

**Sosioøkonomiske oppvekstvilkår
og infeksjoner hos barn i kontakt med helsevesenet**

Guro Karlsholm

Masteroppgave i helsevitenskap
Norges teknisk naturvitenskapelige institutt (NTNU)
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

2011

FORORD

Denne masteroppgaven i helsevitenskap er skrevet ved institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Jeg arbeider til daglig som sykepleier på Barn Infeksjon, St Olavs Hospital, og har utover det et stort samfunnsrelatert engasjement. Temaet for oppgaven reflekterer således både faglige og personlige interesser.

Mange mennesker har hjulpet meg langs veien og fram til målet, og jeg ønsker først og fremst å takke mine veiledere Heidi Hjelmeland og Borgunn Ytterhus for deres faglige og konstruktive bidrag, og for deres tålmodighet. For hjelp til å løse statistiske knuter og andre statistikkrelaterte tema er det flere å takke, men den største takken går til Kyrre Svarva. Takk til pappa og til Marit for gjennomlesning, norsk språkvask og korrektur, takk til Mads for engelsk språkvask og korrektur og takk til Solveig for spesialdesignet forsideillustrasjon. Takk til farmor for innkjøp, og deretter utlån, av ny laptop da SPSS ikke lot seg installere på min gamle mac. En stor takk rettes også til mamma, og til øvrig familie og venner, som har stått på sidelinjen kommet med muntre heiarop og oppløftende kommentarer underveis i prosessen, og ikke minst latt meg være så selvsentrert som jeg har hatt behov for å være denne tiden. Takk også til mine studentkollegaer på lesesalen. Dere har vært uvurderlige for meg i en intens skrivefase. Saman er ein mindre aleine.

Studien hadde ikke kunnet gjennomføres uten godkjenning fra Trondheim kommune og velvillig innsats fra de ti barnehagene som hjalp til med datainnsamlingen. Jeg hadde heller ikke kunnet unne meg den ”luksusen” det var å være heltidsstudent i to måneder denne vinteren uten fullføringsstipendet jeg fikk fra St Olavs Hospital.

Til sist vil jeg gi meg selv et stort klapp på skulderen. Læringskurven gjennom hele masterutdanningen har vært bratt og til tider kronglete, men det finnes ikke tvil om at det har vært verdt det. Utdanningen har gitt meg et nytt syn på kunnskapsgrunnlaget i faget mitt og verktøy til å utvikle det videre. Arbeidet med selve masteroppgaven har vært en utfordrende og lærerik prosess, fylt av oppturer og nedturer. Nå er jeg i mål.

Guro Karlsholm

Trondheim, september 2011

SAMMENDRAG

Formål. Formålet med studien var å undersøke om det kunne finnes sammenheng mellom sosioøkonomiske oppvekstvilkår og kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjoner hos småbarn. Kunnskap om en eventuell sammenheng må brukes for å utvikle forebyggende tiltak. Kunnskapen er av spesiell betydning for helsepersonell som møter de minste barna. Helsepersonellet vil kunne være mer oppmerksomme på eventuelle risikogrupper og igangsette nødvendige tiltak i tide. Studien undersøker også om det finnes sosioøkonomiske ulikheter i erfaringene fra møtet med helsevesenet. Kunnskap om dette vil være avgjørende for å gjøre møtene med helsevesenet mer tilpassede og handlingsrettede.

Metode. Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse i utvalgte barnehager i Trondheim kommune. 95 foreldre/barn utgjorde utvalget. Sosioøkonomiske indikatorer var utdanning, yrke og inntekt. Det ble benyttet både parametriske og ikke-parametriske analysemetoder.

Resultater. Analysene ingen sosioøkonomiske sammenhenger med kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet, med ett unntak. Vi finner en forskjell i fedrenes inntekt mellom gruppene som har tatt kontakt/ikke har tatt kontakt med helsevesenet på grunn av ørebetennelse hos barnet. De som har tatt kontakt tjener mindre enn de som ikke har tatt kontakt.

Diskusjon. Diskusjonen dreier seg i størst grad om hvorvidt metode og studiedesign kan ha hatt innvirkning på resultatene. Det diskuteres også om de offentlige tiltak for å utjevne sosiale ulikheter blant barn, og individualisme og tilgang til kunnskap kan ha en medvirkende årsak på resultatene.

ABSTRACT

Objective. The objective of the study was to examine whether there could be correlations between socioeconomic conditions of growing up and contact with the healthcare system due to infections in small children. Knowledge about a prospective correlation must be used to develop preventive measures. This knowledge is crucial for healthcare providers who meet the youngest children. They will be able to be more aware of possible risk groups and to start performing the necessary preventive measures in time. The study also examines whether there are socioeconomic inequalities in the experiences of the parents meeting with the health care system. Knowledge about this will be decisive to make the meetings with the healthcare system more adaptive and action-oriented.

Methods. The study was conducted as a survey in select kindergartens in the municipality of Trondheim. 95 parents/children made up the selection. The socioeconomic indicators used were education, occupation and income. Both parametric and non-parametric analysis was used.

Results. This study showed no socioeconomic correlations in contacting the health care service because of an infection in a child, with one exception. We find that fathers with less income contact the health care system more often because of otitis in their child than fathers with a higher income do.

Discussion. The discussion is mostly about how the methods and the design of the study can have interfered with the results. It is also discussed whether public initiatives, individualism and flow of knowledge can have contributed to the results.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	9
Sosial ulikhet i helse.....	9
Begrepsavklaring.....	9
Sosioøkonomisk ulikhet i helse hos barn	10
Formål og problemstilling	11
Problemstillinger	12
Avgrensninger	12
Oppgavens disposisjon	13
FORKLARINGSMODELLER FOR SOSIAL ULIKHET I HELSE	15
Bakgrunn	15
Atferds- og livsstilsforklaring	16
Artefaktforklaring.....	19
Materialistisk forklaring.....	20
Psykososial forklaring	20
Sosial mobilitetsforklaring	21
Oppvekstvilkår- og livsløpsforklaring	21
Samfunnsforklaringen	22
Oppsummering	22
SOSIOØKONOMISKE ULIKHETER I HELSE HOS BARN	25
Infeksjon som indikator for barnets helse	25
Årsaker til infeksjon hos barn	26
Utdanning	26
Yrke.....	29
Inntekt.....	31
Andre faktorer som påvirker infeksjon hos barn.....	34
Barns bruk av helsetjenester i Norge.....	35
Erfaringer i møte med helsetjenesten	37
Oppsummering	38
METODE	41
Utvalg og prosedyre	41
Spørreskjema.....	41
Kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet.....	41
Erfaringer i møte med helsevesenet	43
Sosioøkonomiske variabler	44
Andre variabler.....	45
Etiske vurderinger	45

Analyser	46
RESULTAT	49
Beskrivelse av utvalget.....	49
Å ta kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon	52
Type infeksjon som årsak til kontakt	55
Erfaringer i møtet med helsevesenet	59
Oppsummering	61
DISKUSJON	63
Om resultatene.....	63
Metodiske betraktninger.....	64
Utvalget	64
Spørreskjemaet	66
Offentlige tiltak	68
Etablering av sunn helseatferd	68
Infeksjoner i barnehagen	69
Individualisme og tilgang til kunnskap	70
Oppsummering	71
AVSLUTNING	73
Videre anbefalinger	73
REFERANSER	75
VEDLEGG	83
Spørreskjema.....	85
Godkjennelse fra REK	93
Henvendelse til Trondheim kommune	95
Henvendelse til barnehagene.....	97
Forespørsel til foreldre	99

INNLEDNING

Sosial ulikhet i helse

Helse er et produkt av flere påvirkningsfaktorer. Vi kan delvis ta ansvar for vår egen helse gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak som kosthold, fysisk aktivitet, et godt sosialt liv og å unngå helsemessig risikoatferd. Delvis påvirkes vår helse av tilfeldige faktorer som genetikk og miljø. I tillegg er det sammenhenger mellom helse og vår sosiale status. Sosiale ulikheter i helse er et vidt begrep som handler om systematiske og sosialt frambrakte helseulikheter mellom sosioøkonomiske grupper i samfunnet (Elstad, 2000). Denne masteroppgaven har sammenhenger og årsaker til sosial ulikhet i helse som tema. Det er internasjonal enighet om at ulikheter i helse har sammenheng med sosiale strukturer i samfunnet og det finnes flere forklaringsmodeller for hva som er årsakene til det. Ingen av forklaringsmodellene kan alene forklare alle sosiale helseulikheter, da det er flere årsaker som virker sammen og bidrar til helseulikhetene (Helsedirektoratet, 2009a). Masteroppgaven bygger på en studie som ser på hvorvidt det er forskjeller i kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjoner, i forhold til sosioøkonomiske oppvekstvilkår, blant barnehagebarn opp til 36 måneder.

Begrepsavklaring

Sosiale ulikheter og sosioøkonomiske ulikheter er to begreper som ofte brukes om hverandre. Det er likevel ikke sagt at begrepene er synonymmer. Der sosiale ulikheter i helse handler om ”alle systematiske ulikheter innen samme sosiale struktur” (Sund & Krokstad, 2005, s. 13), er sosioøkonomiske ulikheter i helse avgrenset til å gjelde de systematiske ulikhetene i det sosioøkonomiske hierarkiet og er oftest forklart gjennom de tre indikatorene utdanning, yrke og inntekt (Arntzen, 2002; Sund & Krokstad, 2005). Hvilke indikatorer som blir brukt i den enkelte studie kan variere med studiens design og formål. Alle de tre indikatorene har sine fordeler og ulemper ved å bli brukt som mål for sosioøkonomisk status. Om en av indikatorene er mer betydningsfull enn de andre er ofte vanskelig å avgjøre, siden de komplekst påvirker og sier noe om hverandre (Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004). I denne masteroppgaven vil begrepet sosial ulikhet brukes når forklaringsmodellene for sosial ulikhet i helse presenteres. Utover dette vil begrepet sosioøkonomiske ulikheter brukes, da det i denne studien er foreldres utdanning, yrke og

inntekt som er indikatorer som vil benyttes for å se etter ulikheter i kontakt med helsevesenet, når småbarn har infeksjoner. Det er vanlig å kategorisere barn med samme sosioøkonomiske status som sine foreldre (Kaplan, 2007; Rigby & Köhler, 2002).

Sosioøkonomisk ulikhet i helse hos barn

Den nordiske velferdsstaten påvirker innbyggernes helse gjennom å tilby et bredt helsetilbud allerede før fødselen. Det tilbys offentlige ytelser ved svangerskap og fødsel, gratis forebyggende helsetjenester for barn gjennom helsesøster og skolehelsetjeneste, gratis eller sterkt subsidierte legebekker for barn og gratis barnevaksinasjonsprogram. Med disse levekårene er nordiske barn blant de friskeste i verden (Grøholt & Nordhagen, 2005). Likevel finner vi i Norden, i likhet med resten av Europa, sosioøkonomiske ulikheter i helse hos barn. Selv om likhetene er større enn ulikhetene og mange av ulikhetene ofte er små, er kunnskapen om at de faktisk finnes og årsakene til det viktig å få fram.

En nordisk studie på barns helse fra 1984 og 1996 påviste sosioøkonomiske ulikheter blant barn i Norden. Blant annet viste studien at psykosomatiske plager og lang tids sykdom/handikap opptrer oftere hos barn som bodde med kun en av foreldrene og som hadde foreldre med lav utdanning og lav inntekt (Berntsson & Köhler, 2001). Foreldrenes utdanning, yrkesdeltakelse og inntekt viste seg også å ha sammenheng med kroniske sykdommer hos barna, ulike symptomer (eksempelvis hodepine, ryggsmarter og søvnproblemer) og lav høyde hos barn (Halldörsson, Kunst, Köhler, & Mackenbach, 2000). I Norge er det funnet sosioøkonomiske helseulikheter hos barn når det gjelder spedbarnsdødelighet (Arntzen, et al., 2008), fødselsvekt (Mortensen, et al., 2008), astma- og luftveissykdommer (Finnvold & Nordhagen, 1996), overvekt (Andersen, et al., 2005; Júlíusson, et al., 2010) og lav høyde og overvekt (Elstad, 2008b).

Barns sosioøkonomiske oppvekstvilkår påvirker ikke bare barnas helse når de er små, men også senere i livet (Cohen, Janicki-Deverts, Chen, & Matthews, 2010). Barns helse bør derfor ses i et utviklingsperspektiv som ser hvordan omgivelsene legger til rette for kroppslig, atferdsmessig og sosial utvikling, ikke bare sykkelighet her og nå (Elstad, 2008b). Dette innebærer alle omgivelsene barna vokser opp i; hjem, skole og nabolag, og å fokusere på utvikling og påvirkning av helseatferd, fysiologi og psykologi (Cohen, et al., 2010). En norsk studie viser at dårlig familieøkonomi over tid har vist seg å utgjøre en helserisiko for ungdom (Elstad, 2008b). Helserisikoen fører ikke til store ulikheter i fysisk utvikling eller langvarig sykdom, men blant annet til dårligere oppfatning av egen helsetilstand, økte psykosomatiske

problemer og økte problemer på skolen. Når det gjelder voksne vet vi at lav sosioøkonomisk status i barndom og ungdomstid gir økt risiko for tidlig død i voksen alder (Galobardes, Lynch, & Smith, 2004; Galobardes, Lynch, & Smith, 2008). Blant annet gjelder dette økt risiko for dødelighet av hjerte- karsykdommer og enkelte kreftsykdommer, men økt risiko er også funnet for andre sykdommer og dødsårsaker. Det finnes to forklaringer for hvordan sosioøkonomisk status i barndommen har sammenheng med helse som voksen (Galobardes, Lynch, & Smith, 2004). Den første er forklaringen om kritiske perioder, som forklarer sammenhengen med at barnet er spesielt sårbart for lav sosioøkonomisk status i enkelte perioder av barndommen. Den andre forklaringen forklarer sammenhengen med at lav sosioøkonomisk status gjennom flere perioder av livet, både som barn og voksen, gir en akkumulert økt risiko for sykdom som voksen.

Formål og problemstilling

For å finne effektive tiltak mot sosial ulikhet i helse må man ha kunnskap om årsakene til helseulikhetene. Det finnes allerede mye kunnskap både om årsaker til, og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter, både internasjonalt og i Norge. Det finnes mest kunnskap om voksnes helse, mindre om barns helse. Barns helse er viktig å ha kunnskap om både for å unngå sykdom i barndommen, men også på grunn av at barndommens helse påvirker helse som voksen. Barn er heller ikke i stand til selv å ta ansvar for sin egen helse, men er avhengige av at voksne tar gode valg på deres vegne. Barn får oftere infeksjoner enn voksne og av ulike årsaker får noen barn oftere infeksjoner enn andre barn. Formålet med denne studien er å se på hvorvidt kontakt med helsevesenet på grunn av vanlige smittsomme infeksjoner, henger sammen med foreldrenes sosioøkonomiske status hos et utvalg av barnehagebarn i Trondheim. Siden infeksjoner er en vanlig årsak til barns kontakt med helsevesenet (Wefring, Lie, Loeb, & Nordhagen, 2001) vil kunnskap om en eventuell sammenheng være verdifullt for helsepersonell som følger småbarn de første leveårene. Dette gjelder i stor grad helsesøstre, fastleger og helsepersonell på legevakt og i sykehus.

Helsepersonell vil kunne bruke slik kunnskap for å bli mer oppmerksom på eventuelle risikogrupper og kunne igangsette tiltak i rett tid for å unngå unødvendig sykdom hos barnet. Det er også viktig å se nærmere på hvordan pasienter med ulik sosioøkonomisk status og ulike ressurser, i denne sammenheng barn og deres foreldre, bruker de ulike delene av helsevesenet og opplever møtet med de ulike instansene. Med kunnskap om dette vil helsevesenet kunne møte pasientene på bakgrunn av de ulike behov pasientene har og

gjennom det gjøre pasientens erfaringer med helsevesenet mer positive og handlingsrettede. Problemstillingen er utarbeidet på bakgrunn av formålet med studien og eksisterende forskning på sosiale ulikheter i helse hos barn.

Problemstillinger

Det er utarbeidet to hovedproblemstillinger for denne studien:

1. Hvilken betydning har sosioøkonomiske oppvekstvilkår for kontakten med helsevesenet på grunn av infeksjoner hos de minste barnehagebarna og finner vi sosioøkonomiske sammenhenger for hvilke infeksjoner som er årsak til kontakten?
2. Hvordan opplever foreldre i ulike sosioøkonomiske grupper møtet med helsevesenet?

Videre er det formulert to underordnede problemstillinger:

- a. Hvilke av de sosioøkonomiske indikatorene utdanning, yrke eller inntekt er sterkest assosiert med kontakt og erfaringer med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet?
- b. Har mors og fars sosioøkonomiske status ulik betydning når det gjelder kontakt og erfaringer med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet?

Avgrensninger

Barnas alder er avgrenset til de første tre leveår med bakgrunn i at forekomsten av infeksjoner er størst hos de yngste barna (Skadberg & Berstad, 2001). Barna skulle ha minst 50 % barnehageplass slik at alle barna hadde tilnærmet lik risiko for infeksjonssmitte fra jevnaldrende barn. I tillegg ble det opplyst om at foreldre som ikke behersket norsk skriftlig ikke skulle inkluderes i studien. Dette for å unngå språklige misforståelser som i sin tur kunne føre til responsbias. Ingen barnehager opplyste om at de hadde foreldre hvor dette var tilfellet. Litteraturgjennomgangen er avgrenset til å presentere studier på dette temaet gjort i land det er naturlig å sammenligne Norge med, hva gjelder infeksjonsepidemiologi, tilgang og kvalitet på helsetjenester og landets styringsform. I praksis omfattes de fleste europeiske land, USA, Canada, Australia og New Zealand.

Oppgavens disposisjon

I det følgende vil ulike forklaringsmodeller for sosial ulikhet i helse presenteres. Atferds- og livsstilsforklaringen og artefaktforklaringen vies mest oppmerksomhet da de oppfattes som de mest relevante forklaringsmodellene for denne oppgavens tema. Øvrige forklaringsmodeller presenteres i korte trekk. Deretter følger et kapittel om sosioøkonomiske ulikheter i helse hos barn. Her begrunnes valget at infeksjon som indikator for barnets helse og de sosioøkonomiske indikatorene utdanning, yrke og inntekts sammenheng med infeksjoner presenteres. Det følger også en oversikt over barns bruk av helsevesenet og foreldrenes erfaringer i møtet med helsevesenet. Metodekapitlet beskriver studiens metodikk og spørreskjemaets variabler. Resultatene av analysene presenteres gjennom analysene Kji-kvadrat test, Mann-Whitney test, t-test, Kruskal-Wallis test og korrelasjonsanalyser. I diskusjonsdelen diskuteres mulige forklaringer for hvorfor resultatene fra denne studien ikke stemmer overens med de fleste andre studier gjennom å se på metodiske årsaker, offentlige tiltak og individualisme og tilgang til kunnskap.

FORKLARINGSMODELLER FOR SOSIAL ULIKHET I HELSE

Bakgrunn

Det finnes flere ulike forklaringsmodeller for sosiale ulikheter i helse. Forklaringsmodellene legger fram ulike forklaringer for hvordan helse påvirkes av sosiale strukturer, omgivelser og livsstil og hvordan dette fører til helseulikheter i sosiale grupper. Det er viktig å påpeke at årsaker til sykdom hos sosiale grupper ikke trenger å være de samme som årsaker til sykdom hos individer (Sund & Krokstad, 2005). Forklaringsmodellene deles ofte inn i tre kategorier: metodeartefakt, sosiale årsaksmodeller og sosial mobilitet (seleksjon). Det som skiller sosiale årsaksmodeller og forklaringen om sosial mobilitet er at der sosiale årsaksmodeller mener helse påvirkes av sosial status, mener sosial mobilitet at sosial status påvirkes av helse (Sund & Krokstad, 2005). Den materialistiske forklaringen, atferds- og livsstilsforklaringen og den psykososiale forklaringen regnes som sosiale årsaksmodeller. Ingen av de nevnte forklaringsmodellene til sosial ulikhet i helse regnes som så sterke og gyldige at de kan forklare helseulikhetene alene, men er avhengig av andre forklaringer for å belyse den komplekse helheten. Ingen av forklaringsmodellene står heller helt uten kritikk. Derfor er det i senere tid forsøkt å integrere både sosial årsak og sosial mobilitet, i samme forklaringsmodell (Elstad, 2000). To slike modeller er oppvekstvilkår- og livsløpsforklaringen og samfunnsforklaringen. Siden årsakene til sosiale ulikheter i helse er sammensatte og består av mange faktorer vil det være vanskelig å velge kun ett perspektiv å se resultatene i. Det er derfor ikke uvanlig at det samtidig benyttes flere forklaringsmodeller og perspektiver når sosiale ulikheter i helse skal diskuteres (Sund & Krokstad, 2005).

Forklaringsmodellene for sosial ulikhet i helse handler mye om hvordan helse hos ungdom og voksne kan forklares, mindre om barn. Flere av forklaringsmodellene ser helse i et tidsperspektiv hvor helsetilstanden kan endres over tid, enten på grunn av endrede omgivelser eller på grunn av endring i sosial status. Egne handlinger og reaksjoner på omgivelsene er også viktige faktorer i noen forklaringsmodeller. Dermed er ikke alle teoriene direkte overførbare til å forstå barns helse (Grøholt & Nordhagen, 2002), kanskje spesielt ikke for de aller minste. Barns helse må derfor forstås som et resultat av foreldrenes sosioøkonomiske status, og de faktorer som spiller inn for foreldrenes sosiale klasse.

Temaet for denne studien er sosioøkonomiske ulikheter i kontakt med helsevesenet når de minste barna har infeksjoner. Det vil i det følgende argumenteres for at atferds- og livsstilsforklaringen er den forklaringsmodellen som best kan forklare sosiale ulikheter for denne gruppen barn. Samtidig er det viktig å være bevisst at når en forklaringsmodell velges

framfor noen andre ser en bort fra andre perspektiv som også kan være gyldige. Artefaktforklaringen vil ikke beskrives like grundig som atferds- og livsstilsforklaringen, men likevel vies mer oppmerksomhet enn de øvrige forklaringsmodellene. Det er alltid viktig å være bevisst mulige artefakte årsaker til resultatene av en studie, og disse vil diskuteres grundigere i diskusjonskapitlet.

Presentasjonen av forklaringsmodellene tar utgangspunkt i John Ivar Elstads NOVA rapport 9/00 Social inequalities in health and their explanations (Elstad, 2000). Elstads gjennomgang av forklaringsmodellene vil her suppleres av kunnskapsoversikten over sosiale ulikheter i helse i Norge, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (Sund & Krokstad, 2005) og Gradientutfordringen¹, Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (Helsedirektoratet, 2009a).

Atferds- og livsstilsforklaring

Atferds- og livsstilsforklaringen blir sett på som en refleksjon av historiske og sosiale endringer, og ble den rådende forklaring på sosiale ulikheter i helse i etterkrigstiden (Elstad, 2000). Fokuset var ikke lenger materiell nød, men livsstil og konsum. Epidemiologiens utvikling førte til oppdagelsen av ”nye” sykdommer som krevde andre måter å forstå hvordan helseulikhetene ble produsert. Forklaringen mener at hver sosiale klasse har en egen livsstils- og atferdsprofil som skiller seg fra andre sosiale klasser. Menneskenes atferd er viktig og de fire viktigste helseatferdene regnes som: røyking, drikking, ernæring og fysisk aktivitet (Elstad, 2000; Helsedirektoratet, 2009a).

Atferds- og livsstilsforklaringen legger stor vekt på kognitive evner som kunnskap og motivasjon som grunnlag for forestillinger, oppfatninger, tro, overbevisning, og lære om helserelaterte forhold (Elstad, 2000). Holdninger, atferd og livsstil er faktorer som i stor grad kan påvirke barnas helse gjennom foreldrene. Holdninger og livsstil er i stor grad påvirket av sosial status, og har også sammenheng med blant annet utdanning og inntekt, som i denne studien er brukt som indikatorer på sosioøkonomisk status.

