i boligen, og risikoen var øget med ca. 1% for hver dag barnet var over 90 dage. Amning i mindst 4 måneder nedsatte risikoen med 1/3, og ved lav fødselsvægt var risikoen mod forventning *nedsat* med knap 2/3.

### *Tilbagevendende mellemørebetændelse i de første 3½ leveår*

Resultaterne af logistiske regressionsanalyser for danske og etniske minoritetsbørn er vist i tabel 2.

I 3½ års alderen var der ingen signifikant betydning af aldersforskellene, hvorfor denne faktor ikke indgik i analyserne. Uden kontrol for øvrige determinanter var der signifikante forskelle efter nationalitet ( $p=0,0007$ ) som vist øverst, og hyppigheden var højest blandt børn fra Eksjugoslavien og Danmark, og lavest blandt børn fra Pakistan og Somalia. Efter kontrol for øvrige signifikante determinanter var forskellene efter nationalitet ikke længere signifikante og indgik derfor ikke i slutmodellen. Hjemmepasning nedsatte risikoen med ca. 14% for hvert år, der gik, før barnet blev passet uden for hjemmet. At være pige nedsatte risikoen med 22%, mors alder nedsatte risikoen med ca. 3% for hvert år, hun var over 16 år, og mors rygning øgede risikoen med 25%. Hvis det, om barnet var ammet mindst 4 måneder, blev inddraget i analysen, blev effekten af mors rygning insignifikant, mens amning nedsatte risikoen med 18%; det skyldtes en gensidig afhængighed mellem mors rygning og amning: mødre, der ryger, ammer sjældnere. Mellemørebetændelse i spædbarnsalderen indgik ikke i slutmodellen, da denne variabel samtidig var en del af effektmålet. Hvis den blev medinddraget, tredoblede den risikoen for tilbagevendende mellemørebetændelse.

### *Ørelægekonsultation*

Det er normalt gratis at konsultere speciallæge i Danmark, og adgangen til ørelæge er normalt fri, men sker ofte efter henvisning fra almen læge. Børn med hyppige eller svære tilfælde af mellemørebetændelse vil ofte blive set af en speciallæge. En eventuel hyppigere brug af speciallæge hos danske børn end minoritetsbørn vil derfor til dels styrke det, der er fundet ovenfor om hyppigere tilbagevendende mellemørebetændelse hos danske børn. Derfor er der søgt efter risikofaktorer for,

Determinanter	Odds ratio	95% konfidensinterval	P-værdi	Antal børn
<b>Kun nationalitet indgår</b>				
<b>Nationalitet</b>			0,0007	5753
Eksjugoslavien	1,1	0,7-1,6	0,8	108
Pakistan	0,3	0,2-0,6	0,001	83
Somalia	0,4	0,2-0,8	0,02	47
Sri Lanka	0,8	0,4-1,2	0,2	76
Irak <sup>1</sup>	0,7	0,4-1,6	0,5	41
Tyrkiet	1,0	0,7-1,5	0,9	110
Danmark	reference			5288
<b>Alle signifikante determinanter indgår<sup>2</sup></b>				
Alder ved start på pasning uden for hjemmet, pr. år barnet er fyldt <sup>3</sup>	0,86	0,8-0,9	<0,0001	4319
Pige	0,78	0,7-0,9	0,0003	2066
Dreng	reference			2253
Mors alder, pr. år over 16 år <sup>4</sup>	0,973	0,96-0,99	0,0004	4319
Mor er ryger	1,25	1,1-1,5	0,004	1047
Mor er ikke-ryger	reference			3272

Tabel 2. Determinanter for, om barnet 3½ år gammel har haft mellemørebetændelse mindst 3 gange.

<sup>1</sup>2 irakiske børn, der ikke indgik i hovedrapporten fra 2. fase, er siden inkluderet, så det samlede antal minoritetsbørn er 465 i 2. fase.

