

Paracetamol til førskolebarn – indikasjoner og kulturbakgrunn

Sammendrag

Bakgrunn. Det hevdes at foreldre med ikke-vestlig kulturbakgrunn har et annet forhold til bruk av paracetamol enn foreldre med vestlig kulturbakgrunn.

Materiale og metode. Seks helsestasjoner i Drammen og Hurum kommuner var med i studien. Foreldre ble bedt om å krysse av for inntil 26 foreslåtte bruksområder for paracetamol til barn og angi laveste temperaturverdi for når de ville gi febernedsettende medisin. Ansatte på helsestasjonene gjorde en uavhengig vurdering av de 26 bruksområdene og klassifiserte dem som henholdsvis egnet, uegnet eller usikker.

Resultater. 1 563 foreldre (99 %) besvarte spørreskjema. 79 % angav minst 39 °C som terskel for paracetamolbehandling. Feber, øresmerter, influensa og hodepine ble hyppigst vurdert som egnede indikasjoner både av foreldrene og av de ansatte på helsestasjonene. I gjennomsnitt valgte ikke-vestlige foreldre flere usikre og uegnede indikasjoner enn foreldre fra vestlige land. Foreldre fra ikke-vestlige land gav flere av barna sine paracetamol (oddsratio 2,35; 95 % KI 1,26–4,40) og brukte paracetamol i større mengder.

Fortolkning. Vår studie tyder på at foreldre med ikke-vestlig kulturbakgrunn bruker paracetamol til barn på flere indikasjoner, til flere av barna og i større mengde enn foreldre med vestlig kulturbakgrunn gjør.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Per Lagerløv*
per.lagerlov@medisin.uio.no

Tanja Holager
Tone Westergren
RELIS Sør

Geir Aamodt
Biostatistikk, helsefaglig støtte

Rikshospitalet
0027 Oslo

* Nåværende adresse:
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Seksjon for allmennmedisin
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Paracetamol virker analgetisk og antipyretisk og har vært et vanlig og mye brukt legemiddel i mange år. Hos barn kan det være vanskelig å skille moderat smerte fra andre tilstander som gir ubehag, spesielt blant de yngste. Vanligvis vil årsaken til smerte være avgjørende for om man velger medikamentell behandling. Feber, derimot, anses som et generelt tegn på sykdom og blir av mange foreldre oppfattet som farlig for barnet (1).

Foreldres holdninger til bruk av paracetamol er påvirket av helsepersonell (2). Tidligere opplevelser om at bestemte sykdommer skal behandles medikamentelt skaper forventning om tilsvarende ved senere tilfeller (3). De ansatte på helsestasjonene vil kunne ha ulikt syn på hvor egnet paracetamol er ved forskjellige sykdomstilstander. Deres vurderinger vil avspeile vår nasjonale, vestlige kulturs holdninger til behandling av feber, smerte og ubehag. Sett med helsepersonells øyne har innvandrere og flykninger ofte feilaktige oppfatninger om bruk av paracetamol (4), men nærmere diskusjon om dette har vært hemmet av mangel på data (5, 6). Annerledes bruksmåter til førskolebarn fra ikke-vestlige land kan føre til at forbruket av paracetamol blir høyere enn blant barn av vestlig opprinnelse.

Vår studie hadde som mål å undersøke hvilke alminnelige sykdommer og symptomer som får foreldre til å gi paracetamol til sine førskolebarn, og hvordan ansatte på helsestasjonene vurderer slik bruk. Videre registrerte vi om foreldre fra vestlig kultur skiller seg fra foreldre med annen kulturbakgrunn når det gjelder medikamentets bruksområder.

Materiale og metode

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant foreldre til førskolebarn som møtte på

helsestasjonene i Drammen og Hurum kommuner fra september 2000 til mai 2001 (7). Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk, helseregion sør og av Datatilsynet. Foreldrene ble bedt om å fylle ut et spørreskjema med avkryssing for gitte svaralternativer. Tolkeseksjonen i Oslo kommune, flyktning- og innvanderetaten, oversatte spørreskjemaet til de seks vanligste fremmedspråkene blant familier bosatt i Drammen: urdu, tyrkisk, vietnamesisk, tamilsk, albansk og somalisk. Svarene ble gruppert i tre kategorier etter kulturtilhørighet:

- Mor og far begge født i Vest-Europa, USA eller Canada
- Mor eller far født i disse landene
- Mor og far begge født i andre land

Foreldrene ble bedt om å krysse av for én eller flere av i alt 26 foreslåtte bruksområder for paracetamol (tab 1), og det ble satt av plass til å føre opp andre grunner for bruk. De foreslåtte tilstander eller symptomer var resultat av diskusjon med foreldre, barnepleiere, helsesøstre og pilotundersøkelse ved St. Hanshaugen helsestasjon i Oslo.