Forklaringsmodellen legger dessuten større vekt på mennesker som handlende individer enn andre forklaringsmodeller (Sund & Krokstad, 2005). Individene vil i denne sammenhengen, i denne studien, være barnas foreldre. Barna er for små til å ta bevisste valg som påvirker sin helse, men er avhengige av de muligheter og ressurser foreldrene har for at de skal ta gode valg på barnas vegne. De vestlige samfunn, inkludert Norge, har de siste

¹ Gradientutfordringen er et begrep som forklarer hvordan sosiale ulikheter i helse tegner seg

tiårene utviklet en nyliberalistisk samfunnsideologi, som fremhever individet og idealismen i større grad enn tidligere (Nafstad & Blakar, 2009). Individet gis på mange områder rett til å gjøre seg uavhengig av andre, handle på eget initiativ og for egen vinning. Samtidig er individene avhengige av et fellesskap og samhørighet. Atferds- og livsstilsforklaringen understreker individets rolle for sin egen helse, men peker også på at noen valg og handlinger kan være utilgjengelige, avhengig av hvilken sosial klasse man tilhører (Elstad, 2000). Vi lever også i et samfunn hvor kunnskap og informasjon har blitt lettere tilgjengelig de siste tiårene. "Alle" kan finne kunnskap om det de behøver å kunne noe om, og media står for en stor andel av formidlingen av kunnskap og informasjon. Atferds- og livsstilsforklaringen mener at høyere sosiale klasser har bedre forutsetninger for å tilegne seg og dra nytte av kunnskap enn lavere sosiale klasser.

Atferds- og livsstilsforklaringen har to tilnærminger, health beliefs/individualisme og livsstil som hovedårsaker til helseulikheter (Elstad, 2000). Hovedtrekkene i health beliefs/individualisme er at individet handler på bakgrunn av kognitive faktorer som eksempelvis motivasjon og kunnskap. Det kognitive er grunnlaget for å gjøre valg. For å ta slike valg er det viktig at man tror at valgene man tar faktisk utgjør en forskjell for deres egen helse, at enkeltmennesket har makt over egen helse. Høyere sosiale klasser er mer villig til å tro at egen handling kan påvirke helsen positivt. Mennesker kan også være hindret i å ta visse valg, da valgene ikke er valgbare i den sosiale posisjon man tilhører. Elstad (2000) refererer i forbindelse med denne tilnærmingen til Mechanic's modell av The helpseeking process, hvor det å søke hjelp er avhengig av flere faktorer. Disse kan være synligheten av symptomene, om symptomene oppfattes som alvorlige, kunnskap og tolkning av symptomene og om behandling er tilgjengelig i forhold til økonomiske og psykologiske kostnader. Modellen er relevant for denne studien som ser på foreldrenes kontakt med helsevesenet når barna er syke, en prosess som inneholder de mange av de samme faktorene som The helpseeking process.

Den andre tilnærmingen til forklaringen, livsstil, handler om at man gjør valg med utgangspunkt i sin sosiale posisjon og bakgrunn, og må ses i sammenheng med konteksten man er i (Elstad, 2000). Livsstil og atferd blir en naturlig reaksjon på omgivelsene, og sett på som et kollektivt fenomen. To varianter av dette er livsstil produsert av strukturelle innskrenkninger, hvor de muligheter for livsstil man har er innen sin egen sosiale posisjon. Det er ikke menneskenes ønske om endring av livsstil som er avgjørende, men hvilke muligheter de har. Det andre er livsstil som markør av gruppeidentitet, hvor helseatferden blir en del av livsstilspakken i den enkelte sosiale klasse. Livsstilen kan altså være et produkt av den sosiale strukturen, eller produseres for å opprettholde den og markere avstand til andre

sosiale posisjoner (Elstad, 2000). Høy sosioøkonomisk status gir god helseatferd og god helse og motsvarende for lav status. De sosiale helseulikhetene ses på som et resultat av dette.

Selv om individet nå tillegges og tar mer ansvar for seg selv, og at det forventes at det skal være slik av samfunnet, finnes det argumenter for at individet ikke er helt upåvirket av sitt sosiale nettverk og fellesskap og slikt sett støtter atferds- og livsstilsforklaringen. I et kontekstualistisk perspektiv argumenteres det for at vi alle er knyttet til sosiale og kulturelle kontekster som påvirker våre tanker og handlinger (Lorentzen, 2004). Individet er dermed ikke et fullstendig fristilt individ, men vil alltid være farget av sin sosiale tilhørighet. Atferds- og livsstilsforklaringen forklarer dette gjennom at livsstil blir produsert av strukturelle innskrenkninger, hvor menneskers muligheter for valg av livsstil ligger innenfor rammene av ens egen sosiale posisjon (Elstad, 2000). Slik ser vi at det enkelte individ i et individualistisk samfunn blir oppfordret til, og har muligheten til å gjøre frie valg, men at vurderingene og valgene individet tar likevel gjøres innenfor visse rammer.

Kritikken til denne forklaringsmodellen går først og fremst ut på at for mye av ansvaret for helse og sykdom er plassert hos individene, at forklaringen har moralske overtoner og at den går politiske ærend, med ansvarsfrigjøring for myndighetene (Elstad, 2000). På tross av store opplysningskampanjer og generelt økt kunnskap om helse i samfunnet har en sett at økt kunnskap ikke endrer atferd i tilfredsstillende grad, og at helseatferd ikke alene kan forklare de sosiale ulikhetene i helse. Noe av informasjonen og kunnskapen om helse som nå er mer tilgjengelig enn tidligere er bevisst tilrettelagt som målrettede folkehelsekampanjer nettopp for å heve kunnskapsnivået til befolkningen som igjen skal føre til endret helseatferd og bedre helse. Helseopplysningskampanjer har vist seg å treffe best de gruppene i samfunnet som trenger det minst, og kan derfor være med å forsterke de sosiale helseulikhetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Det er sjelden mangel kunnskap som er årsak til usunn helseatferd, men i hvilken grad det er mulig å endre helseatferd med tanke på ressurser og overskudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Her kommer forskjellene til syne gjennom at høyere klasser utnytter kunnskapen bedre til fordel for sin helse enn lavere klasser. Tiltakene for å redusere sosiale ulikheter i helseatferd må derfor tilstrebes å være enkle og tilgjengelige, og bør i tillegg bidra til å skape gode vaner allerede i barndommen.

Artefaktforklaring

Den artefakte forklaringsmodellen handler om hvordan resultatene vi får er påvirket gjennom metoden som er brukt i studien. I arbeidet med en studie tar forskeren mange valg angående studiens design, analyse og presentasjon av resultatene. De valg som tas vil alltid påvirke resultatene. Samtidig kan utenforstående faktorer også virke inn. Eksempelvis økonomi, tilgang til deltakere og eksterne tillatelser.

Artefaktforklaringen handler om hvordan vi gjennom forskningen er med på å påvirke bildet av ulikheter i helse mellom ulike sosiale grupper. Det er i stor grad et metodologisk spørsmål, men også et spørsmål om definisjoner. På bakgrunn av metode kan forskere konstruere ulike bilder av størrelsen på helseulikhetene, enten ved å overestimere eller underestimere helseulikhetene mellom de sosiale gruppene. Metode kan også påvirke bilder av årsakene og utviklingen til helseulikhetene, avhengig av hvordan data er innhentet og analysert. Muligheter til å skape artefakte resultater ligger altså i studiedesign, standarder og registreringer, holdninger og tolkninger (Elstad, 2000). Dette gjør at det kan være vanskelig å sammenligne ulike studier og finne gyldige resultater om helseulikheter. I tillegg til metode vil også de definisjoner vi velger alltid påvirke de resultater vi får (Sund & Krokstad, 2005). Allerede når vi definerer begrepene sosial klasse og helse har vi valgt en forståelse av virkeligheten og valgt bort en annen. Resultater kan også presenteres på ulike måter, blant annet gjennom absolutte og relative tall, som igjen kan gi to ulike bilder av datamaterialet (Sund & Krokstad, 2005). Bruken av medisinsk og profesjonell vurderingsevne er heller ingen garanti mot skjeve resultater. Det finnes flere eksempel på at diagnoser ikke er gitt uavhengig av pasientens sosiale posisjon. Blant annet ser vi at kvinner med lav status oftere får vage diagnoser, eksempelvis fibromyalgi, enn kvinner med høy status (Elstad, 2000). Det er i tillegg funnet forskjeller i selvrappotering om sin egen helse mellom ulike sosiale grupper, noe som tyder på at de ulike sosiale gruppene har ulike måter å oppfatte og håndtere helseproblemer på (Elstad, 2000).

Den artefakte forklaringen avvises i dag som hovedårsak til sosiale ulikheter i helse. Det er enighet i at det er reelle ulikheter i helse mellom de sosiale gruppene, men resultatene vil alltid være påvirket av forskeren og de valg han har tatt i løpet av forskningsprosessen. Det er viktig å tilstrebe en felles begreps- og metodebruk som gjør det enklere å sammenligne resultater internasjonalt og å kunne følge trender og utvikling over tid (Sund & Krokstad, 2005).

Materialistisk forklaring

Den materialistiske forklaringen var lenge den dominerende hovedforklaringen for helseulikheter mellom sosiale klasser (Elstad, 2000). Elstad beskriver to grunnpilarer i denne forklaringen, strukturell determinisme og fysiske omgivelser. Strukturell determinisme forklares med at menneskene innenfor de ulike sosiale posisjonene blir utsatt for strukturelle vilkår som gjelder deres sosiale posisjon. Den andre grunnpilaren peker på at de fysiske omgivelsene vi befinner oss i og de materielle ressursene vi har til rådighet er av stor betydning for helsen. I denne sammenhengen er arbeidsvilkår og arbeidsforhold, inntekt og materiell levestandard viktige helsedeterminanter som kan føre til ulikheter i helse mellom sosiale grupper (Elstad, 2000). Enhver nedgang i nivåene av noen av disse determinantene vil føre til dårligere helse, og når disse grunnleggende menneskelige behov er fraværende vil det gi konsekvenser for helsen (Sund & Krokstad, 2005).

Økt helse i befolkningen er med årene oppnådd, men helseulighetene er ikke utjevnet. De relative forskjellene mellom de sosiale nivå er fremdeles stabile til tross for at de absolutte forskjellene er i nedgang, med økt god helse for alle. Sammenhengen mellom fysiske omgivelser og helse har vist seg å være lineær og øker i takt med hverandre (Elstad, 2000).

Psykososial forklaring

Mennesker oppfatter, reflekterer over og reagerer i forhold til deres sosiale omgivelser. Denne interaksjonen med omgivelsene kan, spesielt i de lavere sosiale posisjonene, føre til psykologiske stressreaksjoner og frustrasjon, som igjen fører til helsemessig atferd som virker negativt for helsen (Elstad, 2000). Det finnes flere måter å forstå denne sammenhengen på. På individnivå har man sårbarhetsteorien hvor man mener at mennesker fra lavere sosiale posisjoner ikke er utrustet med de nødvendige ressurser til å reagere på stressorer (Elstad, 2000). På samfunnsnivå mener man at sosiale posisjoner ikke er isolert fra hverandre, men plassert i et hierarki (Elstad, 2000). Sosiale ulikheter er relative i forhold til de andre sosiale posisjonene, og graden av problemløsningsevner, mestring og ressurser er relatert til posisjonene i hierarkiet.

Kritikken til den psykososiale forklaringen går ut på at man finner kun svake sammenhenger til det psykososiale, og sårbarhet og sosiale stressorer ser ikke ut til å bidra betraktelig til forklaringen om sosiale helseulikheter. Det er også vanskelig å skille psykososiale faktorer fra andre faktorer som kan virke inn, delvis på grunn av forklaringens erkjennelse av fysiske omgivelers innvirkning (Elstad, 2000).

Sosial mobilitetsforklaring

Sosial mobilitet/seleksjon danner grunnlaget for å utfordre forklaringene om sosial årsakssammenheng som årsak til sosiale ulikheter i helse. Denne forklaringen er interessert i hvilke individer de sosiale posisjonene er utsatt for, i motsetning til sosial årsakssammenheng som ser på hvilke sosiale posisjoner individene er utsatt for (Elstad, 2000). Forklaringen tar for seg helse på et tidspunkt og ser hvordan det er relatert til målinger på et annet tidspunkt, og forklarer resultatet gjennom sosial mobilitet. Man ser at de som beveger seg oppover i det sosiale hierarkiet oftere har bedre helse enn de som blir værende i sin posisjon, og at de som beveger seg nedover har dårlige helse.

Kritikken mot denne forklaringen går på at helseulikheter ikke oppstår bare på grunn av sosial mobilitet, for helse i seg selv kan også skape mobilitet (Elstad, 2000). Det kan være vanskelig å avgjøre om de som beveger seg oppover i det sosiale hierarkiet gjør det på grunn av god helse eller om de får bedre helse av mobiliseringen, og tilsvarende ved mobilisering nedover i status. Sosiale årsakssammenhenger er fremdeles de forklaringene de fleste mener er av størst betydning, men forklaringen om sosial mobilisering erkjennes å kunne være et bidrag (Elstad, 2000; Sund & Krokstad, 2005).

Oppvekstvilkår- og livsløpsforklaring

Oppvekstvilkår- og livsløpsforklaringen ser helse som en konsekvens av forhold i barndommen, og hendelser og omgivelser i løpet av livsløpet (Elstad, 2000). Fundamentet for god helse, helsepotensialet, legges allerede i prenatal periode og tidlig barndom (kritiske perioder), og antas å påvirke helsestatusen som voksen, hvor det fortsetter å utvikles gjennom vedvarende påvirkning fra omgivelsene (Elstad, 2000). En teori er at barndommens forhold ligger som latente effekter som ikke gir seg utslag i sykdom hos barnet, men som kan slå ut uavhengig av forhold og omgivelser som voksen (Sund & Krokstad, 2005). En annen teori er at helse påvirkes akkumulert gjennom livsløpet, hvor man mener at akkumulerte negative omstendigheter gjennom livets faser kan gi mindre resistens mot sykdommer, og motsatt, gode omstendigheter kan til sammen virke som helsefremmende faktorer (Elstad, 2000).

Oppvekst- og livsløpsforklaringen integrerer sosial årsak og sosial mobilitet, gjennom at sosial mobilitet kan justere, forverre eller bryte helserisikokjeder som oppstår i livet (Elstad, 2000). Sosiale variasjoner i helsepotensiale hos barn er interessant i et livsløpsperspektiv, slik at man kan se hvordan variasjonene transformeres til sosioøkonomiske ulikheter når de blir voksne (Sund & Krokstad, 2005).

Samfunnsforklaringen

Denne siste forklaringsmodellen legger vekt på hvordan samfunnet, konteksten mennesket bor i, påvirker til sosiale ulikheter i helse. Sted (place) og samfunn/lokalsamfunn (community) gir en lokal sosial kontekst som menes å fungere som en helsedeterminant i seg selv. Stedet og samfunnet påvirker menneskenes gjennomsnittlige helsenivå og skaper et mønster for helseulikheter, de er kjennetegnet av sin historie, kulturelle miljø, sosiale relasjoner, sosioøkonomisk sammensetting og de rådende kunnskaper om helse (Elstad, 2000). Stedet kan legge til rette for, like fullt som begrense, menneskenes frie valg til å forvalte egen helse (Sund & Krokstad, 2005). Stor inntektsulikhet i samfunnet skaper større sosial ulikhet i helse, og motsvarende for mindre inntektsulikhet (Helsedirektoratet, 2009a). Samfunnets sosioøkonomiske fordeling er assosiert med flere mål på helse som er uavhengig av individets og familiens sosioøkonomiske posisjon. Blant annet er helseatferd og den sosiale variasjonen i denne atferden produsert på samfunnsnivå.

Sted og samfunn skaper et miljø hvor livskursen utvikles og hvor prosessen der helse relatert sosial mobilitet skjer. Geografisk mobilitet kan være helse relatert og føre til en tilstrømning av mennesker med god helse til velstående samfunn og motsatt, og dermed influere geografiske mønster av helseulikheter (Elstad, 2000).

Oppsummering

Det finnes flere forklaringsmodeller som legger fram ulike alternativer til hva som er årsaken til sosiale ulikheter i helse. Det er likevel enighet om at årsakene er så mange og komplekse at ingen forklaringsmodell alene kan forklare alt.

Atferds- og livsstilsforklaringen er ansett som den forklaringsmodellen som er best egnet for temaet for denne studien. Det begrunnes blant annet med forklaringsmodellens vektlegging av kognitive evner, holdninger og livsstil, som har sterk sammenheng med de sosioøkonomiske indikatorene for denne studien, utdanning, yrke og inntekt. Det er også den modellen som legger størst vekt på individets handlinger. Det reflekterer det individualistiske samfunnet Norge har utviklet de siste tiårene og som utvalget til studien bor og lever i. Til sist handler foreldrenes prosess for å kontakte helsevesenet når barnet er sykt om flere faktorer som er basert på kognitive faktorer. Dette kan være kunnskap og tolkning av symptomer, noe som er hovedtrekkene i tilnærmingen om health beliefs/individualisme.

Selv om atferds- og livsstilsforklaringen anses som den beste i denne sammenheng betyr det ikke at de øvrige forklaringsmodellene ikke kan gi viktige bidrag til å forstå

forskjeller også innenfor dette temaet. Artefaktforklaringen anses viktig, uavhengig av tema for studien, da den påpeker at resultatene er et produkt som skapes gjennom de valg vi tar i blant annet studiedesign, metode, definisjoner og presentasjon. Forskere må alltid være bevisste på at de valg som tas underveis i prosessen kan påvirke resultatet.

SOSIOØKONOMISKE ULIKHETER I HELSE HOS BARN

Infeksjon som indikator for barnets helse

Helse er et vidt begrep som kan defineres med ulikt innhold. I denne sammenhengen er det vanlig forekomne infeksjoner hos småbarn, i land sammenlignbare med Norge, som er valgt som den indikator som representerer barnets helse. Dødeligheten på grunn av infeksjoner er i løpet av 1900-tallet betraktelig redusert i vår del av verden. Den drastiske nedgangen skyldes i stor grad sosiodemografiske, økonomiske og teknologiske forbedringer som har bidratt til blant annet bedre ernæring, renere vann, forbedrede sanitære forhold og utbygging av og tilgang til helsetjenester (Cohen, 2000). Den medisinske utviklingen av vaksiner og antibiotika er en annen viktig årsak. På tross av den totale nedgangen i infeksjonssykdommer, er infeksjoner et stort helseproblem for barn også i dag.

Blant infeksjonssykdommene er luftveisinfeksjoner den hyppigst forekomne årsak til sykdom, og på tross av lav mortalitetsrate kan det gi alvorlige forløp og komplikasjoner hos barna (Pawlinska-Chmara & Wronka, 2007; Thrane, Søndergaard, Schøyner, & Sørensen, 2005). Luftveisinfeksjoner inkluderer både øvre luftveisinfeksjoner som forkjølelse, ørebetennelse og tonsillitt (betennelse i mandlene), og nedre luftveisinfeksjoner som pneumoni (lungebetennelse) og bronkiolitt (betennelse i de små bronkiene i lungene). Øvre luftveisinfeksjoner er den vanligste diagnosen hos småbarn i USA (Paradise, et al., 1997), og i Norge har barn med gjentakende øvre luftveisinfeksjoner nesten 10 ganger høyere forbruk av lege enn andre barn (Wefring, et al., 2001). Nedre luftveisinfeksjoner er den vanligste årsak til småbarns innleggelse i sykehus (Singleton, et al., 2009; Thrane, et al., 2005).

Diaré hos barn er en stor kilde til sykdom hos barn også i vestlige land. I USA får nesten alle barn Rotavirus gastroenteritt før fylte 5 år (Dennehy, et al., 2006). I vestlige land er det gjort få studier på risikofaktorer for diaré generelt og for diaré med virale agens (sykdomsfremkallende stoff, eksempelvis virus og bakterier) (Ethelberg, et al., 2006).

Infeksjoner i barneårene kan påvirke barnehelsen på flere områder. Astma er en kronisk betennelsestilstand i luftveiene, som enten er arvelig eller som kan utløses av andre faktorer, blant annet luftveisinfeksjoner. Nedre luftveisinfeksjoner, ørebetennelse og krupp det første leveåret, viser seg å kunne gi økt risiko for astma i barneårene (Nafstad, Magnus, & Jaakkola, 2000). Det er også funnet sammenheng mellom hyppige infeksjoner i småbarnsårene og respiratoriske allergier (Pawlinska-Chmara & Wronka, 2007). Det er i tillegg studier som indikerer at barn med hyppige infeksjoner er lavere og tyngre enn barn

som sjeldnere har sjeldnere infeksjoner (Dowd, Zajacova, & Aiello, 2009; Pawlinska-Chmara & Wronka, 2007).

Barn har generelt høyere infeksjonsrate sammenlignet med voksne. Dette har sammenheng med utvikling av immunforsvaret (Pawlinska-Chmara & Wronka, 2007) og barns ukritiske atferd i forhold til smitterisiko. Likevel finner vi forskjeller i infeksjonsutviklingen blant barn, med bakgrunn i sosioøkonomisk ulikhet. Barn med lav sosioøkonomisk status har større risiko for hyppigere infeksjoner, blir alvorligere syke og har oftere flere agens samtidig sammenlignet med barn med høy sosioøkonomisk status (Dowd, et al., 2009; Margolis, et al., 1992).

Infeksjonssykdom hos barn påvirker ikke bare det enkelte barnet og dets familie, men også samfunnet. Barns infeksjoner er kostbart og krevende for helsevesenet, med høyt legeforsbruk og innleggelse i sykehus, i tillegg til at arbeidslivet påvirkes som følge av foreldres fravær fra arbeid på grunn av infeksjon hos barnet (Ethelberg, et al., 2006; Skadberg & Berstad, 2001; Wefring, et al., 2001).

Årsaker til infeksjon hos barn

Utdanning

Foreldrenes utdanning er en av de mest brukte indikatorene for å kategorisere barns sosiale og sosioøkonomiske status (Hoffmann, et al., 2009) og er den sosioøkonomiske indikatoren som er nærmest relatert til helse hos barn (Margolis, et al., 1992). Utdanning måles oftest med utdanningsnivå, sjeldnere som utdanningstype. Utdanningens nivå og omfang er av betydning for holdninger, atferd og praksis (Arntzen, 2002). Videre påvirker dette livsstil, sosialt nettverk, mestringsevne og problemløsning. Alt dette er faktorer som er av stor betydning for helse og sykdom, og preger også barns helse. Barn av lavt utdannede foreldre har større sannsynlighet for å bli marginaliserte (Rigby & Köhler, 2002).

Det var tidligere vanlig å kategorisere kvinnen etter ektemannens/farens sosioøkonomiske status (Arntzen, 2002). I dag er flere kvinner i arbeid, mange er alenemødre og forholdet mellom mann og kvinne er ikke nødvendigvis stabile enheter som varer livet ut. Utdanning som indikator er derfor et likeverdig sammenligningsgrunnlag for menn og kvinner, i og uten arbeid, og over store deler av voksenlivet (Rigby & Köhler, 2002). Utdanning er dessuten et relativt stabilt mål på sosioøkonomisk status, spesielt hos unge familier, da inntekt og yrkesstatus kan endres i utover voksenlivet (Margolis, et al., 1992).

Mange kvinner som fremdeles er i reproduktiv fase er ofte ikke kommet i gang med sin yrkeskarriere. En utfordring ved bruk av utdanning som indikator er den store endringen i utdanningsnivå siste 30 år. Dagens unge voksne tar mer utdanning en unge gjorde for en generasjon siden og gjør det vanskelig å bruke utdanning som mål over generasjoner.

I de inkluderte studiene i litteraturoversikten varierte det om det var mors, fars eller begges utdanningsnivå som ble målt, noen studier spesifiserte det ikke. Utdanningsnivåene ble i studiene beskrevet enten ved antall år, grad eller delt inn i lav, middels, høy. Utdanning var sjeldent den eneste sosioøkonomiske indikatoren i en studie.