<sup>2</sup>De simple regressionsanalyser er foretaget på alle børn, der indgik i 2. fase af undersøgelsen, N = 5753, mens de komplekse analyser kun er foretaget på 4319 af børnene, hvor alle de øvrige forhold er oplyst; spørgsmålet om start ved pasning uden for hjemmet manglede for en stor del af de danske børn

<sup>3</sup>odds ratio skal ganges med sig selv, for hvert år barnet er mere end 0 år når det begynder at blive passet uden for hjemmet. Dvs. odds ratio er 1, hvis barnet begynder pasning mens det er 0 år, 0,86 i 1 års alderen, 0,73 i 2 års alderen, 0,63 i 3 års alderen og 0,54 i 4 års alderen eller hvis det er hjemmepasset hele tiden.

<sup>4</sup>odds ratio skal ganges med sig selv, for hvert år mor er over 16 år ved undersøgelsens begyndelse i 1995, dvs. ved 17 år 0,97, ved 18 år 0,95, ved 25 år 0,78, ved 30 år 0,68, ved 35 år 0,59, ved 40 år 0,50.

om det 3½-årige barn har været til ørelæge eller øreambulatorium inden for de seneste 12 måneder. Også tilbagevendende halsbetændelse er en hyppig årsag til konsultation hos ørelæge og indgår som risikofaktor.

Når kun nationalitet indgår, er forskellen mellem nationaliteter ikke signifikant, men når øvrige signifikante determinanter indgår, er nationalitet statistisk

signifikant ( $p=0,025$ ). Med Danmark som reference er odds ratio for at have været til ørelæge for børn fra Eksjugoslavien og Pakistan 0,8, fra Sri Lanka og Tyrkiet 0,7, fra Somalia 0,4 og fra Irak 0,3. Tilbagevendende halsbetændelse - som er langt hyppigere hos minoritetsbørnene - øger risikoen 2,7 gange, mens risikoen er nedsat med 27% hos piger i forhold til drenge og med 29%, hvis barnet er ammet mindst 4 måneder i forhold til amning i kortere tid. Med børn, der begynder pasning uden for hjemmet i 1. leveår, som reference, er risikoen nedsat til 0,91 hvis barnet begynder pasning i 1 års alderen, 0,83 i 2 års alderen, 0,75 i 3 års alderen og 0,69 i 4 års alderen eller hvis det er hjemmepasset.

## Diskussion

I 3-6 måneders alderen er der en *øget* risiko for mellemørebetændelse hos etniske minoriteter, og den *øgede* risiko består efter inddragelse af andre determinanter. I 3½ års alderen er der en *nedsat* risiko for tilbagevendende mellemørebetændelse hos børn af etniske minoriteter, men denne forskel forsvinder efter kontrol for andre determinanter, hvoraf de vigtigste er mors rygning samt tidlig pasning uden for hjemmet. Analyserne for brug af ørelæge i 3½ års alderen støtter hovedsagelig disse fund, men her er nationalitet kun signifikant *efter* inddragelse af øvrige signifikante determinanter. Nogle, men ikke alle de fundne forskelle på mellemørebetændelse mellem nationaliteter kan forklares af identificerede risikofaktorer og beskyttende faktorer.

I første omgang er der set på, om de fundne forskelle er reelle, eller om de kan skyldes skævheder, *bias*, som kan opstå på grund af forskelle i selektion, forståelse, diagnostik eller hukommelse mellem grupperne. *Bortfald* i en undersøgelse er ofte skævt fordelt. Det har især betydning for de danske børn, hvor færre mødre fra de lavere socialgrupper udfyldte spørgeskemaet i 7½ års alderen med oplysninger om pasning. Imidlertid var socialgruppe ikke en determinant for mellemørebetændelse, hverken i ½ års-alderen eller i de første 3½ år. I den aktuelle undersøgelse er det vigtigt, om minoritetsforældrene *forstår* ordet mellemørebetændelse, og om sygdommen er diagnosticeret. En anden bias kan være *underrapportering* hos minoritetsfamilierne, som måske dårligere kan *huske* sygdommen, fordi den ikke nødvendigvis medfører store ændringer i dagligdagen, hvis barnet passes hjemme. Ved interviewene af minoritetsmødrene medvirkede fædre ofte. Fædre rapporterer ofte mindre sygelighed end mødre (Nielsen et al. 1998, Nielsen et al. 2005), dette kan også medvirke til underrapportering. Men det taler imod underrapportering pga. manglende diagnostik eller glemsel, at i undersøgelsens første