Foreldrene ble spurt ved hvilken målt kroppstemperatur de ville gi febernedsettende medisin til barnet, forutsatt at allmenntilstanden ikke var betydelig nedsatt. Svarmulighetene var seks alternativer fra og med 37,5 til 40 °C i trinn på 0,5 °C.

På et møte med alle ansatte ved helsestasjonene i Drammen og Hurum ble personalet bedt om, skriftlig og anonymt, å klassifisere de 26 foreslåtte indikasjonene som egnet, uegnet eller usikker. Kriteriet for endelig vurdering av indikasjon var at 80 % eller flere av de spurte klassifiserte bruken i samme kategori. Indikasjoner for bruk der enigheten blant de spurte var lavere enn 80 %, ble klassifisert som «usikker».

For å sammenlikne gjennomsnittlig antall valgte indikasjoner og feberterskel blant for-

Hovedbudskap

- Feber er den viktigste grunn til at foreldre gir barn paracetamol
- Foreldre fra ikke-vestlige land bruker paracetamol på videre indikasjoner, gir paracetamol til flere av barna samt hyppigere til hvert barn enn foreldre fra vestlige land

eldre med forskjellig kulturbakgrunn ble enveis ANOVA-metode med Bonferronis' korreksjon brukt. For å studere forholdet mellom andel barn som hadde fått paracetamol i løpet av de siste tre månedene og foreldrenes kulturbakgrunn, henholdsvis indikationsvalg, ble det tilpasset en logistisk regresjonsmodell med de uavhengige variablene barnets kjønn, alder, antall sykdomsepisoder, antall legekontakter og bruk av antibiotika. For å studere forholdet mellom antall ganger paracetamol ble brukt per barn og foreldrenes kulturbakgrunn, henholdsvis indikationsvalg, ble en tilsvarende lineær regresjon anvendt. Regresjonskoeffisienten tolkes som forventet forskjell i antall ganger paracetamol ble brukt i forhold til referanse-kategorien. Tilsvarende ble logistisk regresjon anvendt for å modellere hvorvidt foreldre gav barn paracetamol i løpet av tre måneder eller ikke. Signifikansnivået ble satt til 5%.

Resultater

Totalt ble 1 578 spørreskjemaer delt ut første gang til foreldrene med barn i alderen 0–6 år. 1 563 besvarte skjemaene (99,0%). 24 foreldre (1,5%) trengte hjelp til å fylle ut spørreskjemaet, mens 105 (6,7%) ikke hadde besvart dette spørsmålet.

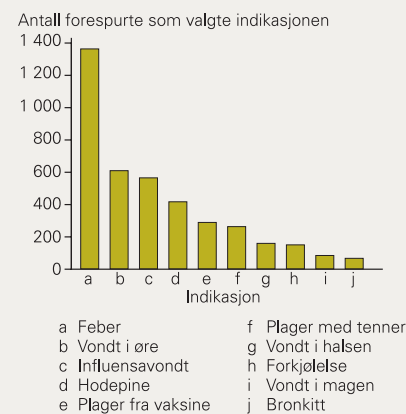
816 av barna var gutter (52%) og 695 jenter (45%), mens kjønn ikke var angitt i 52 tilfeller (3,3%). Mor og far til 1 282 barn (82%) var begge født i Vest-Europa, USA eller Canada, 106 barn (6,8%) hadde enten mor eller far født utenfor disse landene, og 141 barn (9%) hadde foreldre som begge var født i andre land. Opplysninger om foreldrenes opprinnelse manglet for 34 barn (2,2%).