Litteraturoversikt

Pawlinska-Chmara & Wronka (2007) har i en studie sett på ulike typer luftveisinfeksjoner hos barn, og resultatene viste en statistisk signifikant sammenheng mellom mors utdanningsnivå og barnas infeksjonshyppighet. Dette viste seg spesielt i gruppen barn med de hyppigste infeksjonene, som var høyest representert med barn av mødre med de laveste utdanningsnivåene og minst representert med barn av mødre med høyeste utdanningsnivå. Studien viste også lignende mønster mellom fars utdanningsnivå og barnas luftveisinfeksjoner, men denne sammenheng var ikke signifikant.

Margolis et al. (1992) peker på viktigheten av at selv om resultatene viser at foreldrenes utdanningsnivå har sammenheng med barns utvikling av infeksjoner, må vi se utdanning i sammenheng også med andre risikofaktorer. I en studie finner de at lav utdanning hos hovedforsørger har sammenheng med akutt nedre luftveisinfeksjoner, og enda tydeligere sammenheng med vedvarende respirasjonssymptomer. Etter kontroll for andre risikofaktorer som eksempelvis tobakksrøyk, stress, lav fødselsvekt og flaskemating, viser utdanningsvariabelen bare signifikant sammenheng mellom lavt utdanningsnivå og luftveisinfeksjoner for de barna som ikke går i barnehage. I den samme studien diskuteres det om lav sosioøkonomisk status gir større risiko for å utvikle alvorlige sykdomsforløp og kronisk sykdom av nedre luftveisinfeksjon, enn det å faktisk få en luftveisinfeksjon. Alvorlige forløp kan føre til hospitalisering.

Bronkiolitt er en nedre luftveisinfeksjon som ofte ses hos spedbarn og småbarn. I en studie på prematurt fødte barn som hospitaliseres med bronkiolitt finner Pezzotti, Mantovani, Benincori, Mucchino & Lallo (2009) signifikant høyere insidensrater hos barn med lavt utdannede mødre. Sammenhengen er fremdeles signifikant etter kontroll for alle andre indikatorer i studien, eksempelvis kjønn, fødselsvekt og underliggende sykdommer. Forfatterne har ikke funnet andre studier hvor mors lave utdanningsnivå har blitt identifisert

som uavhengig risikofaktor for bronkiolitt. Thrane et al. (2005) har også gjort en studie på luftveisinfeksjoner hos barn som har ført til innleggelse i sykehus. Denne studien finner en økt risiko for innleggelse med luftveisinfeksjon når mors utdanningsnivå kun er grunnskole, sammenlignet med barn av mødre med yrkesfaglig utdanning. Sammenhengen består også etter kontroll for andre sosioøkonomiske indikatorer og risikofaktorer. RS-virus (respiratorisk-syncytialt virus) er et virus som gir alvorlige forløp av nedre luftveisinfeksjon hos mange småbarn hvert år. I en reviewartikkel av Simoes (2003) finner forfatteren ikke at mors utdanningsnivå uavhengig gir økt risiko for RS-virus infeksjon. Simoes finner kun én studie som beskriver positiv sammenheng, men da sammen med andre indikatorer.

Mors utdanningsnivå ble funnet å ha sammenheng med luftveisinfeksjoner hos polikliniske og inneliggende pasienter i en studie av Gessner, Chimonas & Grady (2010). Likevel ble mors utdanning som indikator tonet ned etter kontroll for lokalsamfunnets utdanningsnivå. Med andre ord fant de en sterkere sammenheng med lokalsamfunnets utdanningsnivå enn mors utdanningsnivå, og de så en økende proporsjon av syke barn i alle mors utdanningskategorier når lokalsamfunnets utdanningsnivå var lavt. Det er funnet flere ulike risikofaktorer for nedre luftveisrelaterte spedbarnsdødsfall i USA (Singleton, et al., 2009). Studien så på spedbarnsdødsfall, med ulike etniske bakgrunner, og mors utdanningsnivå ble i den konkrete studien funnet å være en av flere risikofaktorer uavhengig av etnisitet.

Det er ikke bare nedre luftveisinfeksjoner som viser seg å ha sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå, også ørebetennelse er funnet å påvirkes av den samme indikatoren. Veen et al. (2006) fant at mors lave utdanningsnivå var en av flere uavhengige indikatorer for kronisk suppurativ ørebetennelse. Mors utdanningsnivå var den nest sterkeste indikatoren med en odds ratio (OR) på 14,1. I en stor studie fra USA ble det funnet sammenheng mellom mors utdanningsnivå og mellomørebetennelse hos småbarn (Paradise et al., 1997). Et høyt antall dager med ørebetennelse hos barna hadde sammenheng med mors laveste utdanningsnivå og motsvarende for lavt antall dager med ørebetennelse. Sammenhengen var tydeligere hos barn med helseforsikring hos Medicaid² enn hos barn med privat helseforsikring. Studien fant også at insidensen av ørebetennelse var høyest i urbane strøk og lavest i suburbane strøk, noe som også sammenfalt med at mors utdanningsnivå. En annen studie fant ørebetennelse mindre sannsynlig om foreldre hadde utdanning høyere enn high school (Victorino & Gauthier, 2009). En studie fra USA fant sammenheng mellom

² Statlig behovsprøvd helseforsikring i USA (CMS, 2011)

utdanningsnivå og forekomst av mellomørebetennelse generelt, men sammenhengen var ikke signifikant uavhengig etter multivariate analyser (Lieu & Feinstein, 2002). Samme studie fant ingen sammenheng mellom utdanningsnivå og residiverende mellomørebetennelse. En norsk studie på øvre luftveisinfeksjoner blant barnehagebarn fant ingen sammenheng med forkjølelse og mellomørebetennelse og barnets sosiale forhold, blant annet mors utdanning (Wefring et al., 2001). Studien fant heller ingen sammenheng med flere andre indikatorer som er kjent for å være risikofaktorer for luftveisinfeksjoner, eksempelvis røyking i hjemmet og samvær med flere barn i hjemmet.

Foreldrenes lave utdanning har sammenheng også med andre infeksjoner hos barn enn luftveisinfeksjoner. I en studie om diaré hos barn under fem år fant Ethelberg et al. (2006) at foreldres lave utdanningsnivå økte sannsynligheten for at barnet fikk diaré. Foreldrenes lave utdanning var også en av risikofaktorene spesifikt bakteriell diaré. Diaré på grunn av Rotavirus er en vanlig årsak til hospitalisering av barn. Dennehy et al. (2006) trekker fram mors lave utdanningsnivå som en mulig risikofaktor for innleggelse på grunn av Rotavirus, selv om det ikke forekommer statistisk signifikant i studien.

Risiko for kroniske virus- og bakterieinfeksjoner (CMV, HSV-1, HAV, HBV, H. Pylori) hos barn er også sett i sammenheng med foreldrenes utdanningsnivå. I en studie blant barn og unge fant Dowd et al. (2009) flest kroniske infeksjoner hos de barn hvor studiens kontaktperson i familien hadde lav utdanning. Dette var signifikant også etter kontroll for andre indikatorer.

Yrke

Foreldrenes yrke er også av betydning for barnets helse. Foreldrenes yrke brukes i dag ikke så ofte som sosioøkonomisk indikator i forbindelse med barns helse. En utfordring med å bruke yrke som sosioøkonomisk indikator er at ikke alle yrker er enkle å plassere i en hierarkisk stige. Det er utarbeidet flere internasjonale yrkesklassifiseringer som har dette som mål, eksempelvis Erikson & Goldthorpe class scheme (Erikson & Goldthorpe, 1992), International Standard Classification of Occupations (ISCO) (International Labour Organization, 2010) og Standard Occupational Classification 2010 (SOC 2010) (Office for National Statistics UK, 2011). Yrke kan også klassifiseres etter kompetanse, makt, ansatt/selvstendig næringsdrivende og manuelt/ikke-manuelt arbeid (Elstad, 2008a). Yrke kan være kilde til både helsefremmende faktorer og helseskadelige faktorer. Disse kan være kroppslig slitasje, stress og tidspress. Slik kan vi se en tydelig sammenheng mellom noen yrker og noen

helseutfall (Fujishiro, Xu & Gong, 2010). I USA er det for helse generelt funnet en tydeligere gradient for utdanning og inntekt enn for yrke. Det er store ulikheter i forventet levealder mellom ulike yrker og mellom det å være i arbeid eller ikke. Gruppen som står utenfor arbeidsmarkedet har enda kortere levealder enn yrkesgruppen som kommer dårligst ut (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Yrke kan også klassifiseres etter prestisje. Yrkesprestisje representerer den sosiale statusen man tjener gjennom et spesielt yrke og måler den sosiale posisjonen både til yrket generelt og til yrkesinnehaveren (Fujishiro, Xu & Gong, 2010). Høy sosial status fører til bedre tilgang til ressurser. Å ha tilgang til og kontroll over ressurser betyr å ha makt. Yrker og stillinger med høy prestisje kan ha mer positiv sosial interaksjon enn lavprestisjejobber og kan gi økte muligheter for å få ulike typer sosial støtte gjennom sitt sosiale nettverk. Sosial status påvirker i tillegg individets følelser om seg selv. Høy selvfølelse og tilfredshet er helsefremmende faktorer. Høy yrkesprestisje har vist seg å ha sammenheng med bedre egenvurdert helse (Fujishiro, Xu & Gong, 2010).

Flere utfordringer med å bruke yrke som indikator for sosioøkonomisk status er at den ikke omfatter de som står utenfor yrkeslivet, eksempelvis pensjonister, hjemmeværende og studenter, og at man kan bytte yrke flere ganger gjennom livet. Yrkesvariabelen kan være vanskelig å måle da det kan være stor forskjell mellom det yrket man er utdannet til og det man faktisk arbeider som. Det er også stor forskjell om man jobber heltid og deltid, eller er sykmeldt eller ikke arbeider i det hele tatt. Flere studier bruker ikke yrkesklassifiseringen som mål, men ser på arbeidsdeltakelse versus arbeidsløshet. I denne litteraturoversikten inkluderes begge måter å bruke yrke som indikator på. Det er færre studier inkludert i denne litteraturoversikten, sammenlignet med utdanning og inntekt, da denne indikatoren ikke er brukt like mye. Av samme årsak er noen av studiene fra en stund tilbake i tid.

Litteraturoversikt

Puig et al, (2008) bruker i sin studie yrkesklassifiseringen UK Registrar Generals 1990 classification, for å definere sosial klasse. Studien avdekker blant annet risikofaktorer for nedre luftveisinfeksjoner hos barn under første leveår og finner at risikoen er lavere for barn av fedre med yrker i klasse IV og V. Klasse IV og V er de to nederste klassene i denne yrkesklassifiseringen og består av delvis faglærte og ufaglærte arbeidere. Reading (1997) viser i sin artikkel til en studie fra OPCS (tidligere Office for National Statistics i Storbritania) hvor mortalitetsraten for pneumoni og bronkiolitt var høyere i klasse V og for de arbeidsløse, enn i klasse I og II.

En studie fra Glasgow fant at foreldrenes arbeidsløshet og overcrowding (trangboddhet) i barnets bolig hadde signifikant sammenheng med barnas innleggelser i sykehus på grunn av infeksjoner (Maclure & Stewart, 1984). Verdt å merke er at arbeidsløshet og trangboddhet korrelerte så høyt med hverandre at det ikke gav mening å analysere de hver for seg.

Det kan være vanskelig å finne yrkesindikatorens uavhengige korrelasjoner også i andre studier. En studie gjort på mors deltakelse i arbeidslivet de første leveår viste at infeksjonsinsidensen var høyere hos de barna hvor mødrene var i arbeid, enn hos barna hvor mødrene var hjemmeværende (Gordon, Kaestner, & Korenman, 2007). Da analysene i tillegg inkluderte at barn av arbeidende mødre gikk i barnehage, var sammenhengen mellom mors arbeidssituasjon og barnas infeksjoner ikke lenger signifikant. Studiens konklusjon er at den negative effekten på barns infeksjoner ved at mor er i arbeid og dermed har mindre tid satt av til å ivareta barnets helsemessige velferd, utjevnes når barnet også går i barnehage.

Ethelberg et al. (2006) finner i en studie på barn under fem år at både foreldrenes lave yrkesmessige oppnåelse og arbeidsløshet, sammen med lav utdanning, økte sannsynligheten for at barnet hadde diaré. Foreldrenes arbeidsløshet var også en risikofaktor for bakteriell diaré hos barn.

Inntekt

Inntekt og barnets helse har en sterk sammenheng og er en mye brukt indikator for barnehelse og sosioøkonomisk status (Victorino & Gauthier, 2009). Inntekt påvirker på mange områder og faktorer som er relevante for familie og omgivelser og barnets helse (Larson & Halfon, 2010). Økonomi påvirker tilgang til mat, boligforhold, materielle goder, ressurser, og i noen land tilgang til helsetjenester, som i sin tur innvirker på barnets helse og utvikling (Aber, Bennett, Conley, & Li, 1997; Rigby & Köhler, 2002). Inntekt er en indikator som er forventet å ha stor sammenheng med helseutfall som påvirkes av atferds- og miljøfaktorer (Victorino & Gauthier, 2009). Fattigdom kan skape følelsesmessig stress for foreldre og i tillegg føre til familiekonflikter og bekymringer framfor kjærlige og trygge oppvekstvilkår for barnet (Aber, et al., 1997). Periodevis erfaring med fattigdom i familien er mer vanlig blant barn enn å være fattige over lengre tid. Barn som er fattige over lang tid har høyere risiko for dårligere helse enn de som er fattige en kortere periode. Å være utsatt for fattigdom tidlig i livet har større effekt for helsen. Vedvarende eller gjentakende fattigdom senere i livet kan ha en kumulativ effekt på barnets helse (Aber, et al., 1997).

Fattigdom kan være absolutt i forhold til en konkret fattigdomsgrense i et gitt land, eller være relativ i forhold til ulik distribusjon av inntekt (Aber, et al., 1997). Noen artikler bruker begrepet fattigdom for å beskrive lav inntekt, uten å presisere om de mener absolutt eller relativ fattigdom. Det presiseres at lav inntekt ikke trenger å være synonymt med fattigdom i alle studier. Det er vanskelig å måle fattigdommens direkte relasjon til helse da fattigdom påvirker så mange andre tilstander og omstendigheter som også er skadelige for barn. Det er ikke konsensus i fagmiljøet om hvordan fattigdom skal måles eller operasjonaliseres for å reflektere fattigdommens omfang (Aber, et al., 1997). Fattigdom bør måles over tid, men de fleste studier måler kun på det tidspunkt den aktuelle studien gjennomføres. Longitudinelle studier er å foretrekke ved målinger av fattigdom, i tillegg til å måle eksempelvis formue eller oppsparte midler. Ulempene med å bruke inntekt som indikator for sosioøkonomisk status er at inntekt kan endres betraktelig i løpet av et arbeidsliv. I tillegg kan to mennesker med samme inntekt ha ulike økonomiske forpliktelser.

Noen studier bruker ikke husholdets inntekt som referanse for inntektsindikatoren, men bruker gjennomsnittlig inntekt i det området barnet bor, noen ganger utregnet ved hjelp av adressens postkode. De omgivelser og det nærområdet man bor og vokser opp i kan påvirke helse på tross av annen inntekt enn gjennomsnittet. En familie med middels inntekt, men som bor i et fattig område, vil påvirkes for mye av sine omgivelser til å tjene helsemessig på sin inntekt (Aber, et al., 1997). I de inkluderte studiene i litteraturoversikten finnes eksempler både på inntekt målt som husholdets inntekt og gjennomsnittsinntekt til deltakeren basert på inntektene i området deltakeren bor i.

Litteraturoversikt

En studie fra USA så på ulike sosioøkonomiske indikatorers sammenheng med ulike helseutfall hos barn (Victorino & Gauthier, 2009). Inntekt var målt som husholdets inntekt opp mot husholdets størrelse og delt i fem kategorier; over, på og under fattigdomsgrensen. Ørebetennelse var et av helseutfallene, hvor de målte hvor mange barn som hadde fått diagnostisert ørebetennelse hos lege tre ganger eller mer de siste 12 måneder. Etter å ha kontrollert for andre faktorer fant de en assosiasjon mellom husholdets fattigdomsnivå og fire av de seks helseutfallene, deriblant ørebetennelse. Sammenhengen var formet som en gradient med større sannsynlighet for en av disse sykdommene jo nærmere fattigdomsgrensen familien var. En annen studie gjort på samme datamaterialet bekrefter sammenhengen mellom barns ørebetennelse og foreldrenes inntekt, og den samme gradienten som stiger jevnt fra fattig til rik (Larson & Halfon, 2010). Lieu & Feinstein (2002) fant i en studie, også fra USA, det

motsatte resultatet hvor barna med foreldre med høyest inntekt viste seg å ha større risiko for mellomørebetennelse enn barna med foreldre med lavest inntekt. Sammenhengen var også gyldig for residiverende mellomørebetennelser. I denne studien var husholdets årlige inntekt kodet i tre kategorier ”a poverty-income ratio”, basert på en fattigdomsgrense og justert av familiens størrelse. Utdanningsindikatoren hadde motsatt sammenheng enn inntektsindikatoren i denne studien.

Andre luftveisinfeksjoner påvirkes også av lav inntekt. Dales et al. (2004) fant i sin studie en 7 % økning i sykedager på grunn av luftveisinfeksjoner hos barn som bodde i hushold med lav inntekt sammenlignet med barn i hushold med høy inntekt. Inntektsvariabelen var delt i to kategorier. At barnet gikk i barnehage økte forekomsten av sykedager på grunn av luftveisinfeksjoner hos barn med både lav og høy husholdsinntekt til respektive 14,6 % og 13,2 %. Det å gå i barnehage modifiserte her forskjellen mellom barna i de to inntektskategoriene, samtidig som man ser at barnehage gav en større risiko for barn fra hushold med høy inntekt siden de hadde færre sykedager i utgangspunktet.

En studie så på om mishandlede barn i lavinntektsgrupper hadde større risiko for ulike sykdomsgrupper, blant annet infeksjoner, enn ikke-mishandlede barn i lavinntektsgrupper. De fant at fattigdom i familie og samfunn, uavhengig av mishandling, økte risikoen for infeksjoner (Lanier, Jonson-Reid, Stahlschmidt, Drake, & Constantino, 2010). Lang tids fattigdom i familien økte risikoen i alle sykdomsgruppene i studien, også infeksjoner.

Mors lave inntekt var, i tillegg til mors lave utdanning, assosiert med hyppigere innleggelser hos barn på grunn av luftveisinfeksjoner i en dansk studie (Thrane, et al., 2005). Assosiasjonene var uavhengige av hverandre. Inntekt var delt i tre kategorier hvor kategorien med lavest inntekt var lik inntekten til 5 % av populasjonen. Det ble funnet sammenheng mellom den laveste inntektskategorien og tre eller flere innleggelser. En annen studie som fant lignende sammenheng både med foreldrenes utdanningsnivå og inntekt er studien om kroniske virus- og bakterieinfeksjoner hos barn og unge (Dowd, et al., 2009).

En studie fra New Zealand fant ingen signifikant sammenheng mellom verken husholdets inntekt eller mors utdanning og antall sykdomsepisoder hos ellers friske barn i 12-24 måneders alder (Cross, Heath, Ferguson, Gray, & Szymlek-Gay, 2009). Sykdommene studien tok for seg var vanlige smittsomme sykdommer hos barn; luftveisinfeksjoner, ørebetennelser og mage- tarminfeksjoner.

Omgivelsenes påvirkning av barnets helse viste seg tydelig i en studie fra Sverige (Jansson, Nilsson, & Olsson, 2002). I den aktuelle studien viste det seg at bydelenes sammensetning av immigranter, mottakere av sosiale tjenester, arbeidsløshet og per capita

inntekt korrelerte sterkt med hverandre. Det ble funnet at barn under ett år, fra den mest sosialt og økonomisk depriverte bydelen, ble innlagt på sykehus på grunn av bronkiolitt nesten dobbelt så ofte som barn fra andre bydeler. Det ble funnet statistisk signifikant sammenheng mellom per capita inntekt og innleggelsesraten hos barn med bronkiolitt. Både alvorlighetsgrad eller lengde på innleggelse ble funnet å være signifikant forskjellig mellom bydelene, hvor de sosialt og økonomiske depriverte bydelene kom dårligst ut. Når det gjelder å forutsi barns innleggelser på intensivavdeling, med bronkiolitt som årsak, ble det ikke funnet sammenheng med inntekt i en studie fra USA (Damore, Mansbach, Clark, Ramundo, & Camargo, 2008). I denne studien ble inntekt utregnet på bakgrunn av barnets postnummer.

Andre faktorer som påvirker infeksjon hos barn

Det finnes flere studier som bekrefter økt risiko for infeksjoner hos småbarn som går i barnehage sammenlignet med barn som ikke går i barnehage. Studiene omhandler i stor grad ulike luftveisinfeksjoner (Cross, et al., 2009; Dales, et al., 2004; Kamper-Jørgensen, Wohlfahrt, Simonsen, Grønæk, & Benn, 2006; Nafstad, Hagen, Øie, Magnus, & Jaakkola, 1999; Zutavern, et al., 2007), men også mage- tarminfeksjoner (Cross, et al., 2009; Louhiala, Jaakkola, Ruotsalainen, & Jaakkola, 1997; Zutavern, et al., 2007). Den økte risikoen gjelder i størst grad for de yngste barna i barnehagen. Lengre tid i barnehagen hver uke øker risikoen for flere sykedager på grunn av infeksjoner (Dales, et al., 2004). Størst risiko har barna de første 6 måneder etter oppstart i barnehage. Risikoen er større dess yngre barnet er ved oppstart og modifiseres av antall søsken i hjemmet (Kamper-Jørgensen et al., 2006). Det er også funnet større risiko for å bli innlagt på sykehus på grunn av akutt respiratorisk infeksjon, om et annet barn i samme barnehage kort tid tidligere har vært innlagt med samme symptomer (Kamper-Jørgensen, Benn, Simonsen, Thrane, & Wohlfahrt, 2010). Risikoen var større for barn 0-2 år sammenlignet med barn 3-5 år.

Flere studier viser til at også søsken gir økt risiko for infeksjoner. Zutavern et al. (2007) fant at det å ha eldre søsken har vist seg å gi samme risiko for infeksjoner som det å gå i barnehage, mens Cross et al. (2009) fant at søsken under 5 år gav økt risiko for luftveisinfeksjoner og gastroenteritter. En tredje studie fant at å ha søsken 1-3 år, som gikk i barnehage, gav økt risiko for luftveisinfeksjoner (Linstow, et al., 2008).

Et stort antall studier fastslår at barn som er utsatt for passiv røyking har større risiko for luftveisinfeksjoner enn andre barn, selv om ikke alle årsaksmekanismene ennå er klarlagt (Kum-Nji, Meloy, & Herrod, 2006). Det er også funnet økt risiko om mor røyker under

svangerskapet. Sammenhengen mellom passiv røyking og infeksjoner er alvorligst for de minste barna, da det er funnet å gi størst risiko når de blir eksponert tidlig i livet. Blant annet doubles risikoen for nedre luftveisinfeksjoner om barnet bor i et røykende hushold (Victorino & Gauthier, 2009). Andre infeksjoner med økt risiko er ørebetennelse, tonsillitt og lungebetennelse (Strachan & Cook, 1997). Infeksjonenes alvorlighetsgrad øker med eksponeringen av tobakksrøyk, og gir en økende risiko for innleggelse i sykehus (DiFranza, Aligne, & Weitzman, 2004) I Norge er det funnet resultater som stemmer over ens med internasjonale studier. Funn fra Den norske mor og barn-undersøkelsen viser at det også her er sammenheng mellom foreldrenes røykevaner og barnets risiko for nedre luftveisinfeksjoner (Håberg, Stigum, Nystad, & Nafstad, 2007).