fase havde signifikant *flere* etniske minoritetsbørn end danske børn haft mellemørebetændelse, og langt de fleste var blevet tilset af læge, og at på trods heraf var medianalderen ved første tilfælde 3 måneder højere for minoritetsbørnene end for de danske børn. I anden fase havde færre minoritetsbørn haft tilbagevendende mellemørebetændelse og efter kontrol for øvrige determinanter, herunder halsbetændelse, havde færre minoritetsbørn også været til ørelæge. Det var børn fra de samme nationaliteter: Danmark, Eksjugoslavien og Tyrkiet, der hyppigst havde haft tilbagevendende mellemørebetændelse og hyppigst havde været hos ørelæge i de analyser, hvor der ikke var kontrolleret for andre risikofaktorer.

### *Sammenligning med andre undersøgelser*

De fundne risikofaktorer og beskyttende faktorer: amning, mors rygning, mors alder, andre børn i husstanden/søskende, boligforhold, pasning uden for hjemmet samt barnets alder og køn er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser (Daly et al., 1993, Uhari et al. 1996, Paradise et al. 1997, Froom et al. 2001), mens lav fødselsvægt plejer at være en risikofaktor og ikke en beskyttende faktor (Paradise et al. 1997). Nogle amerikanske undersøgelser har vist lavere forekomst af mellemørebetændelse hos sorte og asiatiske befolkningsgrupper end hos hvide (Vernacchio et al. 2004), andre har ikke vist det (Paradise et al. 1997). Resultaterne om pasning er i tråd med resultaterne fra en dansk befolkningsundersøgelse i år 2000 (Nielsen et al. 2005). Den viste, at 4,8% af de 1-2-årige og 2,2% af de 3-5-årige børn havde haft *mellemørebetændelse* inden for de sidste 14 dage. Blandt de 0-2-årige i samme undersøgelse øgede pasning i dagpleje risikoen 3 gange, mens pasning i daginstitution øgede risikoen 3,6 gange. Pasning i daginstitution øgede risikoen for, at barnet *havde været syg* inden for de sidste 14 dage med 2,3 gange, ved dagpleje var der kun en ikke-signifikant tendens til øget risiko. For de 3-5-årige var der ikke signifikant sammenhæng hverken mellem pasningsform og mellemørebetændelse eller pasningsform og sygdom i det hele taget.

At tidlig debut af mellemørebetændelse øger risikoen for tilbagevendende mellemørebetændelse er også fundet tidligere (Kvaerner et al. 1997). I nogle undersøgelser er risikoen øget blandt børn under dårlige socioøkonomiske vilkår (Paradise et al. 1997) men ikke i den aktuelle. Andre tidligere fundne risikofaktorer er: luftvejsinfektioner, familiær disposition for mellemørebetændelse og atopiske sygdomme (Daly et al. 1993, Kvaerner et al. 1997), brug af sut i daginstitutioner (Niemela 1995), og at børn drikker af sutteflaske i liggende stilling (Froom et al. 2001).

## *Forebyggelsesperspektiver*

Barnets køn, nationalitet, søskende i husstanden og mors alder er givet ved fødslen. Derimod er intervention mulig, når det gælder amning, mors rygning, boligforhold og pasningsforhold. Fra en profylaktisk synsvinkel er det altid relevant at fraråde rygning og at tilråde amning mindst det første halve leveår, samt at tilråde en bolig uden fugt og kulde. Amning er mindre udbredt blandt mødre fra Eksjugoslavien, Irak og Tyrkiet end blandt danske mødre, og rygning er lige hyppigt blandt mødre fra Eksjugoslavien, Tyrkiet og Danmark. Der er integreret indsatser med rådgivning om amning og om rygestop for gravide og nybagte forældre i den almindelige svangreomsorg, i sundhedsplejen og ved de forebyggende børneundersøgelser. Også fødeafdelingerne promoverer amning, men de fleste mødre udskrives samtidig før mælken er faldet til. Spørgsmålet er dog, om indsatserne når godt nok ud til minoritetsmødrene. I den aktuelle undersøgelse deltog færre minoritetsmødre end danske mødre i fødselsforberedelseskurser, efterfødselskurser og mødregrupper, men havde flere sundhedsplejerskebesøg. En tidligere dansk undersøgelse viste, at flere udenlandske mødre end danske mødre havde problemer med revner på brystvorterne og ikke syntes, de fik information nok om amning på fødeafdelingen (Brøndsted & Guldager, 1994). Ved en kortlægning af sundhedsfremmeaktiviteter for etniske minoriteter var rygestopintervention næsten fraværende (Christiansen & Nielsen, 2005). Det vides ikke, om minoritetsbørn hyppigere end danske børn drikker af sutteflaske i liggende stilling; forældre kunne oplyses mere om risici herved (Froom, 2001).