1 435 (92%) hadde krysset av for én eller flere indikasjoner for bruk av paracetamol, gjennomsnittlig tre indikasjoner per besvarelse. Feber var bruksområde for 245 av de 268 foreldrene (91%) som bare krysset av for ett bruksområde. Kun i enkelte tilfeller oppgav foreldre andre grunner til bruk av paracetamol enn dem som var oppført, seks oppgav voksesmerter og fire feberkrampe. Hyppighet av gitte indikasjoner er fremstilt i figur 1.

32 ansatte fra samtlige helsestasjoner i prosjektet (20 helsesøstre, seks kontoransatte, fem jordmødre og én lege) vurderte de 26 oppførte tilstandene i spørreskjemaet i forhold til bruk av paracetamol. 18 tilstander ble klassifisert som enten egnet eller uegnet for behandling med paracetamol. De åtte øvrige bruksområdene ble vurdert som usikre (tab 1).

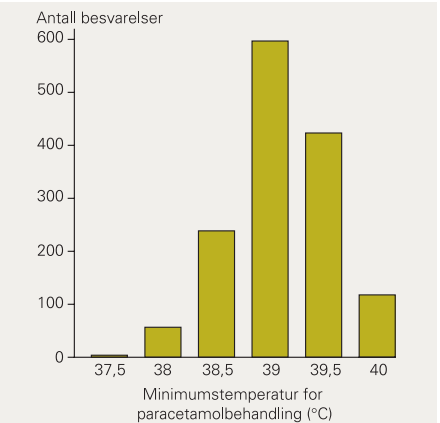
1 441 foreldre (92%) krysset av for temperaturgrense for bruk av paracetamol. 1 143 (79%) oppgav 39 °C eller høyere som terskelverdi (fig 2). Gjennomsnittlig temperaturterskel og gjennomsnittlig antall egnede, uegnede og usikre indikasjoner for paracetamol, valgt av foreldrene med vestlig eller annen kulturbakgrunn, er gitt i tabell 2. Foreldre som ikke var født i Vest-Europa, USA eller Canada

Figur 1



Hyppighet av indikasjoner for paracetamol valgt av 1 435 foreldre blant 26 alminnelige sykdomsplager. Foreldrene valgte i gjennomsnitt tre indikasjoner hver

Figur 2



Kroppstemperatur som 1 441 foreldre mente barnet burde ha før de ville gi febernedsettende medisin, forutsatt at barnets allmenntilstand ikke var betydelig nedsatt

kom fra 19 forskjellige land i Øst-Europa, Afrika, Midtøsten og Asia.

Regresjonsanalyse viste sammenheng mellom foreldrenes kulturbakgrunn og antall ganger paracetamol ble brukt per barn (tab 3), henholdsvis andel barn som var blitt behandlet med paracetamol siste tre måneder (tab 4).

Diskusjon

I denne undersøkelsen oppgav foreldrene feber som hyppigste grunn til å bruke paracetamol, og vurderte langt sjeldnere de øvrige foreslåtte bruksområdene som grunn for slik medisiner. Den antipyretiske effekten av paracetamol hadde stor betydning for bruk av legemidlet til førskolebarn, og ble vurdert

Tabell 1 Egnethet av 26 forskjellige indikasjoner for paracetamol brukt til barn basert på vurderinger til 32 ansatte på helsestasjonene

Egnet indikasjon	Usikker indikasjon	Uegnet indikasjon
Feber	Plager ved vaksinerings	Hoste
Vondt i øret	Plager med tenner	Falsk krupp
Influensavondt	Vondt i halsen	Gråt, irritabilitet
Hodepine	Forkjølet	Vondt å tisse
	Vondt i magen	Slapphet
	Bronkitt	Oppkast/diaré
	Vondt etter uhell	Søvnproblem
	Vondt etter insektstikk	Vondt å puste
		Kløe
		Øyeplager
		Allergi-plager
		Kvalme
		Dårlig matlyst
		Skrubbsår

Tabell 2 Gjennomsnittlig antall egnede, usikre og uegnede indikasjoner og temperaturterskel for bruk av paracetamol valgt blant 1 399 foreldre (SD i parentes). Resultatene er gruppert etter mors og fars fødeland