Simoes (2003) fant i sin reviewartikkel om risikofaktorer for RS at trangboddhet var en signifikant uavhengig indikator og korrelerte med alvorligere RS-infeksjoner og lungebetennelse. I en norsk studie om øvre luftveisinfeksjoner hos 4-åringer ble det ikke funnet sammenheng mellom forkjølelse og ørebetennelse og blant annet trangboddhet (Wefring, et al., 2001). En annen norsk studie viser blant annet at å bo i bolig med under fem rom var uavhengig assosiert med astma hos barn (Lindbæk, Wefring, Grangård, & Øvsthus, 2003).

Barnet regnes som prematurt når det blir født før svangerskapsuke 37 (Markestad & Halvorsen, 2007). Prematurt fødte barn har et mindre utviklet immunforsvar og dermed større risiko for infeksjoner sammenlignet med barn født til termin (Ballou, Cates, Rowe, Goetz, & Desbonnet, 1986). Premature har større risiko for alvorligere skader og senskader av blant annet RS-infeksjoner (Weisman, 2003). Underliggende sykdommer hos barnet kan også utgjøre en økt risiko for infeksjoner. Barn med blant annet immunsvikt, astma, hjertefeil og kreft er ekstra sårbare for infeksjonssykdommer og kan få lengre og alvorligere sykdomsforløp enn barn som i utgangspunktet er friske.

Barns bruk av helsetjenester i Norge

Det viser seg at befolkningens bruk av helsetjenester i Norge varierer med sosioøkonomisk status. Dette gjelder også barns bruk av helsetjenester, noe som videre påvirker både forebygging og behandling av sykdom. En rapport for Helsedirektoratet (Finnvold, 2009) viser generelt høyere bruk av helsetjenester, med spesielt behov for akutt hjelp (sykehusinnleggelse) og henvendelse til legevakt hos barn med lavt utdannede foreldre. Barn av høyt utdannede foreldre har en lavere generell bruk av helsetjenester, men en høyere

bruk av spesialister. Det sosiale nettverket kan også være med på å predikere bruk av helsetjenester, da det å kjenne en lege minsker bruk av legevakt og akutte sykehusbesøk (Finnvold, 2006).

I en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret (Clench-Aas, 2007) finner vi svake eller ingen sosiodemografiske forskjeller i barns bruk av primærhelsetjenesten. I den grad forskjellene finnes er det foreldrenes utdanning som er utslagsgivende. Spesialisthelsetjenesten er mest brukt av høyere sosiale klasser, men de finner ingen sosioøkonomiske forskjeller hva gjelder innleggelse i sykehus. Det presiseres i kunnskapsoppsummeringen at resultatene kan være påvirket av tilgang til spesialisthelsetjeneste med tanke på geografiske utfordringer. Når det gjelder bruk av helsetjenester for mental helse finner vi økt kontakt i lavere sosiale grupper.

Den nordiske helseundersøkelsen for barn fra 1984 og 1996 fant økt kontakt med lege per telefon og konsultasjon hos spesialist for barn av foreldre med høy utdanning og høy inntekt. For innleggelse i sykehus var det derimot motsatt, hvor de fant flest barn av foreldre med lav utdanning. Helseundersøkelsen fant ingen sosioøkonomiske forskjeller i bruk av allmennlege (Grøholt & Nordhagen, 2002; Halldörsson, Kunst, Köhler, & Mackenbach, 2002; Virtanen, Berntsson, Lahelma, & Köhler, 2006).

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud til alle småbarnsfamilier. Tilbudet er rettet mot alle, men legger i stor grad opp til å treffe vanskeligstilte familier. En rapport fra statistisk sentralbyrå beskriver variasjoner i bruk og tilfredshet med helsestasjonen (Bild, Finnvold, Lie, Nordhagen, & Schjalm, 1998). Av interesse i denne sammenhengen er at mødre med høy utdanning og høy inntekt skiller seg fra andre grupper på flere punkter. De er blant annet overrepresentert i gruppen som ikke ønsker hjemmebesøk av helsesøster eller jordmor etter fødsel. Den samme gruppen er i tillegg underrepresentert i antall kontakter med og bruk av helsestasjonen generelt. Sannsynligheten for mange kontakter med helsestasjonen minker altså med utdanningslengden. Rapporten sier at brukere av helsestasjonen stort sett har veldig gode erfaringer med helsestasjonen, men at de som har størst behov er de som er mest misfornøyd. Generelt tok grupper med forventet stort behov for helsestasjonen oftere initiativ til kontakt selv. På bakgrunn av det sosiale brukermønsteret slår rapporten fast at om et av helsestasjonens mål er å utvikle sosialt nettverk mellom småbarnsfamilier, vil de i stedet oppnå å forsterke de sosiale skjevheter som allerede finnes.

Erfaringer i møte med helsetjenesten

Undersøkelser på pasienttilfredshet skjøt fart på 80- og 90-tallet. Undersøkelsene viser at tilfredsheten ofte er farget av hvilke forventninger pasienten har til helsehjelpen på forhånd, erfaringen underveis i konsultasjonen og i hvilken grad pasienten erfarer at helseproblemet er løst i etterkant (Thiedke, 2007). De fleste undersøkelsene om pasienttilfredshet tar utgangspunkt i ett møte, og ikke erfaringer over tid. Det er delte meninger om slike undersøkelser er gode mål på kvaliteten på helsetjenesten eller ikke. Findik, Unsar & Sut (2010) mener at pasientenes tilfredshet med sykepleien de mottar er et viktig mål på å fastslå og møte pasientenes behov og å evaluere kvaliteten på sykepleien som blir gitt. Deres studie finner at pasienter generelt skårer høyt på tilfredshet, men at pasienter med lav inntekt og lav utdanning skårer høyere på målingene av tilfredshet enn pasienter med høy utdanning og høy inntekt. Thiedke (2007) mener at undersøkelse om pasienttilfredshet ikke kan si noe om kvaliteten på helsetjenesten. Hun mener at mange undersøkelser med hensikt unngår å stille spørsmål om kvaliteten på helsehjelpen, siden pasientene ikke er i posisjon til å vurdere helsepersonellens faglige ferdigheter. I samme artikkel påpekes det også at selv om noen studier finner sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og høy tilfredshet med møtet med helsevesenet, finner de fleste studier det motsatte, at lav sosioøkonomisk status ofte gir lavere tilfredshet.

Rapporten fra statistisk sentralbyrå, på bruk og tilfredshet med helsestasjoner viste at høyt utdannede skilte seg ut i tilfredshet med helsestasjonstilbudet (Bild, et al., 1998). Høyt utdannede mødre mente sjeldnere at tilbudet var for lite omfattende, men var mindre fornøyd med informasjonen fra helsesøster, og syntes oftere enn andre at helsesøster ikke hadde tid til å svare på spørsmål. Lavinntektsmødre var i større grad enn høyt utdannede mødre enige i at helsestasjonen betrygget dem med at alt var i orden med barnet, men de høyt utdannede mente likevel at kontakten med helsesøster hadde positive bidrag til rollen som forelder. McLearn et al. (2004) fant en generell høy tilfredshet med helsetjenestene hos alle familier hva gjelder inntekt, men at lavinntekts familier oftere var uenig i at legen lytter til dem enn hva høyinntekts familier var. Det stilles spørsmål om den generelle høye tilfredsheten reduserer ulikhetene mellom innteksgruppene. En annen studie fant også bare en liten forskjell i tilfredshet mellom lavt og høyt utdannede foreldre (Fiscella, Goodwin & Stange, 2002). Her svarte de lavt utdannede sjeldnere at deres forventninger til møtet med helsetjenesten ble møtt, enn de høyere utdannede. En meta-analyse over flere studier på sosioøkonomiske ulikheter i tilfredshet med helsetjenestene fant at høy utdanning hadde sammenheng med lav

tilfredshet og at høy sosial status (hovedsakelig basert på yrkesstatus) hadde sammenheng med høy tilfredshet (Hall & Dornan, 1990).

Det er funnet at pasienter med høy sosioøkonomisk status får bedre helsehjelp på flere områder enn pasienter med lav status (Hall & Dornan, 1990). McLearn et al (2004) fant i sin studie at lege sjeldnere diskuterte barneoppfostring med lav- og middelinntektsfamilier enn høyinntektsfamilier, og at lav- og middelinntektsfamiliene sjeldnere får barna vurdert med tanke på utvikling og sjeldnere mottar informasjonsmateriell. Fiscella et al (2002) fant at for pasienter med lav utdanning satte legen av mer tid til fysisk eksaminasjon og å informere om ernæring og mindre tid til å snakke om fysisk aktivitet, vurdering av pasientens kunnskap om helse og spørsmål fra pasienten.

Oppsummering

Infeksjoner er, på tross av stor nedgang det siste århundret, fremdeles av stor betydning for barnehelsen. Infeksjoner fører til stort forbruk av helsetjenester for barn og påvirker i tillegg samfunnet gjennom foreldrenes fravær fra arbeid. Infeksjoner er vist å ha sammenheng også med andre sykdommer og helsetilstander hos barn.

Foreldrenes utdanning er en indikator som egner seg for å måle sosioøkonomisk status hos barn, da denne indikatoren ikke gjør forskjell på kjønn og egner seg for unge familier. Foreldrenes utdanningsnivå viser seg å ha sammenheng med barnets risiko for nedre luftveisinfeksjoner, diaré, kroniske infeksjoner og innleggelser i sykehus. Flere utenlandske studier finner også sammenheng mellom foreldrenes utdanning og ørebetennelse hos barn, men det bekreftes ikke i en studie på norske barn. En studie finner heller ingen sammenheng mellom mors utdanningsnivå og RS-infeksjon hos småbarn. Yrke som indikator måles oftest gjennom en standard yrkesklassifiseringsmål eller som yrkesaktiv/arbeidsløs. utfordringer med å bruke yrke som indikator er at yrker kan være vanskelig å plassere i et naturlig hierarki. Studier viser noe motstridende resultater for om foreldrenes yrke/arbeidssituasjon har sammenheng med barns utvikling av infeksjoner. Foreldrenes inntekt er en indikator på sosioøkonomisk status som påvirker barnas helse gjennom tilgang til mat og materielle goder. Fattigdom er brukt som mål på familiens økonomi i flere studier. Indikatoren er vist å ha sammenheng med barns luftveisinfeksjoner, innleggelser i sykehus og kroniske infeksjoner. Også nærmiljøets økonomiske deprivasjon påvirker barnets utvikling og alvorlighetsgrad av bronkiolitt. Flere studier viser motstridende sammenhenger mellom foreldrenes inntekt og ørebetennelse hos barn.

Det finnes flere risikofaktorer for infeksjoner hos barn enn foreldrenes utdanning, yrke og inntekt. Å gå i barnehage viser seg å være en stor risiko for både luftveisinfeksjoner og mage- tarminfeksjoner. Det samme gjelder antall søsken. Passiv røyking gir for barn en økt risiko for luftveisinfeksjoner. Studiene på boligforholdenes sammenheng med barns infeksjoner gir noe sprikende resultater for om de er assosiert med infeksjoner hos barn eller ikke. Premature og barn med enkelte andre sykdommer har økt risiko for infeksjoner.

Det er gjort flere studier på barns bruk av helsetjenester i Norge, men resultatene peker ikke i klart samme retning. Der hvor resultatene oftest er sammenfallende ser vi at barn av foreldre med høy utdanning har den høyeste bruk av spesialister. Pasienter og pårørendes erfaringer med helsevesenet blir presentert som pasienttilfredshet. Det kan være vanskelig å vite hva pasientens tilfredshet egentlig sier og det er uenighet i om det er et mål på kvalitet i helsetjenesten eller ikke. Det ser ut til at høyere status gir høyere tilfredshet og at lavere status gir lavere tilfredshet, men resultatene er ikke entydige. De presenterte studiene omhandler både foreldres tilfredshet i forbindelse med syke barns behov for helsehjelp og voksne pasienters egne erfaringer.

METODE

Utvalg og prosedyre

Utvalget til denne studien er foreldre til barnehagebarn under 36 måneder. Trondheim kommune har en barnehagedekning for 1- og 2-åringer på 87,8 %, noe som er over gjennomsnittet for resten av fylket og landet (SSB, 2010). Barnehagene er således en god arena å møte småbarnsforeldre på. Data ble samlet inn gjennom en skriftlig spørreundersøkelse. Det ble innhentet tillatelse fra kommunaldirektør for oppvekst og utdanning til å kontakte barnehager i Trondheim kommune i forbindelse med studien. Barnehagene ble valgt ut på grunnlag av store småbarnskull og at de lå geografisk spredt i kommunen. I alt deltok ti barnehager og disse utgjorde utvalgsrammen for studien. Alle barnehagene ble skriftlig forespurt om deltakelse. Tre barnehager sa nei til å delta. Tre nye barnehager i geografisk nærhet til de som takket nei, ble forespurt muntlig om deltakelse, med positivt svar.

Barnehagepersonalet delte ut informasjon om studien og spørreskjema til foreldre med barn i rette aldersgruppen. En uke senere leverte de ut en påminnelse til alle de samme foreldrene. Ved deltakelse leverte foreldrene de anonymt besvarte spørreskjemaene tilbake i en egen boks plassert i hentearealet i barnehagene. I tilfeller med søsken hvor begge/alle var under 36 måneder, skulle foreldrene fylle ut et spørreskjema for hvert barn.

Spørreskjema

Spørreskjemaet ble utarbeidet på bakgrunn av flere andre spørreskjema som tar opp informasjon om sosioøkonomiske indikatorer og helse, blant annet Den norske mor og barnundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og på bakgrunn av standarder brukt av Statistisk sentralbyrå. Spørreskjemaet ble lest og vurdert av sykepleiere som arbeider på barneavdeling på sykehus. Sykepleierne har erfaring med barn med infeksjoner og er selv småbarnsforeldre. Alle spørsmålene spør om forhold som har hendt under hele barnets levetid.

Kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet

Foreldrene ble i spørreskjemaet bedt om å oppgi hvorvidt de hadde oppsøkt en eller flere helseinstanser i forbindelse med infeksjon hos barnet (Ja = 1, nei = 2). Disse var

helsestasjon, fastlege, poliklinisk time hos spesialist, kommunal legevakt, mottak på sykehus og innleggelse i sykehus. Ved positivt svar på kontakt med en helseinstans ble foreldrene bedt om å opplyse om hvilke symptomer/sykdommer barnet hadde ved denne kontakten.

Foreldrene kunne krysse av for vanlige smittsomme infeksjoner som det ikke vaksineres for gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Infeksjoner som er klassifisert som en av ”barnesykdommene”, og som man utvikler immunitet mot var ikke av interesse. *Diaré og oppkast* er vanlige symptomer på virusgastroenteritt som er vanlig hos småbarn (NHI, 2011). Virusutløst diaré og oppkast kalles ofte omgangssyke. *Feber* er et vanlig symptom hos barn og er i de fleste tilfeller et tegn på infeksjon (NHI, 2009). Feber kan ofte være eneste symptom på infeksjon hos småbarn og kan forsvinne igjen uten at infeksjonen blir diagnostisert. Variablene diaré og oppkast, og feber skiller seg fra de andre variablene ved å være symptomer på infeksjon og ikke en klar infeksjonssykdom/diagnose. *Forkjølelse, ørebetennelse og halsbetennelse, med eller uten streptokokker*, er alle infeksjoner i øvre luftveier som kan forekomme alene eller samtidig. Det kan være vanskelig for foreldre å skille mellom de ulike øvre luftveisinfeksjonene. *Lungebetennelse og RS/bronkiolitt* er nedre luftveisinfeksjoner og foreldrenes rapportering av disse er høyst sannsynlig på bakgrunn av diagnose stilt av lege. Det foreligger ikke enklere folkelige benevnelser på RS-virusinfeksjon og bronkiolitt og RS/bronkiolitt er derfor brukt i denne sammenheng. *Influenza* er en virusinfeksjon som kan forveksles med en kraftig forkjølelse. Influenza er derimot en mer langvarig virusinfeksjon enn forkjølelse og gir mer ubehag og smerter i kroppen enn en forkjølelse gjør (NHI, 2010). I noen tilfeller kan det være vanskelig for foreldre å tolke symptomer hos små barn, og dermed ikke klare å skille mellom eksempelvis forkjølelse og influensa. *Andre infeksjonssykdommer* er med som en variabel for å dekke mindre vanlige infeksjonssykdommer som ikke er omfattet av ekskluderings-kriteriene og som foreldrene synes er viktig å rapportere om. I tilknytning til variabelen *Andre infeksjonssykdommer* er det ikke presisert i spørreskjemaet at det fremdeles er smittsomme infeksjoner man er ute etter og det er ikke gitt anledning til å presisere hvilke andre infeksjonssykdommer barnet eventuelt har hatt. Variablenes måleverdier i spørreskjemaet er *Aldri, 1-2 ganger, 3-5 ganger, 6-9 ganger, 10 ganger eller mer*.

Lav svarprosent for undersøkelsen førte til få svar på flere av spørsmålene. I analysene ble variablene om infeksjoner derfor omkodet til å si noe om hvorvidt det spesifikke symptom/sykdom har vært årsak til kontakt med helsevesenet (1) eller om det aldri har vært årsak til kontakt (2). Det ble laget en felles variabel for alle helseinstansene som viste hvem

og hvor mange som noen gang hadde tatt kontakt med en helseinstans på grunn av eksempelvis diaré eller oppkast hos barnet.

Benevnelsene symptom og sykdom har ulikt begrepsinnhold, men er sidestilt i dette spørreskjemaet for å få bred informasjon om barnets infeksjoner. Det er viktig at foreldrene i stor grad kan sette spørsmålsinnholdet i sammenheng med infeksjoner, siden det er barnas infeksjoner studien ønsker å måle.

Erfaringer i møte med helsevesenet

Dersom foreldrene hadde krysset av for kontakt med en helseinstans og for hvilken infeksjon som var årsak til kontakten, skulle de i tillegg krysse av for erfaringer i møtet med denne helseinstansen. De variablene som omhandler foreldrenes erfaringer med helsevesenet er formulert som åtte påstander. Innholdet i påstandene skal gi oss informasjon om foreldrenes oppfatninger av helsepersonalets mottakelse av dem som foreldre, i en situasjon hvor foreldrene har oppsøkt helsevesenet for hjelp til sitt syke barn. Fire av påstandene er positivt ladet og fire er negativt ladet. De positivt ladede og negativt ladede spørsmålene går innholdsmessig i en viss grad over i hverandre. Variablene ble i spørreskjemaet målt på en 7 punkts Likertskala fra ”Ikke i det hele tatt” (1) til ”I svært stor grad” (7).

De lyttet til det vi hadde å si sier noe om oppmerksomheten foreldrene får for sitt ærend. *De tok oss alvorlig* sier noe om anerkjennelsen foreldrene får for sin bekymring. *De møtte oss med forståelse* sier noe om hvordan helsepersonellet møter foreldre som kan være usikre og redde for barnet sitt. *De så på oss som de som kjente barnet best* sier noe om helsepersonellens erkjennelse av sin egen begrensing. De kan være eksperter på barnehelse, men foreldrene er eksperter på sitt eget barn. *De bagatelliserte problemene* sier noe om å ikke bli tatt på alvor. *De trodde ikke på oss* sier noe om helsepersonellens umyndiggjøring av foreldrenes rolle og kunnskap om sitt eget barn. *De belærte oss* sier noe om helsepersonellens tro på seg selv eller om mangel på kommunikasjonsferdigheter. *De avfeide oss* sier noe om å bli tilsidesatt i en situasjon hvor man søker hjelp.

I analysene er de negativt ladede påstandene vendt på, i forhold til i spørreskjemaet, slik at alle påstandene lader samme vei. Høy skår vil således for de positivt ladede påstandene bety at foreldrene er enige i at de har positive erfaringer, og for de negativt ladede påstandene bety at de er uenige i at de har negative erfaringer. Det ble forsøkt å lage en skala for de positive påstandene og en skala for de negative påstandene som skulle gjelde for de enkelte helseinstansene. På grunn av at også disse variablene var sårbare for den lave svarprosenten

lot det seg ikke gjøre å lage en slik skala. Løsningen ble å lage en positiv og en negativ skala som beskrev erfaringene fra hele helsevesenet samlet, i tillegg til en samlet skala som beskrev alle erfaringene totalt.

For å måle hvor godt de åtte påstandene beskriver samme dimensjon av erfaringene ved møtet med helsevesenet ble Cronbach's α regnet ut. Cronbach's α er et reliabilitetsmål for indekser som sier noe om styrken på variablenes unidimensjonalitet (Field, 2009). Verdier over .7 til .8 anses å være reliable. Påstandene som oppsummerer erfaringer fra hele helsevesenet har en Cronbach's α på .90. Den interne korrelasjonen viser at påstanden "De så på oss som de som kjente barnet best" korrelerer lavt med de andre påstandene og at Cronbach's α ville vært .94 på en indeks uten denne påstanden. Siden hensikten her ikke er å konstruere den perfekte indeks for å måle erfaringene, men å få tak i hva foreldrene har svart i denne konkrete undersøkelsen, vil alle åtte påstandene likevel være med i analysene. Indeksens Cronbach's α på .90 viser uansett en høy reliabilitet.

Sosioøkonomiske variabler

De sosioøkonomiske variablene gir oss informasjon om foreldrenes utdanning, yrke og inntekt. Verdiene til utdanningsvariabelen er en forenkling av Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS 2000) (Barrabès & Rognan, 2000). Variabelens fem verdier i spørreskjemaet er *Grunnskole*, *Videregående skole*, *yrkesfaglig*, *Videregående skole, allmennfaglig*, *Universitet eller høyskole, inntil 4 år* og *Universitet eller høyskole, mer enn 4 år*. På grunn av få enheter i enkelte kategorier er variabelen omkodet til tre kategorier som skårer slik i analysene: *grunnskole + videregående skole (1)*, *universitet/høyskole, inntil 4 år (2)* og *universitet/høyskole, mer enn 4 år (3)*.

Yrkesklassifiseringen er i utgangspunktet lik Standard for yrkesklassifisering (STYRK 98) (Longva, 1998) med unntak av at det originale punkt 4 *Kontor- og kundeserviceyrker* og punkt 5 *Salgs-, service- og omsorgsyrker* ved en feil er slått sammen til nytt punkt 4 *Kontor- eller kundeserviceyrker (inkl. salg etc.)* i dette spørreskjemaet. Kategoriene er rangert hierarkisk etter kompetansenivå (Longva, 1998), hvor yrkesgruppen på høyeste kompetansenivå skårer 1 og yrkesgruppen på laveste kompetansenivå skårer 8. STYRK 98 er basert på den internasjonale standarden for yrkesklassifisering International Standard Classification of Occupations (ISCO 88) og er i bruk i offisiell norsk statistikk.

Inntektsvariabelen gir oss informasjon om mors og fars bruttoinntekt (hver for seg) siste år. Variabelen har 10 verdier i spørreskjemaet. For å oppnå like intervaller mellom

kategoriene ble variabelen omkodet til åtte kategorier i analysene, fra laveste (1) til høyeste inntektskategori (8).

Andre variabler

Det er flere kjente risikofaktorer for infeksjon hos barn enn foreldrenes utdanning, yrke og inntekt. Slike risikofaktorer var tenkt benyttet som kontrollvariabler om en av de sosioøkonomiske indikatorene skulle vise seg sterkere assosiert med barnets infeksjoner enn de andre. I spørreskjemaet ble det derfor spurt om antall søsken barnet hadde der barnet bodde mest, om barnet var født før svangerskapsuke 37, om barnet hadde en sykdom/diagnose som påvirket barnet til oftere å få infeksjoner eller at infeksjonene fikk et mer alvorlig forløp enn hos andre barn, om en eller begge av foreldrene røykte daglig, om det røykes inne i barnets bolig og om foreldrenes sivilstatus. Det ble i tillegg spurt om hvem foreldrene kan søke råd hos og få hjelp av i forhold som angår barnet, antall hele dager mor, far og barn hadde vært borte fra arbeid og barnehage på grunn av infeksjonssykdom hos barnet og om mor, far og eventuelle søsken hadde infeksjoner sjeldnere, like ofte eller oftere enn andre på samme alder. Det ble også spurt om boligforholdene barnet bor i. Dette for å dekke flere sider av økonomisk velstand enn bare inntekt. Variablene som omfatter boligforhold spør om eierforholdet til boligen barnet bor mest i, hvilken type bolig barnet bor i og størrelse på boligen.