Også andre tilbagevendende infektioner end mellemørebetændelse forekom hyppigere hos danske børn end hos minoritetsbørn i 3½ års alderen: astmatisk bronkitis, mave-tarminfektioner, øjenbetændelse og feberepisoder uden kendt årsag - mens halsbetændelse forekom hyppigst hos minoritetsbørn (Jeppesen & Nielsen, 2001). Småbørns sygelighed skyldes overvejende infektioner og er højest i de første tre leveår (Nielsen et al., 2005). I en dansk undersøgelse var forekomsten af sygdom inden for de sidste 14 dage for børn i de første seks årgange fra 0 år - 5 år hhv. 21%, 33%, 25%, 17%, 16% og 14% (Nielsen et al., 2005). Det har i mange år været kendt, at pasning sammen med andre børn i de første leveår øger risikoen for såvel mellemørebetændelse som for de fleste almindelige infektioner (Vinther, 1981; Uldall, 1986; Uldall, 1990). Uldall skønnede baseret på data fra 1983, at pasning i daginstitution var årsag til ca. 29% af sygeligheden hos småbørn i alderen 10 måneder - 4 år (Uldall, 1990). Alligevel passes flere og flere børn i Danmark i dagpleje eller daginstitution fra en tidlig alder: i 1975 var 15% af 0-2-årige børn af gifte og 55% af børn af enlige mødre i dagpleje eller daginstitution, i 1989 var de



tilsvarende andele hhv. 51% og 62%, og i 2006 var 63% af alle 0-2-årige i dagpleje eller daginstitution.

Fra 1978 - 1993 steg andelen af 1-2-årige børn, der havde været indlagt mindst én gang i løbet af et år fra 9% til 12%, og andelen af 1-2-årige, der blev indlagt for åndedræts sygdomme fra 3% til 5%, for diarré fra 0,4% til 0,8% og for mellemøbetændelse fra 0,5% til 0,7% (Nielsen et al., 1998). Man kan spørge, om det er rimeligt, at de mindste børn skal betale så høj en pris i form af øget sygelighed som følge af pasning uden for hjemmet? Udover den højere sygelighed på grund af smitte, kan en daginstitution være stressende på grund af et højt støjniveau, og støjen kan hæmme kognitive funktioner (Passchier-Vermeer 2002). Interventionsundersøgelser i daginstitutioner har vist, at bedre håndhygiejne kan nedsætte sygdomshyppigheden med fra få % - 50%; andre undersøgelser har vist en betydning af udendørs ophold og plads i institutionen (Koefoed et al. 2002, Söderström & Blennow 1998).

I halvdelen af de etniske minoritetsfamilier i nærværende undersøgelse passes barnet først uden for hjemmet efter det er fyldt 3 år; måske på grund af tradition eller for at give barnet en god omsorg. Måske fordi mødre prioriterer at bruge tiden på børn og familie frem for job, især hvis de har flere små børn. Mange mødre har ingen økonomisk fordel af at have et lavtlønsjob som fx rengøringsarbejde, hvis de samtidig skal betale for dagpasning og finder måske arbejdet for hårdt eller stressende samtidig med, at de har små børn.