Foreldrenes fødeland (N= Antall foreldre)	Egnede indikasjoner	Usikre indikasjoner	Uegne indikasjoner	Temperaturterskel (°C)
Mor og far født i Vest-Europa, USA eller Canada (N = 1 179)	2,14 (1,02)	0,68 (0,92)	0,13 (0,39)	39,1 (0,5)
Enten mor eller far født i Vest-Europa, USA eller Canada (N = 97)	1,90 (0,95)	0,89 (1,08)	0,23 (0,57)	39,0 (0,5)
Mor og far født utenfor Vest-Europa, USA eller Canada (N = 123)	1,67 (1,04) ¹	1,07 (1,32) ¹	0,70 (1,82) ¹	39,0 (0,6) ¹

¹ P < 0,05 i forhold til gjennomsnitt for mor og far født i Vest-Europa, USA eller Canada

Tabell 3 Assosiasjon mellom hvor ofte barnet hadde fått paracetamol (ingen, én, to, tre eller flere ganger) i løpet av de siste tre måneder og andre trekk ved barnet, foreldrenes fødested og valgte temperaturterskel ble undersøkt ved lineær regresjon, R² (justert) = 0,430

		Justert B (KI 95)	P-verdi
Kjønn	Pike	(referanse)	
	Gutt	0,10 (0,01–0,19)	0,031
Alder	2,5–5 md.	(referanse)	
	5–8 md.	0,16 (–0,02–0,35)	0,075
	8–12 md.	0,48 (0,27–0,68)	< 0,01
	1–2 år	0,38 (0,21–0,55)	< 0,01
	2–4 år	0,38 (0,20–0,56)	< 0,01
	4–6 år	0,24 (0,06–0,42)	0,01
Sykdomsepisoder siste tre måneder	Ingen	(referanse)	
	1 gang	0,46 (0,34–0,57)	< 0,01
	2 ganger	0,86 (0,71–1,01)	< 0,01
	3 eller flere ganger	1,35 (1,14–1,55)	< 0,01
Legekontakt siste tre måneder	Ingen	(referanse)	
	1 gang	0,21 (0,09–0,33)	< 0,01
	2 ganger	0,59 (0,40–0,79)	< 0,01
	3 eller flere ganger	0,66 (0,36–0,96)	< 0,01
Antibiotika siste tre måneder	Ingen	(referanse)	
	1 gang	0,12 (–0,06–0,29)	0,193
	2 ganger	0,08 (–0,30–0,47)	0,678
	3 eller flere ganger	1,00 (0,50–1,50)	< 0,01
Foreldrenes fødested	Begge fra vestlige land	(referanse)	
	Kun én fra vestlig land	0,02 (–0,16–0,21)	0,796
	Begge fra ikke-vestlige land	0,41 (0,25–0,57)	< 0,01
Temperaturterskel	37,5–40 (6 trinn)	–0,09 (–0,14 – –0,04)	< 0,01

Tabell 4 Assosiasjon mellom hvorvidt barnet hadde fått eller ikke fått paracetamol i løpet av de siste tre måneder og andre trekk ved barnet, foreldrenes fødested, valgte temperaturterskel og indikasjoner ble undersøkt ved logistisk regresjon, R² (Cox-Snell) = 0,363

		Justert OR (KI 95)	P-verdi
Kjønn	Pike	(referanse)	
	Gutt	1,21 (0,90–1,64)	0,215
Alder	2,5–5 md.	(referanse)	
	5–8 md.	3,31 (1,57–7,00)	< 0,01
	8–12 md.	8,58 (3,84–19,20)	< 0,001
	1–2 år	6,64 (3,30–13,38)	< 0,001
	2–4 år	6,39 (3,11–13,61)	< 0,001
	4–6 år	4,83 (2,34–9,96)	< 0,001
Sykdomsepisoder siste tre måneder	Ingen	(referanse)	
	1 gang	18,05 (10,33–31,56)	< 0,001
	2 ganger	25,81 (13,79–48,29)	< 0,001
	3 eller flere ganger	37,82 (17,05–84,12)	< 0,001
Legekontakt siste tre måneder	Ingen	(referanse)	
	1 gang	1,51 (1,06–2,13)	0,022
	2 ganger	4,44 (2,21–8,91)	< 0,001
	3 eller flere ganger	4,25 (1,36–13,29)	0,013
Foreldrenes fødested	Begge fra vestlige land	(referanse)	
	Kun én fra vestlig land	0,68 (0,38–1,23)	0,201
	Begge fra ikke-vestlige land	2,35 (1,26–4,40)	< 0,01
Temperaturterskel	37,5–40 (seks trinn)	0,80 (0,68–0,94)	< 0,01
Usikker indikasjon	Åtte indikasjoner	1,27 (1,07–1,51)	< 0,01