Etiske vurderinger

Studien ble på forhånd godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Noen av spørsmålene i spørreskjemaet kan av noen oppfattes å være av sensitiv karakter og følgelig ubehagelige å svare på. Spørsmål om sosial atferd og spørsmål som kan lede til negative assosiasjoner er eksempler på dette (Portney & Watkins, 2009). Eksempler er spørsmålene om inntekt, sosialt nettverk og om de eier eller leier boligen de bor i. Andre spørsmål kan oppfattes som vurderinger av sin egen rolle som forelder når barna blir syke. Eksempelvis gjelder dette antallet infeksjoner uten kontakt med helsevesenet, antallet dager med fravær fra arbeid på grunn av barnets infeksjoner og om foreldrene røyker. En barnehage nevnte dette som trolig årsak til liten oppslutning om undersøkelsen.

Spørsmålenes formuleringer og studien som helhet anses ikke å bryte med etiske regler. Håndteringen av informasjonen vil kun bli brukt til studiens formål, som er å øke

kunnskapen på området og eventuelt kunne utvikle forebyggende tiltak ved behov. I tillegg har prosedyren undersøkelsen er gjennomført etter ikke vært avhengig av barnets navn eller personalia og overholder barnas og foreldrenes behov for anonymitet i alle ledd.

Analyser

Analysene tar utgangspunkt i de tre sosioøkonomiske variablene utdanningsnivå, inntekt og yrkesklassifisering. Alle disse variablene eksisterer både for mor og for far. De analyseres separat både for å se etter ulikheter mellom mor og far, og på grunn av at variablenes utforming ikke er egnet til å slå sammen til en felles variabel for begge foreldrene. Manglende verdier på variablene ble erstattet av gjennomsnitt eller modus, avhengig av variabelens målenivå. For de variablene som benyttes i analysene var det 1,1 -2,1 % manglende verdier, med unntak av størrelsen på barnets barnehageplass, som hadde 8,4 % manglende verdier. Manglende verdier på foreldrenes yrke ble ikke erstattet, da det kan være at ikke alle foreldrene hadde ett yrke eller var yrkesaktive på det tidspunkt spørreskjemaet ble fylt ut. I analysene ble informanter med manglende verdier ekskludert enten pairwise eller test-by-test. De fleste variablene viste seg ikke å være normalfordelte, med unntak av inntektsvariablene for både mor og far. Det ble derfor benyttet både parametriske og ikke-parametriske analysemetoder.

Barnas kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjoner og hvilke type infeksjoner barna hadde hatt ved kontakt ble først analysert for å avdekke sammenhenger med foreldrenes utdanning, yrke og inntekt. For å se etter sammenhenger innen utdanning ble det benyttet kji-kvadrat test. Det rapporteres i Kji-kvadrat (χ^2), df (frihetsgrader), exact p -verdi og korrelasjonskoeffisienten Cramers V (ϕ_c). Exact p -verdi rapporteres på bakgrunn av lite spredning blant enhetene og for å veie opp for tabeller med forventet frekvens under fem i flere av cellene eller hvor noen celler står tomme. Exact p -verdi tar høyde for dette. Også for de øvrige analysene vil alle p -verdier rapporteres som exact der det er mulig å beregne, på grunn av utvalgets størrelse og spredning (Kinnear & Gray, 2010). Yrkesvariabelen ble benyttet som en kontinuerlig variabel på grunn av yrkeskategoriernes hierarkiske inndeling i kompetanse og at variabelen er på ordinalnivå med flere enn fire kategorier. Mann-Whitney test ble brukt for analysene på foreldrenes yrke. Mann-Whitney rapporteres i U , z , p -verdi, r (effektstørrelse) og gjennomsnittlige ranger. Effektstørrelsen ble regnet ut som $r = \frac{z}{\sqrt{n}}$ (Field, 2009). For inntektsvariabelen ble det benyttet t-test. Her rapporteres t , df , p , r og gjennomsnitt og st.error i de to gruppene.

Deretter ble det gjennomført analyser for å avdekke sosioøkonomiske sammenhenger i opplevelser i møtet med helsevesenet. De samlede gjennomsnittene for påstandene ble behandlet som kontinuerlige variabler. For å avdekke sammenhenger innen utdanning ble det benyttet Kruskal-Wallis test, da det skulle sammenlignes mer enn to utdanningsgrupper. Her rapporteres H , df og p . Testen kunne ikke regne ut exact p -verdi uten feilrapporter og derfor rapporteres asymptotic p . For yrkesvariabelen og inntektsvariabelen ble det benyttet korrelasjonsanalyser. Spearmans korrelasjonskoeffisient rapporteres for yrkesvariabelen da den er en ikke-parametrisk korrelasjonskoeffisient som benyttes når den avhengige variabelen er på ordinalnivå (Field, 2009). Pearssons r rapporteres for inntektsvariabelen da den er normalfordelt. Begge korrelasjonsanalysene rapporteres i korrelasjonskoeffisientens verdi, p og n .

Kun 2-sidige testresultater vil rapporteres i analysene, da problemstillingene for studien ikke angir noen retning (Field, 2009). Signifikansnivået var satt til $p < .05$. Statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics, version 19, ble benyttet for de statistiske analysene.

RESULTAT

Beskrivelse av utvalget

Foreldre til 308 barnehagebarn under 36 måneder fikk utlevert spørreskjemaet og en invitasjon til å delta i studien. 96 spørreskjema ble returnert. Dette tilsvarer en svarprosent på 31,2 %. Ett spørreskjema ble ekskludert fra datamaterialet da barnet var oppgitt å være 52 måneder. Analysene inkluderer dermed 95 barn > 36 måneder, 46 jenter og 49 gutter. De 95 barna går i ti ulike barnehager i geografisk spredt beliggenhet i Trondheim kommune. I gjennomsnittsalderen blant barna er 23,8 måneder. De har i gjennomsnitt gått i barnehage i 10,3 måneder og er der gjennomsnittlig 39,7 timer i uken. 93 av 95 barn bor med begge foreldre og 47,4 % av barna har ett eller flere søsken. Foreldrene er gjennomsnittlig 32,7 år (mor) og 35,5 år (far) og oppgir at de selv har infeksjoner like ofte eller sjeldnere enn andre på samme alder (mor: 87,3 %, far: 90,5 %). Av de 95 barna er fem barn født prematurt og tre barn har en underliggende sykdom som kan øke infeksjonshyppigheten og infeksjonsalvorligheten. For ti barn oppgis det at en eller begge foreldrene røyker, men ingen røyker inne i barnas bolig. Spørreskjemaet er oftest fylt ut av mor (57,9 %).

Av de 95 barna har 74 (77,9 %) vært i kontakt med en eller flere helseinstanser på grunn av infeksjon (Tabell 1). Fastlege og legevakt er de to helseinstansene som hyppigst blir kontaktet. Helsestasjonen blir minst brukt i denne sammenhengen.

Tabell 1:

Antall barn i kontakt med ulike helseinstanser

Helsestasjon		Fastlege		Spesialist		Legevakt		Mottak i sykehus		Innlagt i sykehus		Ikke kontakt		Totalt
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
9	9.5	69	72.6	11	11.6	39	41.1	17	17.9	11	11.6	21	22.1	74

Feber og forkjølelse er de symptomene/sykdommene flest barn har hatt ved kontakt med helsevesenet, etterfulgt av andre infeksjoner, diaré/oppkast og ørebetennelse (Tabell 2). Av infeksjoner barna har hatt uten kontakt med helsevesenet er feber, forkjølelse og diaré/oppkast fremdeles de hyppigste symptomene/sykdommer, men influensa rapporteres hyppigere enn ørebetennelse.

Tabell 2:

Symptomer/sykdommer som årsak til barnas kontakt med helsevesenet

(ikke årsak = ikke hatt symptomet/sykdommen som årsak til kontakt)

	Årsak		Ikke kontakt		Totalt
	n	%	n	%	n
Diaré/oppkast	23	24.2	72	75.8	95
Feber	48	50.5	47	49.5	95
Forkjølelse	31	32.6	64	67.4	95
Ørebetennelse	20	21.1	75	78.9	95
Halsbetennelse/strept	9	9.5	86	90.5	95
Lungebetennelse	1	1.1	94	98.9	95
RS/bronkiolitt	10	10.5	85	89.5	95
Influensa	4	4.2	91	95.8	95
Andre infeksjoner	25	26.3	70	73.7	95

Flertallet av foreldrene har utdanning på høgskole og universitetsnivå (Tabell 3). Både blant mødrene og fedrene har de fleste enten yrker som krever inntil 4 års høgskole og universitetsutdanning eller akademisk yrke/yrke som krever høyere utdanning (Tabell 4). Ikke alle foreldre oppgir å være i arbeid eller å ha et yrke. Fedre tjener mer enn mødre (Tabell 5), og flere fedre enn mødre er fast ansatt og arbeider heltid.

Tabell 3:

Foreldrenes utdanningsnivå

Utdanning	Mor		Far	
	n	%	n	%
Grunnskole	2	2.1	1	1.1
Videregående skole, yrkesfaglig	8	8.4	15	15.8
Videregående skole, allmennfaglig	8	8.4	6	6.3
Universitet eller høgskole, inntil 4 år	34	35.8	34	35.8
Universitet eller høgskole, mer enn 4 år	43	45.3	39	41.1
Totalt	95	100.0	95	100.0

Tabell 4:

Foreldrenes yrke

Yrke	Mor		Far	
	n	%	n	%
Leder/politiker	4	4.2	4	4.2
Akademisk yrke, yrke som krever høgre utdanning	28	29.5	30	31.6
Yrke som krever inntil 4 års utdanning	43	45.3	24	25.3
Kontor- eller kundeservice (inkl salg)	7	7.4	15	15.8
Jordbruk, skogbruk eller fiske
Håndverker el.l.	4	4.2	7	7.4
Prosess-, maskinoperatør-, transportyrke el.l.	.	.	4	4.2
Yrke uten krav til utdanning	2	2.1	5	5.3
Totalt	88	92.6	89	93.7
Manglende	7	7.5	6	6.3
Totalt	95	100.0	95	100.0

Tabell 5:

Foreldrenes inntekt

Inntekt	Mor		Far	
	n	%	n	%
Under 99 000 kr	5	5.3	1	1.1
100 000 – 199 999 kr	4	4.2	7	7.4
200 000 – 299 999 kr	14	14.7	1	1.1
300 000 – 399 999 kr	36	37.9	18	18.9
400 000 – 499 999 kr	22	23.2	28	29.5
500 000 – 599 999 kr	10	10.5	17	17.9
600 000 – 699 999 kr	3	3.2	10	10.5
700 000 eller mer	1	1.1	13	13.7
Totalt	95	100.0	95	100.0

Å ta kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon

Analysene som ble gjort på foreldrenes utdanning, yrke og inntekt og de to gruppene av barn som hadde vært og ikke hadde vært i kontakt med helsevesenet samlet sett, viste ingen signifikante sammenhenger (Tabell 6, 7 og 8). På tross av ingen signifikante funn for kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon ble det ansett interessant å se nærmere på kontakten med fastlege og legevakt, da disse to helseinstansene skiller seg tydelig fra de andre instansene i antall besøkende barn (Tabell 1). Analysene over kontakt med fastlege og legevakt viste ingen signifikante sammenhenger.

Tabell 6:

Kji-kvadrat test: Foreldrenes *utdanning* og kontakt med helsevesenet med infeksjon som årsak

Hele helsevesenet	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	16	88.9	2	11.1	18	18	81.8	4	18.2
Høyere utdanning inntil 4 år	23	67.6	11	32.4	34	27	79.4	7	20.6	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	35	81.4	8	18.6	43	29	74.4	10	25.6	39
Totalt	74		21		95	74		21		95
$\chi^2(2) = 3.64, \text{ exact } p = .19, \phi_c = .20$						$\chi^2(2) = .53, \text{ exact } p = .82, \phi_c = .07$				
Fastlege	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	16	88.9	2	11.1	18	18	81.8	4	18.2
Høyere utdanning inntil 4 år	21	61.8	13	38.2	34	26	76.5	8	23.5	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	32	74.4	11	25.6	43	25	64.1	14	35.9	39
Totalt	69		26		95	69		26		95
$\chi^2(2) = 4.48, \text{ exact } p = .11, \phi_c = .22$						$\chi^2(2) = 2.61, \text{ exact } p = .31, \phi_c = .17$				
Legevakt	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	10	55.6	8	44.4	18	10	45.5	12	54.5
Høyere utdanning inntil 4 år	11	32.4	23	67.6	34	13	38.2	21	61.8	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	18	41.9	25	58.1	43	16	41.0	23	59.0	39
Totalt	39		56		95	39		56		95
$\chi^2(2) = 2.64, \text{ exact } p = .26, \phi_c = .17$						$\chi^2(2) = .29, \text{ exact } p = .87, \phi_c = .06$				

Tabell 7:

T-test: Foreldrenes *inntekt* og kontakt med helsevesenet med infeksjon som årsak

Mors inntekt	t	df	p	r	Kontakt		Ikke kontakt	
					Gj.snitt	St.error	Gj.snitt	St. error
Hele helsevesenet	-1.46	93	.15	-.15	4.08	.16	4.57	.31
Fastlege	-1.70	93	.09	-.18	4.04	.15	4.58	.31
Legevakt	-.97	93	.33	-.10	4.03	.20	4.30	.19
Fars inntekt	t	df	p	r	Kontakt		Ikke kontakt	
					Gj.snitt	St.error	Gj.snitt	St. error
Hele helsevesenet	-.91	93	.37	-.09	5.24	.20	5.62	.33
Fastlege	-1.59	93	.12	-.17	5.16	.21	5.77	.30
Legevakt	-.59	93	.56	-.06	5.21	.30	5.41	.21

Tabell 8:

Mann-Withney test: Foreldrenes *yrke* og kontakt med helsevesenet med infeksjon som årsak

Mors yrke	U	z	p	r	Gjennomsnitt rank	
					Kontakt	Ikke kontakt
Hele helsevesenet	606.5	-1.03	.31	-.11	43.1	49.1
Fastlege	688.0	-.99	.32	-.11	42.9	48.5
Legevakt	821.5	-1.05	.29	-.11	47.7	42.3
Fars yrke	U	z	p	r	Gjennomsnitt rank	
					Kontakt	Ikke kontakt
Hele helsevesenet	700.0	-.14	.89	-.01	44.8	45.7
Fastlege	790.0	-.27	.79	-.03	45.5	43.9
Legevakt	859.5	-.74	.46	-.08	42.6	46.6

Type infeksjon som årsak til kontakt

Grunnet få enheter på enkelte symptomer/sykdommer er kun de fire hyppigste symptomene/sykdommene benyttet i egne analyser. De resterende symptomene/sykdommene er samlet til en felles variabel: andre infeksjoner. Det ble ikke funnet noen signifikante sosioøkonomiske sammenhenger for noen av symptomene/sykdommene (Tabeller 9, 10 og 11) med ett unntak. Analysene viser signifikant lavere utdanning hos fedrene til de barna som hadde kontakt med helsevesenet på grunn av ørebetennelse enn hos fedrene til barna som ikke hadde tatt kontakt på grunn av ørebetennelse ($t(93) = -2.39$, $p = .02$, $r = -.26$) (Tabell 10). Variablene for symptomene/sykdommene gjelder kontakten med hele helsevesenet, ikke hver enkelt helseinstans for seg.

Tabell 9:

Kji-kvadrat test: Foreldrenes *utdanning* og kontakt med helsevesenet med symptom/sykdom som årsak

Diarè/oppkast	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	4	22.2	14	77.8	18	3	13.6	19	86.4
Høyere utdanning inntil 4 år	7	20.6	27	79.4	34	8	23.5	26	76.5	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	12	27.9	31	72.1	43	12	30.8	27	69.2	39
Total	23		72		95	23		72		95
$\chi^2(2) = .60$, exact $p = .78$, $\phi_c = .08$						$\chi^2(2) = 2.26$, exact $p = .34$, $\phi_c = .15$				

Feber	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	10	55.6	8	44.4	18	14	63.6	8	36.4
Høyere utdanning inntil 4 år	16	47.1	18	52.9	34	16	47.1	18	52.9	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	22	51.2	21	48.8	43	18	46.2	21	53.8	39
Total	48		47		95	48		47		95
$\chi^2(2) = .35$, exact $p = .86$, $\phi_c = .06$						$\chi^2(2) = 1.97$, exact $p = .40$, $\phi_c = .14$				

Forkjølelse	Kontakt		Mor		Total	Kontakt		Far		Total
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	Grunnskole + vgs	8	44.4	10	55.6	18	9	40.9	19	59.1
Høyere utdanning inntil 4 år	9	26.5	25	73.5	34	13	38.2	21	61.8	34
Høyere utdanning mer enn 4 år	14	32.6	29	67.4	43	9	23.1	30	76.9	39
Total	31		64		95	31		64		95
$\chi^2(2) = 1.73$, exact $p = .45$, $\phi_c = .14$						$\chi^2(2) = 2.79$, exact $p = .26$, $\phi_c = .17$				

Ørebetennelse	Mor					Far					
	Kontakt		Ikke kontakt		Total	Kontakt		Ikke kontakt		Total	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Grunnskole + vgs	3	16.7	15	83.3	18	4	18.2	18	81.8	22	
Høyere utdanning inntil 4 år	9	26.5	25	73.5	34	11	32.4	23	67.6	34	
Høyere utdanning mer enn 4 år	8	18.6	35	81.4	43	5	12.8	34	87.2	39	
Total	20		75		95	20		75		95	
$\chi^2(2) = .96$, exact $p = .68$, $\phi_c = .10$						$\chi^2(2) = 4.31$, exact $p = .13$, $\phi_c = .21$					

Andre infeksjoner	Mor					Far					
	Kontakt		Ikke kontakt		Total	Kontakt		Ikke kontakt		Total	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Grunnskole + vgs	7	38.9	11	61.1	18	9	40.9	13	59.1	22	
Høyere utdanning inntil 4 år	10	29.4	24	70.6	34	10	29.4	24	70.6	34	
Høyere utdanning mer enn 4 år	21	48.8	22	51.2	43	19	48.7	20	51.3	39	
Total	38		57		95	38		57		95	
$\chi^2(2) = 2.99$, exact $p = .23$, $\phi_c = .18$						$\chi^2(2) = 2.83$, exact $p = .22$, $\phi_c = .17$					

Tabell 10:

T-test: Foreldrenes *inntekt* og kontakt med helsevesenet med symptom/sykdom som årsak.

Mors inntekt	t	df	p	r	Kontakt		Ikke kontakt	
					Gj.snitt	St.error	Gj.snitt	St. error
Diarè/oppkast	-1.11	93	.27	-.12	3.91	.28	4.28	.16
Feber	-1.83	93	.07	-.19	3.94	.18	4.45	.21
Forkjølelse	-1.26	93	.21	-.13	3.94	.25	4.31	.17
Ørebetennelse	-1.06	93	.29	-.11	3.90	.29	4.27	.16
Andre infeksjoner	-.03	93	.98	-.00	4.18	.21	4.19	.19

Fars inntekt	t	df	p	r	Kontakt		Ikke kontakt	
					Gj.snitt	St.error	Gj.snitt	St. error
Diarè/oppkast	.35	93	.72	.04	5.43	.36	5.29	.20
Feber	-1.43	93	.16	-.15	5.08	.25	5.57	.23
Forkjølelse	-1.19	93	.24	-.12	5.03	.27	5.47	.22
Ørebetennelse	-2.39	93	.02*	-.26	4.55	.37	5.53	.19
Andre infeksjoner	-.62	93	.50	-.06	5.18	.21	5.42	.22

*Signifikant < .05

Tabell 11:

Mann-Withney test: Foreldrenes *yrke* og kontakt med helsevesenet med symptom/sykdom som årsak

Mors yrke	U	z	p	r	Gjennomsnitt	
					Kontakt	Ikke kontakt
Diarè/oppkast	706.0	-.43	.68	-.05	42.7	45.1
Feber	788.5	-1.62	.11	-.17	48.6	40.4
Forkjølelse	816.5	-.23	.82	-.25	45.3	44.1
Ørebetennelse	616.5	-.43	.68	-.05	42.5	45.1
Andre infeksjoner	927.0	-.15	.89	-.02	44.1	44.8
Fars yrke	U	z	p	r	Gjennomsnitt	
					Kontakt	Ikke kontakt
Diarè/oppkast	649.5	-.86	.39	-.09	41.0	46.3
Feber	878.5	-.94	.35	-.10	47.4	42.4
Forkjølelse	676.0	-1.63	.11	-.17	51.4	42.1
Ørebetennelse	610.0	-.57	.58	-.06	47.9	44.2
Andre infeksjoner	821.0	-1.21	.23	-.13	41.2	47.7

Erfaringer i møtet med helsevesenet

Gjennomsnittlig skåre for alle påstandene om erfaringene i møtet med helsevesenet er 6.1, hvilket viser til en generell høy grad av fornøydhet hos foreldrene (Tabell 12). Kruskal-Wallis test og korrelasjonsanalyser viser ingen signifikante sosioøkonomiske sammenhenger. Det er gjort analyser både på de samlede påstandene totalt, og i tillegg de negative og positive påstandene for seg. Dette for å se om det finnes forskjeller i grad av enighet/uenighet ovenfor ulikt ladede påstander.

Tabell 12:

Oversikt over samlede variabler, positive, negative og totalt.

Påstand	n	Min.	Max.	Gj.snitt	St.dev.
Positive påstander	73	3	7	5.9	1.00
Negative påstander	72	3	7	6.3	.99
Alle påstander totalt	71	3	7	6.1	.92

Tabell 13:

Kruskal-Wallis analyser på foreldrenes *utdanning* og påstander om erfaringer med helsevesenet

Påstander	<i>H</i>		df		<i>p</i>	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Positive påstander	.123	1.150	2	2	.94	.56
Negative påstander	1.609	.469	2	2	.45	.79
Påstander totalt	1.201	.583	2	2	.55	.75

Tabell 14:

Korrelasjoner mellom *inntekt* og påstander om erfaringer med helsevesenet

Påstander	Pearsons r		<i>p</i>		n	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Positive påstander	.15	.05	.21	.66	73	73
Negative påstander	.02	.04	.88	.77	72	72
Påstander totalt	.11	.08	.38	.51	71	71

Tabell 15:

Korrelasjoner mellom *yrke* og påstander om erfaringer med helsevesenet

Påstander	Spearman's roh		<i>p</i>		n	
	Mor	Far	Mor	Far	Mor	Far
Positive påstander	-.05	-.03	.69	.80	66	67
Negative påstander	-.05	-.01	.71	.97	65	67
Påstander totalt	.01	-.01	.96	.95	64	66

Oppsummering

Analysene viste ingen sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barn. Det ble heller ikke funnet noen sosioøkonomiske sammenhenger med type infeksjon som årsak til kontakt, med unntak av ørebetennelse. Analysene avdekket at det var signifikant flere fedre med lav inntekt enn høy inntekt ved kontakt med helsevesenet på grunn av ørebetennelse hos barnet. Ingen sosioøkonomiske sammenhenger ble funnet i erfaringene med møtet med helsevesenet. Da det ikke ble funnet sammenhenger i de øvrige analysene ble det ikke ansett nødvendig med ytterligere analyser for å finne svar på problemstillingene om en av de tre indikatorene er sterkere enn de andre og om det er ulikheter i mors og fars sosioøkonomiske påvirkning.