For tiden er etniske minoritetskvinder under pres fra det danske samfund. I den offentlige debat betragtes minoritetskvinderne som marginaliserede og undertrykte af deres mænd og svigerfamilie, nogle mener, at ægtemændene er bange for, at kvinderne vil få for meget magt, hvis de kommer i arbejde. Samtidig har man i Danmark erfaring fra kvindefrigørelsen i 1970'erne: en væsentlig forudsætning for kvindefrigørelsen var, at kvinderne blev selvforsørgende. De danske myndigheder forventer, at borgerne forsørger sig selv - ikke mindst nu, hvor der mangler arbejdskraft. Desuden forventes det, at tosprogede børn går i daginstitution for at lære dansk<sup>3</sup>, og i mange kommuner bruger sundhedsplejen mange ressourcer på at overtale forældrene til det. I den aktuelle undersøgelse er det vist, at minoritetsbørnene i 3½ års alderen er bagefter de danske børn i sproglig udvikling, men at tidlig start i daginstitution ikke har fremmet den sproglige udvikling hos minoritetsbørnene (Jeppesen & Nielsen, 2001).

Den lavere hyppighed af tilbagevendende mellemøbetændelse og andre infektioner hos minoritetsbørn i Danmark giver anledning til eftertanke: måske kan

danske forældre lære noget af forældre i etniske minoritetsfamilier om forebyggelse af infektioner og fx passe barnet hjemme til det er 2 eller 3 år? Kunne barselsorloven forlænges til 2 eller 3 år? Eller hvad med forældreorlov til da, hvis barnet har tilbagevendende infektioner? Eller pasning ved en dagplejer i barnets hjem? Eller flere omsorgsdage ved sygdom? Forslagene om længere orlov støder dog imod politiske målsætninger i Danmark om, at alle skal i arbejde og gøre karriere så tidligt som muligt, da der mangler arbejdskraft. Ligeledes mindskes forældrenes karriere- og indtjeningsmuligheder, hvis de går hjemme nogle år, og dette kan være en hindring for bedre boligforhold. Og hvis ikke omsorgsdage og længere orlov deles mellem begge forældre, rammes kønsligestillingen.

### *Konklusion: Forskelle i sygdomsforekomst og livsstil kan medføre øget viden og bedre forebyggelse*

Artiklen viser, hvorledes forskelle i forekomsten af vuggedød og mellemørebetændelse mellem forskellige befolkningsgrupper i samme område har givet anledning til efterfølgende forskning og identifikation af risikofaktorer. Ved vuggedød er resultaterne bekræftet gennem forskning og i nationale statistikker, sideløbende med nationale informationskampagner om ændret spædbarnspleje. Gennem ændret rådgivning og spædbarnspleje er det siden lykkedes at nedbringe forekomsten af vuggedød i en række lande - i Danmark til en femtedel af niveauet i 1991.

Når det gælder tilbagevendende mellemørebetændelse, er der tale om en mindre alvorlig sygdom, som dog ofte medfører smerter, feber, dårlig trivsel og nedsat hørelse med risiko for forsinket sprogudvikling og høretab. Her er minoritetsbørnene bedst beskyttet, fordi de passes uden for hjemmet fra en senere alder end danske børn, og fordi deres mødre sjældnere ryger. Flere andre tilbagevendende infektioner forekommer også sjældnere blandt småbørn fra etniske minoriteter end blandt danske småbørn. At børn smittes af andre børn er ikke ny viden, men resultaterne bør give anledning til eftertanke.

De to eksempler viser, at det ikke altid er den vestligt orienterede befolkning, der har den bedste barnepleje og sundhedsadfærd. Sundhedsstyrelsens skiftende vejledninger om barnets sovestilling er et eksempel på, at det, vi i dag kalder for viden, kan vise sig ikke at holde stik om nogle år. Forskelle i sygelighed, dødelighed og livsstil mellem befolkningsgrupper kan ses som muligheder for at finde risikofaktorer og beskyttende faktorer, og i sidste ende føre til en bedre forebyg-

gelse. Majoritetsbefolkningen kunne forholde sig undersøgende frem for bedrevidende og belærende, når en minoritetsgruppe har en anden livsstil, barnepleje eller sundhedsadfærd. For måske er det minoritetsgruppens, der bedst fremmer sundheden.

## Noter

- 1 Farooqi et al. (1994) beskriver, hvorledes mødre fra Pakistan, Indien og Bangladesh, der var født i Storbritannien, hyppigere end mødre, der var indvandret, lagde børnene til at sove på maven. Maveleje forekom hyppigere og rygleje sjældnere, jo flere år mødrene havde boet i Storbritannien.
- 2 Se den indledende artikel for en nærmere gennemgang af begrebet.
- 3 Hvis et tosproget barn efter en sagkyndig vurdering har behov for støtte til fremme af den sproglige udvikling med henblik på tilegnelse af dansk, har forældrene nu pligt til at lade det modtage sprogstimulering 15 timer om ugen fra 3 års alderen, hvis det ikke går i daginstitution, eller særlig støtte i daginstitutionen (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, 2006).