som eneste indikasjon blant om lag en seksdel av foreldrene. En mulig forklaring er at feber kan måles objektivt, i motsetning til øvrige bruksområder, som ofte krever en fortolkning av barnets tilstand, noe som kan være vanskelig, spesielt hos små barn. Dessuten tyder tidligere studier på at foreldre ofte er redde for å bruke paracetamol ved smerte, blant annet av frykt for bivirkninger og toleranseutvikling (8). Andre har funnet at selv om barnet hadde smerte, ville foreldre gi mindre enn en halv normaldose paracetamol, eller avstå helt fra smertebehandling (9). Foreldre kan muligens oppfatte smertetilstander som mindre farlig enn feber for barnet. Det kan også hende at smerte betraktes som noe man til en viss grad bør tåle.

Helsepersonellens vurderinger

De ansatte på helsestasjonene som deltok i denne studien, hadde klassifisert feber, vondt i øret, influensaplager og hodepine som egnede indikasjoner for bruk av paracetamol. Det var også de fire hyppigste indikasjonene foreldrene vurderte for bruk av paracetamol til førskolebarn. Det kan ikke utelukkes at helsestasjonspersonalet, som et resultat av at de deltok engasjert i prosjektet, ble spesielt kritisk til bruk av paracetamol på vide indikasjoner. Klassifiseringen av bruksområdene for paracetamol i spørreskjemaet til foreldrene ble foretatt før resultatene fra foreldrene forelå. Helsepersonellens klassifisering gjenspeiler ikke nødvendigvis hva som er vanlig akseptert bruksområde, men uttrykker en kulturelt betinget vurdering av legemiddelbruken på helsestasjonen foreldrene kontaktet. Det er verdt å merke seg at øresmerter i større grad anses som rimelig grunn for å gi paracetamol enn vondt i halsen. Dette fremkommer også i hyppigheten av foreldrenes avkryssninger for disse indikasjonene.

De ansatte på helsestasjonene i studien hadde delt syn på om plager ved vaksinasjon var en korrekt indikasjon for paracetamol. Det kan ha sin bakgrunn i tidligere erfaring om at vaksinerings ofte gav reaksjoner hos barnet. Det norske vaksinasjonsprogrammet innebærer flere vaksiner i løpet av første leveår. Hvis barnet i denne perioden får ubehag eller feber, kan det ofte bli tatt for å være en reaksjon på vaksinen, selv om årsaken ikke er endelig fastlagt. I slike tilfeller har mange foreldre fått råd om å gi paracetamol, og de kan da ha slått seg til ro med at det var vaksinen som var forklaringen på plagene.

De ansatte hadde ulikt syn på om plager ved tannfrembrudd var egnet indikasjon for paracetamol. Andre har vist at helsepersonell fra flere yrkeskategorier ofte mener at tannfrembrudd plager barn og at de gjerne anbefalte bruk av paracetamol (10). Systematisk undersøkelse har imidlertid ikke kunnet vise at tannfrembrudd er assosiert med feber eller andre plager (11). Melketenner kommer med jevne mellomrom fra et halvt til to års alder. Ved tilfeldig sammentreff

med uro eller feber kan derfor disse plagene lett bli tilskrevet tannfrembruddet og medføre at barnet får paracetamol.

I vår undersøkelse svarte fire femdelere av foreldrene at de ville senke temperaturen med paracetamol først når barnet hadde kroppstemperatur på 39 °C eller mer, forutsatt at allmenntilstanden ellers var god. Foreldrenes terskel for feberbehandling lå nær opptil den som det har vært vanlig å anbefale blant allmennpraktikere (12). En undersøkelse blant apotekpersonale viste at omtrent halvparten anbefalte antipyretika ved kroppstemperatur mellom 37,6 °C til 39,0 °C (13). Apotekpersonalet kan ha følt seg forpliktet til å tilby medikamentell hjelp når kunden kom til apoteket for å søke råd.