DISKUSJON

Om resultatene

Det er bred enighet om at det er sosiale ulikheter i helse i vår del av verden både når det gjelder sykdom og død, også hos barn. Litteraturgjennomganger bekrefter at dette er tilfelle, også for barn med infeksjoner. Når det gjelder barns bruk av helsetjenester i Norge finner vi noe ulike resultater, men det ser ut til at barn av lavt utdannede foreldre oftere er innlagt i sykehus og barn av høyt utdannede foreldre har høyere bruk av spesialist. Resultatene fra denne studien finner derimot ingen sosioøkonomiske sammenhenger med kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barnet, med ett unntak. Vi finner en forskjell i fedrenes inntekt mellom gruppene som har tatt kontakt/ikke har tatt kontakt med helsevesenet på grunn av ørebetennelse hos barnet. De som har tatt kontakt tjener mindre enn de som ikke har tatt kontakt. Andre studier som ser på forskjeller i foreldrenes inntekt og ørebetennelse hos barn viser resultater som både støtter (Larson & Halfon, 2010; Victorino & Gauthier, 2009) og motsier (Lieu & Feinstein, 2002) resultatet fra denne studien. Også når utdanning brukes som indikator for sosioøkonomisk status finner vi ulike resultater for forekomst av ørebetennelse hos barn (Lieu & Feinstein, 2002; Paradise et al., 1997; Veen et al., 2006; Victorino & Gautier, 2009; Wefring et al., 2001). De ulike resultatene fra andre studier og det at dette er det eneste signifikante resultatet i denne studien gjør det noe vanskelig å tillegge resultatet stor vekt videre i diskusjonen. Derimot vil fokuset være på alle de andre resultatene, de som ikke viser noen sosioøkonomiske sammenhenger mellom foreldrenes sosioøkonomiske status og barnas kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon.

Siden eksisterende litteratur overveiende konkluderer med at det finnes sosioøkonomiske ulikheter i helse og infeksjoner hos barn, og at bruken av helsetjenester i Norge har noen små sosioøkonomiske ulikheter, er det vanskelig å være sikker på resultatene fra denne studien uten å gå metodikken nærmere i sømmene. Av den grunn vil hoveddelen av diskusjonen dreie seg rundt metode og studiedesign og hvordan dette kan ha påvirket resultatene. På en annen side kan resultatene heller ikke utelukkes å faktisk gi en reell beskrivelse av virkeligheten blant barnehagebarn i Trondheim, at det ikke finnes sosioøkonomiske forskjeller hva gjelder kontakt, type infeksjon, erfaringer eller forskjeller mellom indikatorene og mellom far og mor. Små eller ingen sosioøkonomiske forskjeller i kontakt med helsevesenet kan forklares med at helsevesenet i stor grad prioriterer syke barn før andre pasienter og at det dermed er en lav terskel for foreldre for å kontakte helsevesenet når de blir urolige for de syke barna. En annen forklaring kan være at utdanning, yrke og

inntekt er så sterkt korrelert med hverandre at det er vanskelig å finne en indikator som påvirker barna mer enn de andre indikatorene. En tredje forklaring er at mann og kvinne, far og mor, er så likestilte i dagens samfunn, gjennom yrkeskarriere, inntekt og fordeling av oppgaver i hjemmet, at de ikke påvirker barna forskjellig i stå stor grad at det viser seg statistisk signifikant. Dette blir i stor grad spekulasjoner over eventuelle forklaringer, da det ikke finnes mye argumentasjon i fagfeltet for hvorfor det *ikke* er sosiale forskjeller i helse. Det vil istedet diskuteres rundt de offentlige tiltak som er igangsatt med mål om å utjevne sosioøkonomiske ulikheter blant barn, om disse konkrete tiltakene kan være medvirkende årsak til at det ikke finnes forskjeller i denne studien. Til sist gjøres det noen refleksjoner rundt det individualistiske samfunnet vi er en del av og hvordan individualisme og tilgang til kunnskap også kan være en medvirkende årsak til resultatene. Diskusjonen vil således ikke reflektere teorikapitlene slik den ville gjort om resultatene var i samsvar med andre studier på området.

Metodiske betraktninger

Utvalget

Det er spesielt to sider ved utvalget som er viktige for resultatene når kvantitativ metode skal benyttes, størrelsen på utvalget og hvem utvalget består av. Denne studiens utvalg består av 95 barn og deres foreldre. I kvantitative analyser kan små utvalgsstørrelser gi for svak styrke til å finne signifikante resultater i motsetning til store utvalg, hvor de minste variasjonene kan slå ut som signifikante, bare utvalget er stort nok (Field, 2009). Utvalgsstørrelsen påvirker nøyaktigheten og presisjonen for å finne effekter. Det er lett å finne store effekter i små utvalg, men man må ha store utvalg for å finne små effekter. Utvalgsstørrelsen kan være avgjørende for resultatet i enkelte analyser.

For å øke svarprosenten og utvalgsstørrelsen i denne og tilsvarende studier kunne det vært effektivt å møte på et foreldremøte, eller lignende, i forkant av undersøkelsen for å nå alle foreldrene, informere muntlig og være tilgjengelig for spørsmål. I tillegg kunne et møte med flere av personalet, ikke bare leder i barnehagen ført til mer bevissthet og kunnskap om studien de er hjelpelige med å gjennomføre. Studien ble gjennomført i begynnelsen av januar, et tidspunkt som for øvrig ble ansett som godt, men tidspunkt tilpasset hver barnehage kunne tatt høyde for at undersøkelsen ikke druknet i annen informasjon og oppgaver foreldrene måtte ta stilling til i barnehagen til samme tid. Slike tiltak ville krevd mer ressurser

i gjennomføringen, først og fremst i form at tid, men kunne vært avgjørende for høyere svarprosent og større utvalg å analysere på.

Utvalget kan være påvirket av de føringer som lå til grunn for utvelgelsen av barnehagene, blant annet økonomi, tid til rådighet og praktisk gjennomførbarhet. Utvalget til denne studien ble trukket på bakgrunn av at det var ønskelig å velge barnehager fra ulike deler av Trondheim kommune. Det var også ønsket en høy andel småbarn i hver barnehage og å unngå bydeler med mange utenlandske foreldre som ikke behersket norsk skriftlig godt nok. Dette kan ha påvirket resultatet. Hvem utvalget består av i forhold til populasjonen har vi i denne studien liten kunnskap om. Vi sitter ikke inne med informasjon om non-responsgruppen og vet derfor ikke om vi har et selektivt utvalg. Hva vi vet fra andre studier er at mennesker med høy utdanning og høy inntekt oftere svarer på undersøkelser enn de med lav utdanning og inntekt.

Utvalget viste seg å være relativt ensartet og å ha lite spredning på kategoriene, spesielt på de sosioøkonomiske variablene. Utvalget består i stor grad av høyt utdannede foreldre som tjener godt og som grupperer seg innenfor et lite antall yrkesgrupperinger. Kun to barn har foreldre som ikke bor sammen. Utvalget kan slik ses på som en relativt homogen gruppe, noe som kan være en delforklaring på at resultatet i høy grad ikke viste noen sosioøkonomiske forskjeller.

En forklaring til den høye andelen høyt utdannede foreldre i utvalget kan være at Trondheim kommune er en by med et stort universitet- og høgskolemiljø og derfor har en høy andel høyt utdannede unge mennesker. Andelen kvinner og menn med høyere utdanning er på henholdsvis 33.9 og 35.2 %, i motsetning til henholdsvis 23.9 og 27.8 % på landsbasis (SSB, 2010). I utvalget til denne studien er andelen foreldre med høyere utdanning 81.8 % (mor) og 76.9 % (far). Tallene på landsbasis er regnet for alle voksne over 16 år, mens utvalget i denne studien består av unge voksne som i hovedsak er i begynnelsen av 30-årene. Det må også tas i betraktning at Trondheim er en av Norges større byer, og at utdanningsnivået normalt er høyere i urbane strøk enn i rurale strøk. Denne studiens utvalg er basert på foreldre til barn under 36 måneder, det vil si de minste barna i barnehagen. Som tidligere nevnt synes høyt utdannede foreldre det er greiere at barna begynner tidligere i barnehage enn lavt utdannede foreldre (Bakken & Myklebø, 2010). Dette kan ha påvirket fordelingen i utvalget til å bestå av en høyere andel høyt utdannede foreldre enn om barna hadde vært eldre, og gi responsbias. På den annen side er andelen 1 og 2-åringer i barnehage likevel så høyt i Trondheim kommune at det er usikkert om det er en faktor av stor betydning.

Spørreskjemaet

De data analysene er basert på er innhentet gjennom et spørreskjema laget spesielt for denne studien. Spørreskjemaet er ikke grundig testet for validitet, annet enn på en gruppe sykepleiere som arbeider på barneavdeling på sykehus. De kom med kommentarer på innhold og forståelse av spørsmålene i den avsluttende fasen av utarbeidelsen av skjemaet. Et annet svakt punkt er bruk av begrep i spørsmålene om symptomer/sykdommer barna har hatt. Noen er velkjente for de fleste, mens andre kan være ukjente og ikke mulig å forstå om man ikke har fått diagnosen stilt av lege, eksempelvis RS/bronkiolitt. Item complexity er et samlebegrep for ord med dobbel mening, teknisk sjargong og medisinske ord som krever at respondentene utvikler en egen forståelse av ordene (Podsakoff, Scott, Lee, & Podsakoff, 2003). For å kunne gi svar relatert til den mening forfatteren av spørreskjemaet har tillagt spørsmålene, må foreldre forstå de ord og begrep, og meningen de er tillagt, som brukes i skjemaet. Foreldrene må også være dyktige på å skille symptomer og sykdommer fra hverandre og tro på at de forandringer de ser hos barnet er avgjørende for sykdom. I utarbeidelse av spørreskjema bør man derfor etterstrebe å bruke ord og begrep som er forståelige og har et kjent meningsinnhold i befolkningen. I denne studien var det vanskelig å finne andre, mer kjente, ord for RS/bronkiolitt, og det ble opprettholdt i skjemaet. Det kan føre til at barn som faktisk har hatt RS/bronkiolitt, men uten at det er diagnostisert av lege, ikke blir registrert. Yrkesklassifiseringen kan også være en kilde til rapporteringsbias, da det kan være yrker som passer under flere kategorier og inntektsvariabelen kunne muligens gitt andre resultat om det ble spurt etter nøyaktig årsinntekt i stedet for avkryssingsmuligheter innenfor bestemte inntektskategorier.

Et annet problem kan oppstå når respondentene skal ta stilling til påstander. Det er funnet en tendens til å svare det samme på påstander som er ladet samme vei, uavhengig av innholdet i dem (Podsakoff, et al., 2003). Altså vil det høyne korrelasjonen mellom påstander som lader samme vei. I spørreskjemaet var de åtte påstandene gruppert i positive og negative ladete spørsmål i hver sin gruppe og alle påstandene ble gjentatt til sammen 6 ganger, og kunne oppfattes som et forutsigbart mønster. Et alternativ kunne vært å blande de positive og negative påstandene, bytte om på den vei de lader og kanskje til og med i ulike rekkefølge for hver gjentakelse. Slik kan man skape det som kalles kognitive fartsdumper som bryter med det mønsteret man tror man har oppdaget. Det er likevel funnet at slike omrokninger ikke vil oppdages av respondentene i stor nok grad. Det er vist at svarene ikke stemmer overens med hva respondentene ville svart om ladningen hadde gått samme vei gjennom hele spørreskjemaet (Podsakoff, et al., 2003).

Skjemaet skulle fylles ut som selvrapportering, som i seg selv anses å være kilde til flere potensielle rapporteringsbias. I tillegg til den enkeltes evne til å lese og forstå ord og begrep i skjemaet er også tiden hver enkelt setter av til å fylle ut skjemaet og hvilken erfaring de har med sykdom fra tidligere med på å påvirke svarene de gir (Hoffmann, et al., 2009). Spørreskjemaet inneholdt flere spørsmål som kunne oppfattes som sensitive, blant annet om inntekt og utdanning. Sensitive spørsmål kan gi selektiv hukommelse og dermed påvirke svarene (Portney & Watkins, 2009). Det er også funnet at man krysser av for de mest sosialt aksepterte svarene (social desirability), selv om dette ikke stemmer overens med hva de egentlig mener/føler (Podsakoff, et al., 2003). En metode for å redusere social desirability-bias er å la respondentene svare anonymt, slik det ble gjort i denne studien.

Det er en risiko forbundet med å svare på spørsmål som krever at man husker hendelser tilbake i tid. Spørreskjemaet spurte etter opplysninger og hendelser fra hele barnets levetid, og det kan ha påvirket svarene, spesielt for de eldste barna i studien. Det sies at yngre foreldre husker mer nøyaktig enn eldre foreldre, og mødre bedre enn fedre (Lieu & Feinstein, 2002). Høyt utdannede rapporterer oftere symptomer fra luftveiene enn lavere utdannede (Margolis, et al., 1992), mens barn med lavt utdannede foreldre rapporterer barnets generelle helsetilstand som dårligere enn andre foreldre (Finnvold, 2009).

Spørsmålene var ikke laget for å ta høyde for lav svarprosent. På flere av spørsmålene skulle man kun svare om man hadde svart positivt ved et tidligere spørsmål, noe som igjen førte til færre svar. Utvalgets størrelse førte til utfordringer i å bruke spørsmålene slik de opprinnelig var tenkt, og omkodinger måtte til for å få gode variabler å bruke i analysene. Det begrenset undersøkelsene av materialet. Blant annet ble det på grunn av få verdier pr enhet vanskelig å gjøre gode analyser for å finne variasjoner i hyppigheten av de ulike infeksjonene, og om enkelte helseinstanser gav bedre erfaring enn andre. Det var heller ikke mulig å bryte ned utvalget for å finne forskjeller mellom barnehagene. Det var stor ulikhet i svarprosent fra de ulike barnehagene. Positivt og ivrig personale i enkelte barnehager ble ikke oppfattet å være av betydning for svarprosenten.

Resultatene fra denne studien viser ingen signifikante sammenhenger, med unntak av ett resultat. Ikke signifikante resultat betyr ikke at det ikke finnes forskjeller eller sammenhenger i datamaterialet, men at sannsynligheten for at resultatene ikke er annet enn tilfeldige er mer enn 5 %. Den alternative hypotesen (H_1) forkastes, men kan ikke sies å være falsk, da statistikk er sannsynlighetsberegninger og slik begrenser muligheten til å fatte harde konklusjoner (Field, 2009). I motsatt tilfelle betyr heller ikke signifikante resultater at H_0 er falsk. I denne studien vet vi samtidig at med utvalgets størrelse måtte effektene vært store for

å få signifikante resultat. Små effekter slår ikke ut. Med andre ord kan vi si at det med stor sannsynlighet finnes noen få faktiske sammenhenger mellom sosioøkonomiske oppvekstvilkår og utvikling av infeksjoner hos småbarn i dette datamaterialet, men at det er for små sammenhenger til at vi kan si at de ikke er tilfeldige

Offentlige tiltak

Etablering av sunn helseatferd

Det er i Norge i dag igangsatt flere tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse, og St.mld. nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007) er i denne sammenheng et viktig dokument. Veien til målet er ikke nødvendigvis lik utdanning og lik lønn for alle eller ett klasseløst samfunn hvor alle er like. Det er i stedet ønskelig å gi alle mennesker likt utgangspunkt for god helse, uavhengig av sosial status, gjennom å utjevne de systematiske helseforskjellene som skapes mellom de sosiale klassene. I St.mld nr 20 er det utarbeidet flere delmål i arbeidet med å redusere helseulikhetene. Et av målene er å redusere sosiale forskjeller i helseatferd. Siden helseatferd i så stor grad knyttes til det sosiale miljøet vi befinner oss i, er det viktig å finne tiltak som treffer hele sosiale grupper og at de tilbys som lavterskeltilbud som er tilgjengelige for alle både fysisk, sosialt og kulturelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Barn er avhengige av at voksne gjør gode valg på deres vegne. Barnehagene og skolene er viktige arenaer for å legge grunnlaget for sunn helseatferd. Et eksempel på dette er kosthold og ernæring. Helsedirektoratet har blant annet utarbeidet egne retningslinjer for mat og måltider i barnehagen og bra mat i barnehagen er et eget tema på helsedirektoratets nettsider (Helsedirektoratet, 2011). Slik kan folkehelsearbeidet for en sunn barndom effektiviseres ved å ta i bruk barnehagene som middel. Flere barnehager er også opptatt av å være sukkerfrie og ønsker andre typer feiringer av eksempelvis bursdager enn kaker, is og annen sukkerholdig mat. Godt ernærte voksne og barn har bedre forutsetninger for å takle sykdommer og infeksjoner. Det er vist at effekten av arbeid for å etablere sunn helseatferd i barnehagen er størst for barn av foreldre med lav utdanning, lav inntekt og ikke-vestlige innvandrere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Tiltakene og effekten blant de lavere sosiale lag kan føre til en utjevning av sosiale ulikheter mellom barn i barnehager.

En utfordring med å bruke barnehager som arena for å etablere sunn helseatferd er at bruk av barnehage ikke er likt sosialt fordelt i samfunnet. Ett av delmålene til St.meld. nr 20

er blant annet å gi full barnehagedekning og å redusere sosiale forskjeller i barnehagebruk, og er ett mål det årlig rapporteres på i Folkehelsepolitisk rapport (Helsedirektoratet, 2009b, 2010). For å oppnå dette har regjeringen satt en fastpris for barnehagekostnader og reduksjon eller fritak fra betaling for foreldre med lav betalingsevne. Det å gå i barnehage har vist seg å utjevne sosiale helseulikheter, ikke bare gjennom læring av sunn helseatferd, men også gjennom sosial utjevning i læring og sosial mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). De sosiale forskjellene i bruk av barnehage ser vi blant annet i at høyt utdannede foreldre i mindre grad mottar kontantstøtte og synes det er greit at barna begynner i barnehage tidligere enn andre foreldre synes (Bakken & Myklebø, 2010).

Infeksjoner i barnehagen

På tross av barnehagens positive bidrag til flere sider av barnas helse viser flere studier at å gå i barnehage er i seg selv en risikofaktor for å få infeksjoner (Kamper-Jørgensen, et al., 2006; Nafstad et al., 1999; Zutavern, et al., 2007). Barnehagedekningen i Trondheim kommune og landet forøvrig er meget høy, også blant de aller minste, og mange barn utsettes således for infeksjonssmitte allerede de første leveår, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn.

To studier finner interessante resultater som peker i retning av at sosioøkonomiske ulikheter i infeksjoner hos barn blir mindre når barna går i barnehage. Dales et al., (2004) viser at forskjellen i utviklingen av infeksjoner hos barn på bakgrunn av inntekt endret seg dersom alle barna også gikk i barnehage. Barna fikk flere infeksjoner når de gikk i barnehage, men de sosiale ulikhetene mellom dem ble mindre. Gordon et al., (2007) finner i sin studie at mors yrkesdeltakelse når barna er små fører til en økning i infeksjoner. Når barnehage er med som kontrollvariabel i analysene svekkes mors effekt på barnet og studien kan ikke lenger finne signifikante sosioøkonomiske forskjeller i utvikling av infeksjoner. Resultatene fra studien gjort i barnehager i Trondheim viser nesten ikke signifikante sosioøkonomiske forskjeller i kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon hos barna.

I lys av de nevnte studier reises spørsmålet om barnehagen, med økt smitterisiko for alle, også i dette tilfellet kan ha en utjevne effekt på sosioøkonomiske ulikheter. Det er vanskelig å finne gode svar på dette spørsmålet på bakgrunn av denne studien, da den ikke er designet for å svare på den konkrete problemstillingen. Uavhengig av om barnehagens store infeksjonsrisiko har en utjevne effekt for sosiale ulikheter, er det uansett viktig å forebygge det høye antallet infeksjoner som opptrer i barnehager. Det har vist seg at det er

mulig å senke tilfellene av både mage-tarminfeksjoner og luftveisinfeksjoner blant barnehagebarn betraktelig, gjennom forebyggende tiltak i barnehagen (Roberts, et al., 2000a; Roberts, et al., 2000b). Infeksjoner påvirker barnet ikke bare i framtiden, men også under selve sykdomsperiodene med lavere næringsinntak og mindre fysisk aktivitet. Barnet mister i tillegg sosial omgang med andre barn om fraværet fra barnehagen blir høyt og det påvirker foreldrenes fravær fra sitt arbeid. Med denne kunnskapen kan det diskuteres om det er uetisk å la være å igangsette tiltak mot infeksjoner i barnehagen, uavhengig av sosiale ulikheter, når det viser seg at det med relativt enkle grep er mulig å gjøre noe med det.

Individualisme og tilgang til kunnskap

Atferds- og livsstilsforklaringen vektlegger individet, kunnskap og kognitive evner som en del av årsaken til sosiale ulikheter i helse. I det følgende vil det reflekteres rundt om individualisme og tilgang til kunnskap kan virke i motsatt retning og være utjevne for sosiale ulikheter i helse. Det presiseres at når det her snakkes om individualisme og tilgang til kunnskap, er det barnas foreldre som påvirkes, gis valg og muligheter og som til sist kan handle, ikke de minste barna selv. Barna er prisgitt sine foreldres handlinger og valg og foreldrenes utnyttelse av individualismens muligheter og tilgangen til kunnskap vil dermed påvirke barna.

Mye av informasjonen media presenterer for befolkningen er individualisert (Nafstad, Blakar & Rand-Hendriksen, 2009). Det handler om “deg” og “du” og hvordan individet selv kan ta ansvar og med enkle grep gjøre noe bra for sin egen helse. Folkehelsekampanjer, tv-reklamer, ukeblad, aviser, tema-magasiner og ikke minst internett er en enorm kilde til informasjon og kunnskap. Tilgjengeligheten og personifiseringen av informasjonen er av en slik mengde og karakter at alle sosiale grupper har et godt grunnlag til å kunne dra nytte av den. Det individfokuserete kunnskapssamfunnet vi lever kan føre til økt individuell handling for sin egen helse, uavhengig av sosial status. Samfunnet forventer i stor grad at individet handler selv. Kanskje viktigere en kunnskap om helse og sykdom er tilgang til verktøy for å forstå og gjennomføre de sunne helseatferdene og livsstilene som media promoterer. Mye av informasjonen handler om å gjøre individet i stand til å handle på egen hånd. Eksempelvis inneholder Norsk Helseinformatikk (nhi.no) store mengder helserelatert informasjon, skrevet i et populærvitenskapelig språk og rikt illustrert. Om emnet feber hos barn gir de blant annet bakgrunnsinformasjon om hva som kan være årsak til at barn får feber, informasjon om hva foreldrene selv kan gjøre og i hvilke tilfeller når de bør kontakte lege. Når informasjon om

hvordan man skal handle er så tilgjengelig som i dette eksempelet kan det bety at også de med lavere sosial status lettere kan handle positivt for helsen. Foreldrene i lavere sosiale klasser har nå flere tilgjengelige verktøy for å gjøre vurderinger og være trygge på de vurderinger de gjør. Deres handlinger er kanskje ikke like avhengig av sosial status, siden informasjonen om symptomene, tolkingen av dem og hvilke handlinger som kreves ligger like tilgjengelig for alle. Dette kan være en mulig forklaring for at det nesten ikke finnes sosioøkonomiske ulikheter i kontakt med helsevesenet i denne studien. Foreldrene trenger kanskje ikke helsevesenet på samme måte nå som før, som kunnskapskilde, trygghetsinstans eller veileder for å endre helseatferd.

Slik ser vi at det enkelte individ i et individualistisk samfunn blir oppfordret til, og har muligheten til å gjøre frie valg. Hvor frie disse valgene er innenfor sosiale rammer skal ikke diskuteres her, annet enn at valgene oppfattes som friere nå enn før. Individualismens påvirkning på resultatene i denne studien kan ha økt de lavere sosiale klassers kunnskapsnivå og påvirkningsmulighet for barnas helse til et slikt nivå at de sosiale ulikhetene ikke lenger kommer fram som signifikant resultat. Det betyr ikke at atferden ikke er sosialt betinget, men at realiseringen av den individualistiske ideologien kan ha bidratt til å gjøre forskjellene mindre.

Oppsummering

Det ble funnet kun en signifikant sammenheng i denne studien. Fedre som kontakter helsevesenet på grunn av ørebetennelse hos barna tjener mindre enn fedre som ikke tar kontakt på grunn av ørebetennelse. Resultater fra andre studier er viser kun små sosioøkonomiske sammenhenger for kontakt med helsevesenet. Diskusjonen har dreid seg rundt de resultatene som ikke viste sammenhenger.