## Taksigelser:

Cand. scient., ph.d. Søren Rasmussen takkes for hjælp med de statistiske analyser

## Litteratur

- Andersen, J. S. & Dyhr, L. 2006 Kontaktraten til almen praksis i vagttid og skadestue for indvandrere med gæstarbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. In: *Ugeskrift for Læger* 168(38):3222 - 3227.
- Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, 2006 LBK nr. 1195 af 30/11/2006.
- Brøndsted, V. & Guldager, E. 1994 *Barselspleje på kort tid - omsorg nok? En sammenlignende undersøgelse af 398 københavnske mødre*. København: Københavns Kommune, Socialdirektoratet, Afdelingen for børn og unge, Sundhedsplejen.
- Carpenter, R. G., L. M. Irgens, P. S. Blair, P. D. England, P. Fleming, J. Huber, G. Jorch & P. Schreuder 2004 Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study. In: *The Lancet* 363: 185-191.
- Christiansen, M. & A. M. Nielsen 2005 *Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark*. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet for Sundhedsstyrelsen.
- Daly, K.A., J.E. Brown, B. R. Lindgren, M. H. Meland, C. T. Le & g. S. Giebink 1993 Epidemiology of otitis media onset by six months of age. In: *Pediatrics* 91 (5):867-72.
- Davies, D.P. 1985 Cot death in Hong Kong: a rare problem? In: *The Lancet* December 14: 1346-1348.

- Danmarks Statistik 2003 *Nyt fra Danmarks Statistik*. 333 Danmarks Statistik.
- Danmarks Statistik 2005 <http://www.statistikbanken.dk>.
- Middelfolketallet (Folketal 1. juli) efter kommune/amt, civilstand, alder og køn: Tabel BE-F1A.
- Indskrevne i daginstitution, dagpleje etc.: Tabel PAS1.
- Davidson-Rada, J., S.Caldins & S.L.Tonkins 1995 New Zealand's SIDS prevention program and reduction in infant mortality. In: *Health education quarterly* 22(2):162-71.
- de Jonge, G.A., R. J. Burgmeijer, A.C.Engelberts, J. Hoogenboezem, P.J.Kostense & A.J.Spruij 1993 Sleeping position for infants and cot death in The Netherlands 1985-91. In: *Archives of Disease in Childhood* 69:660-663.
- Duncan, B., J. Ey, C.J.Holberg, A.L.Wright, F.D.Martinez & L.M.Taussig 1993 Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media. In: *Pediatrics*: 91(5):867-72.
- Dyhr, L. & J. S. Andersen 2006 Kontaktraten til almen praksis i dagtid for indvandrere med gæstarbejder- og flygtningebaggrund i Københavns Kommune 1998. In: *Ugeskrift for Læger* 168:3217-22.
- Farooqi S., I.J.Perry & D.G.Beevers 1993 Ethnic differences in infant-rearing practices and their possible relationship to the incidence of sudden infant death syndrome (SIDS). In: *Paediatric and perinatal epidemiology* 7(3):245-52.
- Farooqi S., G. Y. H. Lip & D. G. Beevers 1994 Sudden infant death syndrome among Asians in Britain. In: *British Medical Journal* 309:1232.
- Fischerman, M. 1989 Børns forbrug af læge i et københavnsk lokalområde. In: *Ugeskrift for Læger* 151: 3151-5.
- Foldspang, A., S. Juul, J. Olsen, & S. Sabroe 1985 *Epidemiologi: sygdom og befolkning*. 2. udgave. København: Munksgaard.
- From J., L. Culpepper, L. A. Green, R. A. de Melker, P. Grob, T. Heeren & F. van Balen 2001 A cross-national study of acute otitis media: risk factors, severity, and treatment at initial visit. Report from the International Primary Care Network (IPCN) and the Ambulatory Sentinel Practice Network (ASPEN). In: *The Journal of the American Board of Family Practice* 14(6):474-6.
- Gantley M., D.P.Davies & A. Murcott 1993 Sudden infant death syndrome: links with infant care practices. In: *British Medical Journal* 306:16-20.
- Gantley M. 1994 Ethnicity and the sudden infant death syndrome: anthropological perspectives. In: *Early Human Development* 38:203-208.
- Gormsen, H. 1973 *Retsmedicin & Medicinallovgivning*. 3. udgave. København: FADL's forlag.
- Gunn, A.J., T.R.Gunn & E.A.Mitchell 2000 Is changing the sleep environment enough? Current recommendations for SIDS. In: *Sleep Medicine Reviews*:4(5)453-469.
- Hjern, A., B. Haglund, F. Rasmussen et al. 2000 Socio-economic differences in daycare arrangements and use of medical care and antibiotics in Swedish preschool children. In: *Acta Paediatrica* 89:1250-6.
- Jeppesen, K.J. & A. Nielsen 1998 *Etniske minoritetsbørn – det første leveår. Rapport nr. 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Jeppesen K.J., & A. Nielsen 2001 *Tosprogede småbørn i Danmark. Rapport nr. 4 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Klebak, S. & C. Horst 1978 *Fremmedarbejderbørn/danske børn – lige vilkår? Sundhedstilstand og brug af medicinsk og social profylakse*. København: Københavns Universitet, Institut for Social Medicin, 1978.

- Klebak, S. 1984 Hospitalsindlæggelser af indvandrerbørn i førskolealderen. In: *Ugeskrift for Læger* 146: 603-5.
- Koefoed, B.G., A.M. Nielsen & L.M. Keiding 2002 Udvalgte miljøfaktorerets betydning for børns sygelighed i daginstitutioner. In: *Ugeskrift for Læger* 164: 5759-5764.
- Kvaerner, K.J., P.Nafstad, J.A.Hagen, I.W.Mair & J.J. Jaakkola 1997 Recurrent acute otitis media: the significance of age at onset. In: *Acta Oto-laryngologica*: 117(4):578-84.
- Kyle, D., R.Sunderland, M.Stonehouse, C.Cummins & O. Ross.1990 Ethnic differences in incidence of sudden infant death syndrome in Birmingham. In: *Archives of Disease in Children* 65, 830-833.
- Mellins, R.B. & G.G. Haddad 1992 Sudden infant death syndrome. In: Behrman, R.E. (red.): *Nelson Textbook of Pediatrics: 1759-1761* Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Mitchell, E.A., B.J.Taylor, R.P.K.Ford et al. 1992 Four modifiable and other major risk factors for cot death.: The New Zealand study. In: *Journal of paediatrics and child health* 28 (suppl): S3-8.
- Mitchell, E.A. & S.Tonkins 1993 Publicity and infants' sleeping position. In: *British Medical Journal* 306:858.
- Mitchell, E.A., A.W.Stewart, R. Scragg, R.P.K. Ford, B.J.Taylor, D.M.P.Becroft, J.M.D.Thompson, I.B.Hassall, D.M.J.Barry, E.M.Allen & A.P.Roberts 1993 Ethnic differences in mortality from sudden infant death syndrome in New Zealand. In: *British Medical Journal* 306:13-16.
- Mitchell, E.A., D.M.P.Becroft, R.W.Byard, P.J.Fleming, H.F.Krous, K.Helweg-Larsen & M.Valdes-Dapena 1994 Definition of the sudden death syndrome Keep current definition. In: *British Medical Journal* 309:607.
- Mitchell, E.A., P.G. Tvohy, J.M. Brunt, J.D.M. Thompson, M.S. Clements, A.W. Stewart, R.P.K. Ford & B.S. Taylor 1997. Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: a prospective study. In: *Pediatrics*. 100 (5) 835-40.
- Niemela, M., M. Uhari & M. Mottonen 1995 A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. In: *Pediatrics*:96 (5 Pt 1):884-8.
- Nielsen, A., H.R. Lie, L. Keiding & M. Madsen 1998 *Børns sundhed i Danmark*. København: DIKE.
- Nielsen, A.M., B. G. Koefoed, R. Møller & B. Laursen 2005 Forekomst af nylig sygdom hos danske børn i 1994 og 2000. In: *Ugeskrift for Læger* 168: 373-8.
- Nielsen, A.M., B. G. Koefoed, R. Møller & B. Laursen 2005 Langvarig sygdom hos danske børn rapporteret af forældrene In: *Ugeskrift for Læger* 168: 367-372.
- Nielsen, A. 2002. Børns sygelighed. In: Kjølner, M. & Rasmussen, N. K.(red.) *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 ...& udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nielsen, A.M., S. Rasmussen & M.N. Christoffersen 2002 Danske spædbørns sygelighed i de første levemåneder. In: *Ugeskrift for Læger* 164: 5644-8.
- Nielsen, A.M., S. Rasmussen & K.J. Jeppesen 2002 Sygeligheden blandt spædbørn fra etniske minoriteter. In: *Ugeskrift for Læger* 164: 5649-54.
- Nødgård, H., I. Nielsen 1998 Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. Hvor tit - hvor længe - for hvad? In: *Ugeskrift for Læger* 160: 2867-71.
- Paradise, J.L., H. E. Rockette, D. K. Colborn, B. S. Bernard, C. G. Smith, M. Kurs-Lasky & J. E. Janosky 1997 Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. In: *Pediatrics*. 99(3):318-33.