Metodiske valg kan være med å påvirke resultatene fra studien. I denne sammenheng er det spesielt utvalget og spørreskjemaet som kan være av betydning. Utvalgets størrelse og en lav svarprosent, kan påvirke hvilke effektstørrelser og sammenhenger vi finner signifikante. Det påvirker videre valg av analysemetoder, og bearbeidelse av variablene før analysene gjennomføres. Det er også påvist lite spredning i utvalget. Blant annet er utvalgets deltakere generelt høyt utdannet, noe som kan påvirkes av både utvalgskriteriene for barnehagene, geografi og hva vi vet av hvem som vanligvis deltar i slike undersøkelser. Spørreskjemaet var ikke laget med tanke på dette utvalgets størrelse, noe som begrenset undersøkelsene av materialet. Skjemaet skulle fylles ut som selv-rapportering, noe som kan

føre til bias på flere områder. Noen spørsmål kunne vært omformulert for å begrense risikoen for rapporteringsbias.

Barnehagen trekkes fram som en mulig faktor for utjevning av sosioøkonomiske ulikheter blant barn. Etablering av sunn helseatferd allerede i barndommen er viktig og offentlige tiltak, eksempelvis gjennom økt fokus på ernæring i barnehagen, kan være viktige bidrag i arbeidet mot å utjevne sosiale ulikheter i helse blant barn. Det er også funnet at den økte infeksjonsrisikoen i barnehagene utjevner de sosioøkonomiske ulikhetene i utvikling av infeksjoner hos småbarn. Her bør det likevel prioriteres tiltak for å redusere infeksjonene hos barna, heller enn å være fornøyd med utjevnete sosioøkonomiske ulikheter på grunn av hyppige infeksjoner.

Forklaringene på hvorfor det ikke finnes sosioøkonomiske ulikheter i kontakt med helsevesenet på grunn av infeksjon kan blant annet være at tilgangen til handlingsrettet informasjon om sykdom og helse er mer tilgjengelig nå enn tidligere. "Alle" har nå mulighet til å vite hvordan man kan handle i ulike situasjoner, gjennom den økte informasjons- og kunnskapsflyten i blant annet media. Et annet moment som diskuteres er samfunnets fokus på individene og forventningen om at alle tar ansvar for seg selv. Det legges til rette for, og forventes, individuell handling i større grad nå enn tidligere.

AVSLUTNING

Videre anbefalinger

Med unntak av at det er flere fedre med lav inntekt som har vært i kontakt med helsevesenet på grunn av ørebetennelse hos barnet enn fedre med høy inntekt finner denne studien ingen signifikante sosioøkonomiske sammenhenger. Andre studier på barns kontakt med helsevesenet i Norge, viser små sosioøkonomiske forskjeller. Det kan være slik at resultatene speiler virkeligheten for det faktiske utvalget, men man skal likevel ikke forkaste alle andre funn som stadfester at det er sosioøkonomiske ulikheter i helse, blant voksne og barn, når det gjelder infeksjoner og i kontakten med helsevesenet. På tross av resultatene fra denne studien bør arbeidet med å se etter sosioøkonomiske ulikheter i helse arbeides videre med og fokuset på barn bør etter min mening komme tydeligere fram. Selv om Norge er et godt land for barn å vokse opp i, og arbeidet mot sosiale ulikheter i helse er økende, vil det dukke opp nye utfordringer. Allerede ser vi konturene av hva et stadig høyere utdanningsnivå i samfunnet kan føre til, hvor flere påpeker at lavt utdannede vil bli en mer marginalisert og selektert gruppe enn tidligere (Grøholt & Nordhagen, 2002; Arntzen et al., 2008). En slik utvikling kan i stor grad også påvirke barnas helse.

En fristende tanke for videre arbeid med sosioøkonomiske ulikheter i barnehelsen, hadde vært å kunne bygge videre på organisasjonen rundt Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Det eksisterer nå (voksen) HUNT og Ung HUNT. En Mini HUNT for barn under skolealder kunne også være av stor interesse. Om Mini HUNT hadde eksistert fra HUNTs begynnelse ville vi i dag hatt informasjon om barns helse gjennom hele oppveksten og opp til de var i slutten av 20-årene. En slik longitudinell studie med utgangspunkt i barn ville gitt verdifull informasjon til å se på helse i et oppvekstvilkår- og livsløpsperspektiv. Slike studier finnes det for lite av i dag (Helsedirektoratet, 2009a) og en utvidelse av HUNT som det foreslås her, kan være et eksempel på hvordan dette kan løses.

Vi har et moralsk ansvar for å gjøre noe med de sosiale helseulikhetene.
Det er verken et spørsmål om økonomi eller om verktøy – det er et spørsmål om vilje³.

³Michael Marmot (sagt under en forelesning på Samfunnet, IsfiT, 13. februar 2011).

REFERANSER

- Aber, J. L., Bennett, N. G., Conley, D. C., & Li, J. (1997). The effects of poverty on child health and development. *Annual Review of Public Health, 18*(463-483).
- Andersen, L. F., Lillegaard, I. T. L., Øverby, N., Lytle, L., Klepp, K.-I., & Johansson, L. (2005). Overweight and obesity among Norwegian schoolchildren: Changes from 1993 to 2000. *Scandinavia Journal of Public Health, 33*, 99-106.
- Arntzen, A. (2002). Mål for sosial ulikhet. Teoretiske og empiriske vurderinger. *Norsk Epidemiologi, 12*(1), 11-17.
- Arntzen, A., Mortensen, L., Schnor, O., Cnattingius, S., Gissler, M., & Andersen, A.-M. N. (2008). Neonatal and postneonatal mortality by maternal education - a population-based study of trends in the Nordic countries, 1981-2000. *European Journal of Public Health, 18*(3), 245-251.
- Bakken, F., & Myklebø, S. (2010). *Kontantstøttens utbredelse og foreldrenes preferanser for barnetilsyn - en studie av årskullene 1998-2008 og deres foreldre: Arbeids- og velferdsdirektoratet.*
- Ballow, M., Cates, K. L., Rowe, J. C., Goetz, C., & Desbonnet, C. (1986). Development of The Immune System in Very Low Birth Weight (Less than 1500 g) Premature Infants: Concentrations of Plasma Immunoglobulins and Patterns of Infections. *Pediatric Reserch, 20*(9), 899-904.
- Barrabès, N., & Rognan, A. (2000). *Norsk standard for utdanningsgruppering.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Berntsson, L. T., & Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. *European Journal of Public Health, 11*(1), 35-42.
- Bild, H., Finnvold, J. E., Lie, K. K., Nordhagen, R., & Schjalm, A. (1998). *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten.* Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Clench-Aas, J. (2007). *Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge - en kunnskapsoppsummering: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.*
- CMS. (2011). Centers for Medicare & Medicaid Services. Retrieved 14. mars, 2011, from <http://www.cms.gov/home/medicaid.asp>
- Cohen, M. L. (2000). Changing the patterns of infectious disease. *Nature, 406*(6797), 762767.

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Chen, E., & Matthews, K. A. (2010). Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*, 37-55.
- Cross, A. J., Heath, A.-L. M., Ferguson, E. L., Gray, A. R., & Szymlek-Gay, E. A. (2009). Rates of common communicable illnesses in non-anaemic 12-24 month old South Island, New Zealand children. *The New Zealand Medical Journal, 122*(1290), 24-35.
- Dales, R. E., Cakmak, S., Brand, K., & Judek, S. (2004). Respiratory Illness in Children Attending Daycare. *Pediatric Pulmonology, 38*, 64-69.
- Damore, D., Mansbach, J. M., Clark, S., Ramundo, M., & Camargo, C. A. (2008). Prospective Multicenter Bronchiolitis Study: Predicting Intensive Care Unit Admissions. *Society for Academic Emergency Medicine, 15*, 887-894.
- Dennehy, P. H., Cortese, M. M., Bégué, R. E., Jaeger, J. L., Roberts, N. E., Zhang, R., et al. (2006). A Case-Control Study to Determine Risk Factors for Hospitalization for Rotavirus Gastroenteritis in U.S. Children. *The Pediatric Infectious Disease Journal, 25*(12), 1123-1131.
- DiFranza, J. R., Aligne, C. A., & Weitzman, M. (2004). Prenatal and Postnatal Environmental Tobacco Smoke Exposure and Children's Health. *Pediatrics, 113*(4), 1007-1015.
- Dowd, J. B., Zajacova, A., & Aiello, A. (2009). Early origins of health disparities: burden of infection, health, and socioeconomic status in U.S. children. *Social Science & Medicine, 68*(4), 699-707.
- Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring - NOVA.
- Elstad, J. I. (2008a). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Elstad, J. I. (Ed.). (2008b). *Helse blant lavinntektsbarna* (Vol. 7). Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Erikson, R., & Goldthorpe, J. H. (1992). *The constant flux. A Study of Class Mobility in Industrial Societies* Oxford: Oxford University Press.
- Ethelberg, S., Olesen, B., Neimann, J., Schiellerup, P., Helms, M., Jensen, C., et al. (2006). Risk Factor for Diarrhea Among Children in an Industrialized Country. *Epidemiology, 17*(1), 24-30.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (Third ed.). London: Sage.
- Findik, U. Y., Unsar, S., & Sut, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing & Health Sciences, 12*, 162-169.

- Finnvold, J. E. (2006). Access to specialized health care for asthmatic children in Norway: The significance of parent's educational background and social network. *Social Science & Medicine*, 63, 1316-1327.
- Finnvold, J. E. (2009). *Likt for alle? Sosiale skilnader i bruk av helsetjenester*: Helsedirektoratet.
- Finnvold, J. E., & Nordhagen, R. (1996). Helseulikhet i barns første leveår. *Samfunnsspeilet*, 2, 17-24.
- Fiscella, K., Goodwin, M. A., & Stange, K. C. (2002). Does Patient Educational Level Affect Office Visits To Family Physicians? *Journal of the National Medical Association*, 94(3), 157-165.
- Fujishiro, K., Xu, J., & Gong, F. (2010). What does "occupation" represent as an indicator of socioeconomic status? Exploring occupational prestige and health. *Social Science & Medicine*, 71, 2100-2107.
- Galobardes, B., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2004). Childhood Socioeconomic Circumstances and Cause-specific Mortality in Adulthood: Systematic Review and Interpretation. *Epidemiologic Reviews*, 26, 7-21.
- Galobardes, B., Lynch, J. W., Smith, G. D. (2008). Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 387-390.
- Gessner, B. D., Chimonas, M.-A. R., & Grady, S. C. (2010). It takes a village: community education predicts paediatric lower-respiratory infection risk better than maternal education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 130-135.
- Gordon, R. A., Kaestner, R., & Korenman, S. (2007). The Effects of Maternal Employment on Child Injuries and Infectious Disease. *Demography*, 44(2), 307-333.
- Grøholt, E.-K., & Nordhagen, R. (2002). Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barne etter foreldrenes utdannelse. *Norsk Epidemiologi*, 12(1), 47-54.
- Grøholt, E.-K., & Nordhagen, R. (2005). *Children's health in the Nordic countries. Barns helse i Norden* (No. 2005:6). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811-818.
- Halldörsson, M., Kunst, A. E., Köhler, L., & Mackenbach, J. P. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 10(4), 281-288.

- Halldörsson, M., Kunst, A. E., Köhler, L., & Mackenbach, J. P. (2002). Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *56*, 200-204.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller* (No. 20). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2009a). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse* (No. 12/2009, 5. opplag). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009b). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: Folkehelsepolitisk rapport* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: Folkehelsepolitisk rapport 2010*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektorater (2011). Barnehage. Retrieved 1 september, 2011, from: <http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/barnehage/>
- Hoffmann, B., Kolahgar, B., Rauchfuss, K., Eberwein, G., Franzen-Reuter, I., Kraft, M., et al. (2009). Childhood social position and associations between environmental exposures and health outcomes. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, *212*, 146-156.
- Håberg, S. E., Stigum, H., Nystad, W., & Nafstad, P. (2007). Effects of Pre- and Postnatal Exposure to Parental Smoking in Early Childhood Respiratory Health. *American Journal of Epidemiology*, *166*(6), 679-686.
- International Labour Organization. (2010). International Standard Classification of Occupation. Bureau of Statistics. Retrieved 28 februar, 2011, from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>
- Jansson, L., Nilsson, P., & Olsson, M. (2002). Socioeconomic environmental factors and hospitalization for acute bronchiolitis during infancy. *Acta Pædiatrica*, *91*, 335-338.
- Júlíusson, P. B., Eide, G. E., Roelants, M., Waaler, P. E., Hauspie, R., & Bjerknes, R. (2010). Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Pædiatrica*.
- Kamper-Jørgensen, M., Benn, C. S., Simonsen, J., Thrane, N., & Wohlfahrt, J. (2010). Clustering of acute respiratory infection hospitalizations in childcare facilities. *Acta Pædiatrica*, *99*, 877-882.
- Kamper-Jørgensen, M., Wohlfahrt, J., Simonsen, J., Grønæk, M., & Benn, C. S. (2006). Population-Based Study of the Impact of Childcare Attendance on Hospitalizations for Acute Respiratory Infections. *Pediatrics*, *118*, 1439-1446.

- Kaplan, G. A. (2007). Health inequalities and the welfare state: perspectives from social epidemiology. *Norsk Epidemiologi*, 17(1), 9-20.
- Kinney, P. R., & Gray, C. D. (2010). *PASW statistics 17 made simple*. Hove and New York: Psychology Press.
- Kum-Nji, P., Meloy, L., & Herrod, H. G. (2006). Environmental Tobacco Smoke Exposure: Prevalence and Mechanisms of Causation of Infections in Children. *Pediatrics*, 117(5), 1745-1754.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 327-332.
- Lanier, P., Jonson-Reid, M., Stahlschmidt, M. J., Drake, B., & Constantino, J. (2010). Child maltreatment and Pediatric Health Outcomes: A Longitudinal Study of Low-income Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 511-522.
- Larson, K., & Halfon, N. (2010). Family Income Gradients in the Health and Health Care Access of US Children. *Maternal and Child Health Journal*, 14, 332-342.
- Lieu, J. E. C., & Feinstein, A. R. (2002). Effect of Gestational and Passive Smoke Exposure on Ear Infections In Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 147-154.
- Lindbæk, M., Wefring, K. W., Grangård, E., & Øvsthus, K. (2003). Sosioøkonomiske forhold og astma hos 4-5-åringer - en kohortstudie i Vestfold. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9(123), 1187-1190.
- Linstow, M.-L. v., Holst, K. K., Larsen, K., Koch, A., Andersen, P. K., & Høgh, B. (2008). Acute Respiratory Symptoms and General Illness During the First Year of Life. *Pediatric Pulmonology*, 43, 584-593.
- Longva, S. (1998). *Standard for yrkesklassifisering*. Oslo - Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Louhiala, P. J., Jaakkola, N., Ruotsalainen, R., & Jaakkola, J. J. K. (1997). Day-care centers and diarrhea: A public health perspective. *The journal of Pediatrics*, 131(3), 476-479.
- Lorentzen, H. (2004). *Fellesskapets fundament. Sivilsamfunnet og individualismen*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Maclure, A., & Stewart, G. T. (1984). Admission of children to hospitals in Glasgow: Relation to unemployment and other deprivation variables. *The Lancet*, 324(8404), 682-685.

- Margolis, P. A., Greenberg, R. A., Keyes, L. L., LaVange, L. M., Chapman, R. S., Denny, F. W., et al. (1992). Lower Respiratory Illness in Infants and Low Socioeconomic Status. *American Journal of Public Health*, 82, 1119-1126.
- Markestad, T., & Halvorsen, B. (2007). *Faglige retningsligner for oppfølging av for tidlig fødte barn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- McLearn, K. T., Strobino, D. M., Minkovitz, C. S., Marks, E., Bishai, D., & Hou, W. (2004). Narrowing the Income Gaps in Preventive Care for Young Children: Families in Healthy Steps. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 556-567.
- Mortensen, L. H., Diderichsen, F., Arntzen, A., Gissler, M., Cnattingius, S., Schnor, O., et al. (2008). Social inequality in fetal growth: a comparative study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in the period 1981-2000. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 325-331.
- Nafstad, H. E., & Blakar, R. M. (2009). Ideologier om fellesskapsordninger i en nyliberalistisk tid. I Nafstad, H. E., & Blakar, R. M. (Red.) *Fellesskap og individualisme* (s.135) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nafstad, H. E., Blakar, R. M., & Rand-Hendriksen, K. (2009). Individualisme og fellesskapsverdier i dagens norske samfunn. I Nafstad, H. E., & Blakar, R. M. (Red.) *Fellesskap og individualisme* (s.149) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nafstad, P., Hagen, J. A., Øie, L., Magnus, P., & Jaakkola, J. J. K. (1999). Day Care Centers and Respiratory Health. *Pediatrics*, 103, 753-758.
- Nafstad, P., Magnus, P., & Jaakkola, J. J. K. (2000). Early Respiratory Infections and Childhood Asthma. *Pediatrics*, 106.
- NHI. (2009). Feber hos barn. Norsk Helseinformatikk. Retrieved 16. mars, 2011, from <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/feber-hos-barn-11048.html>
- NHI. (2010). Forskjellen på influensa og forkjølelse. Norsk Helseinformatikk. Retrieved 16. mars, 2011, from <http://nhi.no/forside/forskjellen-pa-influensa-og-forkjoelse-27238.html>
- NHI. (2011). Omgangssyke, tarminfeksjon. Norsk Helseinformatikk. Retrieved 17. mars, 2011, from <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/omgangssyke-virus-2259.html>
- Office for National Statistics UK. (2011). Standard Occupational Classification 2010 (SOC2010). Retrieved 28 februar, 2011, from <http://www.ons.gov.uk/about-statistics/classifications/current/soc2010/index.html>

- Paradise, J. L., Rockette, H. E., Colborn, D. K., Bernard, B. S., Smith, C. G., Kurs-Lasky, M., et al. (1997). Otitis Media in 2253 Pittsburgh-Area Infants: Prevalence and Risk Factors During the First Two Years of Life. *Pediatrics*, *99*, 318-333.
- Pawlinska-Chmara, R., & Wronka, I. (2007). Assessment of the effect of socioeconomic factors on the prevalence of respiratory disorders in children. *Journal of Physiology and Pharmacology*, *58*(Suppl. 5), 523-529.
- Pezzotti, P., Mantovani, J., Benincori, N., Mucchino, E., & Lallo, D. D. (2009). Incidence and risk factors of hospitalization for bronchiolitis in preterm children: a retrospective longitudinal study in Italy. *BMC Pediatrics*, *9*(56).
- Podsakoff, P. M., Scott, B. M., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, *88*(5), 879-903.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of Clinical Research. Applications to Practice* (Third ed.). New Jersey: Pearson International Edition.
- Puig, C., Sunyer, J., Garcia-Algar, O., Munoz, L., Pacifici, R., Pichini, S., et al. (2008). Incidence and risk factors of lower respiratory tract illness during infancy in a Mediterranean birth cohort. *Acta Paediatrica*, *97*, 1406-1411.
- Reading, R. (1997). Social disadvantage and infection in childhood. *Sociology of health and illness*, *19*(4), 395-414.
- Rigby, M., & Köhler, L. (2002). *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): European Union Community Health Monitoring Programme*.
- Roberts, L., Smith, W., Jorm, L., Patel, M., Douglas, R. M., & McGilchrist, C. (2000a). Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Upper Respiratory Infection in Child Care: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, *105*(4), 738-742.
- Roberts, L., Jorm, L., Patel, M., Smith, W., Douglas, R. M., & McGilchrist, C. (2000b). Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Diarrheal Episodes in Child Care: A Randomised, Controlled Trial. *Pediatrics*, *105*(4), 743-746.
- Simoes, E. A. F. (2003). Environmental and demographic risk factors for respiratory syncytial virus lower respiratory tract disease. *The Journal of Pediatrics*, *143*, 118-126.
- Singleton, R. J., Wirsing, E. A., Haberling, D. L., Christensen, K. Y., Paddock, C. D., Hillinski, J. A., et al. (2009). Risk Factors for Lower Respiratory Tract Infection Death Among Infants in the United States, 1999-2004. *Pediatrics*, *124*, 768-776.
- Skadberg, B. T., & Berstad, A. K. H. (2001). "Snørr og øreverk" - en plage for barnet, en byrde for samfunnet. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *11*(121), 1328.

- SSB. (2010). Tall om Trondheim kommune. Retrieved 15. mars, 2011, from http://www.ssb.no/kommuner/hoyre_side.cgi?region=1601
- Strachan, D. P., & Cook, D. G. (1997). Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax*, *52*, 905-914.
- Sund, E. R., & Krokstad, S. (2005). *Sosiale ulikheter i Norge - en kunnskapsoversikt* (No. 10/2005). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Thiedke, C. C. (2007). What Do We Really Know About Patient Satisfaction? *Family Practice Management*, *14*(1), 33-36.
- Thrane, N., Søndergaard, C., Schøneyder, H. C., & Sørensen, H. T. (2005). Socioeconomic actors and risk of hospitalization with infectious diseases in 0- to 2-year-old Danish children. *European Journal of Epidemiology* (20), 467-474.
- Veen, E. L. v. d., Schilder, A. G. M., Heerbeek, N. v., Verhoeff, M., Zielhuis, G. A., & Rovers, M. M. (2006). Predictors of Chronic Suppurative Otitis Media in Children. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, *132*, 1115-1118.
- Victorino, C. C., & Gauthier, A. H. (2009). The social determinants of child health: variations across health outcomes - a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics*, *9*(1), 12.
- Virtanen, J. I., Berntsson, L. T., Lahelma, E., & Köhler, L. (2006). Children`s use of general practitioner services in the five Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*, 162-167.
- Wefring, K. W., Lie, K. K., Loeb, M., & Nordhagen, R. (2001). Tett i nesen og vondt i øret - øvre luftveisinfeksjoner hos fireåringer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *121*(11), 1329-1332.
- Weisman, L. E. (2003). Population at risk for developing respiratory syncytial virus and risk factors for respiratory syncytial virus severity: infants with predisposing conditions. *PediatPediaticric Infectious Disease Journal*, *22*(2), 33-39.
- Zutavern, A., Rzehak, P., Brockow, I., Schaaf, B., Bollrath, C., Berg, A. v., et al. (2007). Day care in relation to respiratory-tract and gastrointestinal infections in a German birth cohort study. *Acta Pædiatrica*, *99*, 1494-1499.

VEDLEGG

16. I løpet av hele barnets liv, har dere noen gang vært i kontakt med *fastlege* på grunn av infeksjonssykdom hos barnet? ⇒
- Ja ₁ ⇒ Fortsett med neste spørsmål.
 Nei ₂ ⇒ Hvis nei, hopp til spørsmål 19.

17. Hvor mange ganger har dere vært i kontakt med *fastlege* på grunn av at barnet har hatt noen av disse infeksjonstypene? ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- | | Aldri
1 | 1 - 2
ganger
2 | 3 - 5
ganger
3 | 6 - 9
ganger
4 | 10 ganger
el. mer
5 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Diaré eller oppkast | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Feber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Forkjølelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ørebetennelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Halsbetennelse/streptokokker... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lungebetennelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. RS/bronkiolitt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Influensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Andre infeksjonssykdommer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. På en skala fra 1 til 7, hvordan opplevde dere som foreldre å bli møtt av helsepersonellet da dere var hos *fastlege* i forbindelse med infeksjonssykdom hos barnet? ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- Om ulike personer har opptrådt på ulik måte, er vi interessert i det generelle inntrykket dere har fra denne instansen.*
- | | Ikke i det hele tatt | | | | I svært stor grad | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. De lyttet til det vi hadde å si..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. De tok oss alvorlig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. De møtte oss med forståelse.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. De så på oss som de som kjente barnet best | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. De bagatelliserte problemene... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. De trodde ikke på oss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. De belærte oss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. De avfeide oss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. I løpet av hele barnets liv, har dere noen gang vært i *avtalt poliklinisk time til spesialist* på grunn av infeksjonssykdom hos barnet? ⇒
- Ja ₁ ⇒ Fortsett med neste spørsmål.
 Nei ₂ ⇒ Hvis nei, hopp til spørsmål 22.