- Passchier-Vermeer, W. Effects of noise. In: Bistrup, M. L. 2001 (red.) *Health effects of noise on children*. p.47-68. Copenhagen: National Institute of Public Health.
- Raleigh V.S., B.Botting & R.Balarajan 1990 Perinatal and postneonatal mortality in England and Wales among immigrants from the Indian subcontinent. In: *Indian Journal of Pediatrics*: 57(4):551-62.
- Rindel, A., E. Bach, N. O. Breum, C. Hugod, A. Nielsen, T. Schneider 1985. *Mineraluldslofter i børnehaver*. København: Sundhedsstyrelsen, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi og Arbejds miljøinstituttet.
- Sundhedsloven*. Lov nr. 546 af 24. juni 2005.
- Sundhedsstyrelsen 1950 *Barnets ernæring og pleje indtil skolealderen*. København: J.H.Schultz Universitets-bogtrykkeri.
- Sundhedsstyrelsen 1979 *Vejledning for forældre om barnets første leveår*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2006a *Vuggedød kan forebygges: til forældre*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2006b *Vuggedød kan forebygges: anbefalinger til sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2006c *Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Söderström, M. & M. Blennow. 1998 Barn på utedagis hade lägre sjukfråvaro. I: *Läkartidningen* 95:1670-2.
- Uhari M., K. Mantysaari K & M. Niemela 1996 A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. In: *Clinical infectious diseases*: 22(6):1079-83.
- Uldall, P. 1986 *Spæd- og småbørns almindelige sygelighed*. København: FADL's forlag.
- Uldall, P. 1990 Pasningsformer og børns infektioner I: forekomst og årsagsfaktorer. II: konsekvenser og interventionsmuligheder. In: *Ugeskrift for Læger* 152: 2345 - 2351.
- Vernacchio, L., S. M. Lesko, R. M. Vezina, M. J. Corwin, C. E. Hunt, H. J. Hoffman & A. A. Mitchell 2004 Racial/ethnic disparities in the diagnosis of otitis media in infancy. In: *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 68; 795-804.
- Vesterdal, J. 1975. In: Friis-Hansen, B., N. Hallman, B. Lindquist, M. Seip & T. Iversen (red.): *Nordisk lærebog i pædiatri*. København: Munksgaard.
- Vinther B., C. B. Pedersen & O. Elbrønd 1981 Mellemørebetændelse i barndommen 1. Pasningsforholdenes betydning. In: *Ugeskrift for Læger* 3;143(32):2061-4.
- Wind-Andersen, K. & A. Rindel 1995. *Boligen og børns sundhed. Delrapport 2. Børns indlæggelsesmønster i relation til boligforhold*. Udarbejdet af Stadslægen i København. København: Bolig- og byggestyrelsen.
- van Wouve, J.P. & R.A.HiraSing 2006 Prevention of sudden unexpected infant death. In: *The Lancet*. 367(9507):277-8.