20. Hvor mange ganger har dere vært i *avtalt poliklinisk time til spesialist* på grunn av at barnet har hatt noen av disse infeksjonstypene? ⇒
- Ett kryss på hver linje.*
- | | Aldri
1 | 1 - 2
ganger
2 | 3 - 5
ganger
3 | 6 - 9
ganger
4 | 10 ganger
el. mer
5 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1. Diaré eller oppkast | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Feber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Forkjølelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ørebetennelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Halsbetennelse/streptokokker... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Lungebetennelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. RS/bronkiolitt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Influensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Andre infeksjonssykdommer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. På en skala fra 1 til 7, hvordan opplevde dere som foreldre å bli møtt av helsepersonellet da dere var i *avtalt poliklinisk time til spesialist* i forbindelse med infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ett kryss på hver linje.

Om ulike personer har opptrådt på ulik måte, er vi interessert i det generelle inntrykket dere har fra denne instansen.

	Ikke i det hele tatt							I svært stor grad						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. De lyttet til det vi hadde å si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De tok oss alvorlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De møtte oss med forståelse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De så på oss som de som kjente barnet best	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De bagatelliserte problemene...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De trodde ikke på oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De belærte oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De avfeide oss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. I løpet av hele barnets liv, har dere noen gang vært i kontakt med *kommunal legevakt* på grunn av infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ja..... ₁ ⇒ Fortsett med neste spørsmål.

Nei ₂ ⇒ Hvis nei, hopp til spørsmål 25.

23. Hvor mange ganger har dere vært i kontakt med *kommunal legevakt* på grunn av at barnet har hatt noen av disse infeksjonstypene? ⇒

Ett kryss på hver linje.

	Aldri	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 ganger
	1	2	3	4	5
1. Diaré eller oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Halsbetennelse/streptokokker...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. RS/bronkiolitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre infeksjonssykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. På en skala fra 1 til 7, hvordan opplevde dere som foreldre å bli møtt av helsepersonellet da dere var hos *kommunal legevakt* i forbindelse med infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ett kryss på hver linje.

Om ulike personer har opptrådt på ulik måte, er vi interessert i det generelle inntrykket dere har fra denne instansen.

	Ikke i det hele tatt							I svært stor grad						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. De lyttet til det vi hadde å si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De tok oss alvorlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De møtte oss med forståelse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De så på oss som de som kjente barnet best	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De bagatelliserte problemene...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De trodde ikke på oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De belærte oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De avfeide oss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. I løpet av hele barnets liv, har dere noen gang vært i kontakt med *mottak på sykehus* på grunn av infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ja..... ₁ ⇒ Fortsett med neste spørsmål.

Nei ₂ ⇒ Hvis nei, hopp til spørsmål 28.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

26. Hvor mange ganger har dere vært i kontakt med *mottak på sykehus* på grunn av at barnet har hatt noen av disse infeksjonstypene? ⇒

Ett kryss på hver linje.

	Aldri 1	1 - 2 ganger 2	3 - 5 ganger 3	6 - 9 ganger 4	10 ganger el. mer 5
1. Diaré eller oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Halsbetennelse/streptokokker...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. RS/bronkiolitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre infeksjonssykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. På en skala fra 1 til 7, hvordan opplevde dere som foreldre å bli møtt av helsepersonellet da dere var hos *mottak på sykehus* i forbindelse med infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ett kryss på hver linje.

Om ulike personer har opptrådt på ulik måte, er vi interessert i det generelle inntrykket dere har fra denne instansen.

	Ikke i det hele tatt							I svært stor grad						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. De lyttet til det vi hadde å si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De tok oss alvorlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De møtte oss med forståelse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De så på oss som de som kjente barnet best	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De bagatelliserte problemene...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De trodde ikke på oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De belærte oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De avfeide oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. I løpet av hele barnets liv, har barnet noen gang vært *innlagt på sykehus* på grunn av infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ja.....₁ ⇒ Fortsett med neste spørsmål.
Nei.....₂ ⇒ Hvis nei, hopp til spørsmål 31.

29. I løpet av hele barnets liv, hvor ofte har barnet vært *innlagt på sykehus* på grunn av noen av disse infeksjonstypene? Oppgi antall innleggelses og antall dager totalt på sykehus.
Blankt felt = ingen dager/ganger.

Blankt felt = ingen dager/ganger.

	Antall innleggelses ⇓	Dager totalt ⇓		Antall ganger ⇓	Dager totalt ⇓
1. Diaré eller oppkast ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5. Halsbetennelse, streptokokker ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Feber ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. Lungebetennelse ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Forkjølelse ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7. RS/bronkiolitt ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Ørebetennelse ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8. Influensa ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			8. Andre infeksjoner ⇒	<input type="text"/>	<input type="text"/>

KS-10
36-4

5

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

30. På en skala fra 1 til 7, hvordan opplevde dere som foreldre å bli møtt av helsepersonellet da barnet var innlagt på sykehus i forbindelse med infeksjonssykdom hos barnet? ⇒

Ett kryss på hver linje.

Om ulike personer har opptrådt på ulik måte, er vi interessert i det generelle inntrykket dere har fra denne instansen.

	Ikke i det hele tatt							I svært stor grad						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. De lyttet til det vi hadde å si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De tok oss alvorlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De møtte oss med forståelse....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. De så på oss som de som kjente barnet best	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De bagatelliserte problemene...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De trodde ikke på oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. De belærte oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De avfeide oss.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. I løpet av hele barnets liv, hvor mange ganger har barnet hatt noen av disse infeksjonstypene uten at dere har vært i kontakt med helsevesenet? ⇒

Ett kryss på hver linje.

	Aldri	1 - 2 ganger	3 - 5 ganger	6 - 9 ganger	10 ganger el. mer
	1	2	3	4	5
1. Diaré eller oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Halsbetennelse/streptokokker...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. RS/bronkiolitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre infeksjonssykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. I løpet av hele barnets liv, hvor mange hele dager har dere foreldre vært hjemme fra arbeid fordi barnet hadde en infeksjonssykdom?

Mors fravær:

Ingen dager	<input type="checkbox"/>	1 - 5 dager	<input type="checkbox"/>	6 - 10 dager.....	<input type="checkbox"/>	11 - 15 dager.....	<input type="checkbox"/>	16 - 20 dager.....	<input type="checkbox"/>	21 - 25 dager.....	<input type="checkbox"/>	26 - 30 dager.....	<input type="checkbox"/>	Over 30 dager.....	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

Fars fravær:

Ingen dager	<input type="checkbox"/>	1 - 5 dager	<input type="checkbox"/>	6 - 10 dager.....	<input type="checkbox"/>	11 - 15 dager.....	<input type="checkbox"/>	16 - 20 dager.....	<input type="checkbox"/>	21 - 25 dager.....	<input type="checkbox"/>	26 - 30 dager.....	<input type="checkbox"/>	Over 30 dager.....	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

33. I løpet av hele barnets liv, hvor mange hele dager har barnet vært hjemme fra barnehagen på grunn av infeksjonssykdom?

Ingen dager	<input type="checkbox"/>	1 - 5 dager	<input type="checkbox"/>	6 - 10 dager.....	<input type="checkbox"/>	11 - 15 dager.....	<input type="checkbox"/>	16 - 20 dager.....	<input type="checkbox"/>	21 - 25 dager.....	<input type="checkbox"/>	26 - 30 dager.....	<input type="checkbox"/>	Over 30 dager.....	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------

34. Vil du si at barnets mor, far og evt. søsken har infeksjoner oftere eller sjeldnere enn de fleste andre på samme alder? ⇒

Ett kryss på hver linje. Har barnet flere enn 3 søsken, svarer du for de tre som er nærmest barnet i alder. Har barnet flere enn tre søsken kan du fortsette i kommentarfeltet på siste side.

	Mye sjeldnere	Litt sjeldnere	Som andre	Litt oftere	Mye oftere
	1	2	3	4	5
1. Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Søster/bror 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Søster/bror 2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Søster/bror 3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Hvilket av disse alternativene stemmer best med *mors* yrke?

- Lederyrke eller politiker..... 1
 Akademisk yrke, yrke som krever høgre utd. 2
 Yrke som krever inntil 4 års høgskole- eller universitetsutdanning..... 3
 Kontor- eller kundeserviceyrke (inkl. salg etc.) ... 4
 Yrke innen jordbruk, skogbruk eller fiske..... 5
 Håndverker el.l. 6
 Prosess-, maskinoperatør-, transportyrke el.l. ... 7
 Yrke uten krav til utdanning..... 8

46. Hvilket av disse alternativene stemmer best med *fars* yrke?

- Lederyrke eller politiker..... 1
 Akademisk yrke, yrke som krever høgre utd. 2
 Yrke som krever inntil 4 års høgskole- eller universitetsutdanning..... 3
 Kontor- eller kundeserviceyrke (inkl. salg etc.)... 4
 Yrke innen jordbruk, skogbruk eller fiske..... 5
 Håndverker el.l. 6
 Prosess-, maskinoperatør-, transportyrke el.l. ... 7
 Yrke uten krav til utdanning..... 8

47. Hva var *mors* bruttoinntekt (før skatt) siste år?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| Under 50 000 kr..... <input type="checkbox"/> 1 | 100 000 – 149 999... <input type="checkbox"/> 3 | 200 000 – 299 999 ... <input type="checkbox"/> 5 | 500 000 – 599 999... <input type="checkbox"/> 8 |
| 50 000 – 99 999..... <input type="checkbox"/> 2 | 150 000 – 199 999... <input type="checkbox"/> 4 | 300 000 – 399 999... <input type="checkbox"/> 6 | 600 000 – 699 999... <input type="checkbox"/> 9 |
| | | 400 000 – 499 999... <input type="checkbox"/> 7 | 700 000 eller mer..... <input type="checkbox"/> 10 |

48. Hva var *fars* bruttoinntekt (før skatt) siste år?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| Under 50 000 kr..... <input type="checkbox"/> 1 | 100 000 – 149 999... <input type="checkbox"/> 3 | 200 000 – 299 999 ... <input type="checkbox"/> 5 | 500 000 – 599 999... <input type="checkbox"/> 8 |
| 50 000 – 99 999..... <input type="checkbox"/> 2 | 150 000 – 199 999... <input type="checkbox"/> 4 | 300 000 – 399 999... <input type="checkbox"/> 6 | 600 000 – 699 999... <input type="checkbox"/> 9 |
| | | 400 000 – 499 999... <input type="checkbox"/> 7 | 700 000 eller mer..... <input type="checkbox"/> 10 |

49. Røyker en eller begge av foreldrene daglig? ⇒

Ja, mor..... 1
 Ja, far..... 2
 Ja, begge... 3
 Nei, ingen... 4

50. Røykes det daglig inne i boligen(e) der barnet bor?
 NB: Dette gjelder også andre enn mor og far. ⇒

Nei..... 1
 Ja..... 2

51. Hva er *mors* sivilstatus?

- Enslig..... 1
 I forhold..... 2
 Samboer..... 3
 Gift..... 4

52. Hva er *fars* sivilstatus?

- Enslig..... 1
 I forhold..... 2
 Samboer..... 3
 Gift..... 4

53. Er mor og far i forhold med hverandre?

- Nei..... 1
 Ja..... 2

54. Alder (i hele år):

1. Mors alder ⇒
2. Fars alder ⇒

Har du en kommentar til denne undersøkelsen eller om noen av spørsmålene kan du skrive her. ↓

Godkjennelse fra REK

Fra: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK midt

Til:

Heidi Hjelmeland
heidi.hjelmeland@svt.ntnu.no

jan.dyrstad@svt.ntnu.no

Dokumentreferanse: 2010/2246-2

Dokumentdato: 08.10.2010

SOSIOØKONOMISKE OPPVEKSTVILKÅR OG UTVIKLING AV INFEKSJONER HOS BARN - INFORMASJON OM VEDTAK

Prosjektleders prosjekttale: Det er gjort mange studier som viser sammenheng mellom sosioøkonomisk status og barnets helse i den vestlige delen av verden, men ikke mange av disse bruker infeksjoner som indikator for barnets helse, spesielt ikke i Norge. Sosioøkonomiske oppvekstvilkår og barns utvikling av infeksjoner er tema for denne masteroppgaven. Formålet med studien er å se om det finnes sosiale ulikheter i helse når det gjelder infeksjoner hos barnehagebarn. Kunnskap om dette vil være verdifullt for helsepersonell som følger småbarna de første leveårene. Dette vil i stor grad gjelde helsesøstere, men også fastlege og helsepersonell på legevakt og i sykehus. Helsepersonell vil kunne bruke slik kunnskap for å bli mer oppmerksom på eventuelle risikogrupper og eventuelt igangsette tiltak i rett tid for å unngå unødvendig sykdom hos barnet.

Prosjektleder: Professor Heidi Hjelmeland

Forskningsansvarlig: NTNU, Fakultet for Samfunnsvitenskap og Teknologiledelse

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 og helseforskningsloven (hfl.) § 10 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 24. september 2010. Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring, og finner at prosjektet har et forsvarlig opplegg som kan gjennomføres under henvisning til evt. merknader og vilkår for godkjenning, jf. hfl. § 5.

Merknader og vilkår:

- 1 Komiteen påpeker at det ikke er en fordel med underskrift i samtykkeskrivet. Besvarelse og innsendelse av spørreskjema anses som en aktiv samtykke i seg selv. Skrivet bør følgelig endres slik at det inneholder informasjon om at man samtykker ved innlevering, og underskrift blir da overflødig.
- 1 Komiteens leder får fullmakt til å vurdere det reviderte informasjonsskrivet.
- 1 Prosjektleder skal sende sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak :

"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt."

Vedtaket kan påklages og klagefristen er tre uker fra mottagelsen av dette brev, jf. hfl. § 10 og fvl. §§ 28 og 29. Klageinstans er Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), men en eventuell klage skal rettes til REK Midt-Norge. Avgjørelsen i NEM er endelig. Det følger av

fv. § 18 at en part har rett til å gjøre seg kjent med sakens dokumenter, med mindre annet følger av de unntak loven oppstiller i §§ 18 og 19.

Med hilsen

Sven Erik Gisvold
Professor dr.med.
Leder REK Midt

Hilde Eikemo, PhD
Rådgiver REK Midt

Henvendelse til Trondheim kommune

”Sosioøkonomiske oppvekstvilkår og utvikling av infeksjoner hos småbarn”

I forbindelse med sin masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker masterstudent Guro Karlsholm å gjennomføre en studie som ser på sammenheng mellom sosioøkonomisk status og infeksjoner hos barnehagebarn. Det er i den forbindelse utarbeidet et spørreskjema som vi ønsker å dele ut til foreldre til barnehagebarn i Trondheim kommune. Dette er en henvendelse til deg som ansvarlig for barnehagene i denne kommunen, og en forespørsel om tillatelse til å kontakte barnehager i Trondheim for å kunne inkludere foreldre og barn til denne studien.

Bakgrunn og hensikt

Formålet med studien er å se på hvorvidt barns sosioøkonomiske oppvekstvilkår henger sammen med forekomst og utvikling av infeksjoner hos små barn. Tidligere forskning gjort på dette området andre steder viser at det er en sammenheng mellom ulike sosioøkonomiske indikatorer og ulike områder av barnehelsen, ikke bare infeksjoner. Vi ønsker også å undersøke hvordan foreldre i de ulike sosioøkonomiske grupper opplever møtet med helsevesenet. I tillegg til at Karlsholm er masterstudent, arbeider hun til daglig som sykepleier på Barn Infeksjon ved St Olavs Hospital. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge. Masteroppgaven planlegges levert innen april 2011.

Hva innebærer studien for foreldrene?

For å få svar på studiens problemstilling ønsker vi å komme i kontakt med foreldre til barn under 36 måneder. Trondheim kommune har en høy barnehagedekning og vi vil gjennom barnehagene kunne nå veldig mange av de barna vi ønsker å inkludere i studien. Foreldrene til barna vil få et informasjonsskriv, og de blir bedt om å fylle ut et spørreskjema dersom de ønsker å delta. Spørreskjemaet etterspør både informasjon om barnets helse og oppvekstmiljø og foreldrenes utdanning, yrke og økonomi. Spørreskjemaet leveres anonymt.

Informasjonen som samles inn vil kun være tilgjengelig for undertegnede og to veiledere fra ISH, NTNU, professor Heidi Hjelmeland og professor Borgunn Ytterhus. All informasjon som samles inn gjennom studien vil makuleres når prosjektet er avsluttet.

Det presiseres at det er frivillig for de enkelte foreldrene å delta i studien.

Hva innebærer studien for barnehagene?

Barnehagepersonalet vil spille en viktig rolle i dette arbeidet når det gjelder den praktiske gjennomføringen. Det er ønskelig fra vår side å kontakte flere barnehager, men hvor mange er avhengig av antallet barn under 36 måneder på de enkelte barnehagene. På hver barnehage opprettes det en kontaktperson, som blir ansvarlig for at informasjonsskriv og spørreskjema blir levert foreldrene. Varighet på studien antas å være ca tre uker.

Det vil ikke innebære noen ekstra kostnader for barnehagene.

Kontakt med barnehagene

Det er altså ønskelig å kontakte barnehager i Trondheim kommune for å nå foreldre til flest mulig barn under 36 måneder. Vi håper kommunaldirektøren for oppvekst og utdanning stiller seg positiv til undersøkelsen og vi vil i så fall gjerne ha tilbakemelding på om vi selv kan kontakte barnehagene direkte på egen hånd, eller om det er ønskelig at kontakten skjer gjennom en kontakt fra kommunen.

Dersom det er spørsmål til studien kan masterstudent Guro Karlsholm (tlf: 918 23 696) eller en av veilederne, professor Heidi Hjelmeland (tlf: 73 59 18 83) eller professor Borgunn Ytterhus (tlf: 73 59 14 73) kontaktes.

Håper på rask og positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Heidi Hjelmeland
Professor og hovedveileder

Vedlagt følger:
Prosjektbeskrivelse
Informasjon til foreldrene
Spørreskjema

Henvendelse til barnehagene

”Sosioøkonomiske oppvekstvilkår og utvikling av infeksjoner hos småbarn”

I forbindelse med sin masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU ønsker masterstudent Guro Karlsholm å gjennomføre en studie som ser på sammenheng mellom sosioøkonomisk status og infeksjoner hos barnehagebarn. Det er i den forbindelse utarbeidet et spørreskjema som vi ønsker å dele ut til foreldre til barnehagebarn i Trondheim kommune. Dette er en henvendelse til deg som styrer/leder i X barnehage, og en forespørsel om å samarbeide med dere for å inkludere foreldre og barn til denne studien.

Bakgrunn og hensikt

Formålet med studien er å se på hvorvidt barns sosioøkonomiske oppvekstvilkår henger sammen med forekomst og utvikling av infeksjoner hos små barn. Tidligere forskning gjort på dette området andre steder viser at det er en sammenheng mellom ulike sosioøkonomiske indikatorer og ulike områder av barnehelsen, ikke bare infeksjoner. Vi ønsker også å undersøke hvordan foreldre i de ulike sosioøkonomiske grupper opplever møtet med helsevesenet. I tillegg til at Karlsholm er masterstudent arbeider hun til daglig som sykepleier på Barn Infeksjon ved St Olavs Hospital. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge. Masteroppgaven planlegges levert innen april 2011.

Hva innebærer studien for foreldrene?

For å få svar på studiens problemstilling ønsker vi å komme i kontakt med foreldre til barn under 36 måneder. Trondheim kommune har en høy barnehagedekning og vi vil gjennom barnehagene kunne nå veldig mange av de barna vi ønsker å inkludere i studien. Foreldrene til barna vil få et informasjonsskriv, og om de ønsker å delta blir de bedt om å fylle ut et spørreskjema. Spørreskjemaet etterspør både informasjon om barnets helse og oppvekstmiljø og foreldrenes utdanning, yrke og økonomi. Spørreskjemaet leveres anonymt.

Informasjonen som samles inn vil kun være tilgjengelig for undertegnede og to veiledere fra ISH, NTNU, professor Heidi Hjelmeland og professor Borgunn Ytterhus. All informasjon som samles inn gjennom studien vil makuleres når prosjektet er avsluttet.

Det presiseres at det er frivillig for de enkelte foreldrene å delta i studien.

Hva innebærer studien for barnehagene?

Barnehagepersonalet vil spille en viktig rolle i dette arbeidet når det gjelder den praktiske gjennomføringen. Det er ønskelig fra vår side å kontakte flere barnehager, men hvor mange er avhengig av antallet barn under 36 måneder på de enkelte barnehagene. På hver barnehage opprettes det en kontaktperson, som blir ansvarlig for at informasjonsskriv og spørreskjema blir levert foreldrene. Varighet på studien antas å være ca tre uker.

Det vil ikke innebære noe ekstra kostnader for barnehagen.

Kommunaldirektør for oppvekst og utdanning har i forkant av denne henvendelsen godkjent vår henvendelse til barnehagene.

Dersom det er spørsmål til studien kan masterstudent Guro Karlsholm (tlf: 918 23 696) eller en av veilederne, professor Heidi Hjelmeland (tlf: 73 59 18 83) eller professor Borgunn Ytterhus (tlf: 73 59 14 73) kontaktes.

Håper på rask og positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Borgunn Ytterhus
Professor og veileder

Vedlagt følger:
Prosjektbeskrivelse
Informasjon til foreldrene
Spørreskjema
Kommunaldirektørens samtykke

Forespørsel til foreldre

”Sosioøkonomiske oppvekstvilkår og utvikling av infeksjoner hos småbarn”

Til foreldre/foresatte med barn under 36 måneder i X barnehage

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel om å delta i en forskningsstudie. Hensikten er å se om det finnes sosiale ulikheter i helse når det gjelder infeksjoner hos småbarn. Studien retter seg mot barn yngre enn 36 måneder.

Studien er en del av en masteroppgave i helsevitenskap ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap (ISH) ved NTNU, som gjøres av masterstudent og sykepleier Guro Karlsholm. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge.

Hva innebærer studien?

Rent praktisk innebærer studien at dere som foreldre/foresatte fyller ut et spørreskjema som omhandler informasjon om barnets infeksjoner siden fødselen, om barnets boforhold og sosiale omgivelser. Det spørres også etter foreldre/foresattes arbeids- og økonomiske situasjon, utdanning, røykevaner og deres opplevelse av helsevesenet ved eventuell kontakt på grunn av at barnet har hatt en infeksjon. De klassiske barnesykdommene og infeksjonssykdommer som er dekket i vaksinasjonsprogrammet er ikke av interesse i denne studien. Derimot er det vanlige infeksjonssykdommer som eksempelvis forkjølelse og omgangssyke som skal registreres.

Hva skjer med informasjonen om barnet og foreldrene?

Spørreskjemaet besvares og leveres anonymt. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere dere eller deres barn i resultatene av studien. Informasjonen som registreres om dere og deres barn skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien over. All informasjon som samles inn gjennom studien vil makuleres når prosjektet er avsluttet.

Det er kun masterstudenten og dennes veiledere ved NTNU som har adgang til datamaterialet. Veiledere i dette prosjektet er professor Heidi Hjelmeland og professor Borgunn Ytterhus ved ISH, NTNU.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom dere ønsker å delta returneres vedlagte spørreskjema, ferdig utfylt, i en forseglet boks som er plassert i barnehagens lokale. I tilfeller hvor samme foreldre har flere barn under 36 måneder i samme barnehage, fylles det ut et spørreskjema for hvert barn.

Dersom dere har spørsmål til studien kan dere kontakte masterstudent Guro Karlsholm (tlf: 918 23 696) eller en av veilederne, professor Heidi Hjelmeland (tlf: 73 59 18 83) eller professor Borgunn Ytterhus (tlf: 73 59 14 73).

Med vennlig hilsen
Guro Karlsholm