Kulturbakgrunn

Barns atferd under sykdom og foreldrenes forståelse av signalene barnet formidler kan være kulturavhengig. For objektivt målt feber fant vi at foreldre fra ikke-vestlig kultur hadde en statistisk signifikant, men klinisk ubetydelig, lavere temperaturterskel for å gi barnet paracetamol enn foreldre med vestlig kulturbakgrunn. Foreldre fra ikke-vestlig kultur valgte imidlertid oftere indikasjoner som de ansatte på helsestasjonene vurderte som usikre eller uegnede for bruk av paracetamol. Dette gjaldt kvalme, oppkast, diaré eller tilstander der paracetamol ikke har effekt, som ved allergi, hoste og pustevansker. Noen av forskjellene kan ha fremkommet som følge av språklige nyanser i oversettelsene. Resultatene kan tyde på at bruksområdet for paracetamol på andre indikasjoner enn feber muligens var større blant foreldre som begge hadde annen kulturbakgrunn.

Undersøkelsen viser at foreldre som begge hadde ikke-vestlig kulturbakgrunn brukte

paracetamol hyppigere til det enkelte barn og brukte det til flere av sine førskolebarn enn foreldre som begge hadde vestlig kulturbakgrunn. Resultatene må tolkes med forsiktighet, fordi materialet er lite. Særlig bør det vektlegges at foreldrene fra ikke-vestlige land utgjorde en heterogen gruppe; de kom fra mange forskjellige land og kan innbyrdes ha hatt forskjellig oppfatning og holdning til bruk av paracetamol. Siden sammenhengen kun ble vist for gruppen av foreldre som begge hadde annen, ikke-vestlig kulturbakgrunn, kan også språkforståelsen ha spilt en vesentlig rolle. Det er mulig at det for denne gruppen foreldre er enklere å oppfatte konkrete råd om bruk av medikamenter enn veiledning fra helsepersonell om pleie og omsorg ved plager og sykdom. Språkproblemer og andre forhold ved integrering i det norske samfunnet gjør at disse foreldrene kan ha mindre tilgang til generell helseinformasjon. Slik informasjon formidles skriftlig eller muntlig på norsk, fortrinnsvis gjennom trykksaker, presse og mediene.

Høyere feberterskel i vår studie var assosiert med lavere forbruk av paracetamol, men utslaget var lite, muligens fordi feberterskelen allerede var rimelig høy.

Studien viste ingen tydelig sammenheng mellom bruk av paracetamol og foreldrenes vurdering av aktuelle bruksområder. Det kan være at bruken vel så mye konkret er knyttet til holdninger til legemidlet paracetamol som til tilstander hos barnet. Ved intervju med noen av foreldrene har vi fått frem at mange utenforliggende faktorer er medbestemmende for behov for paracetamol som problemløser (14). Videre undersøkelser om slik legemiddelbruk bør søke å kartlegge de ulike brukernes forestillinger om sykdom og nødvendigheten av behandling.

Vi takker de ansatte på helsestasjonene i Drammen og Hurum for velvillig bidrag til gjennomføring av spørreundersøkelsen.

Litteratur

1. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics* 2001; 107: 1242–6.
2. May A, Bauchner H. Fever phobia. The pediatrician's contribution. *Pediatrics* 1992; 90: 851–4.
3. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectation and doctors' perception of patients' expectation – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520–3.
4. Nielsen HL. Panodilproblemet – om flyttinge og indvanderes overforbruk af håndkøbsmedicin. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 695–7.
5. Dyhr L, Bunch V. Hvis er Panodilproblemet? *Ugeskr Læger* 2000; 162: 1275.
6. Nielsen HL. Panodilproblemet. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 1276–7.
7. Lagerløv P, Holager T, Westergren T et al. Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1620–3.
8. Forward SP, Brown TL, McGrath PJ. Mothers' attitudes and behavior toward medicating children's pain. *Pain* 1996; 67: 469–74.
9. Finley GA, McGrath PJ, Forward SP et al. Parents' management of children's pain following «minor» surgery. *Pain* 1996; 64: 83–7.
10. Wake M, Hesketh K. Teething symptoms: cross sectional survey of five groups of child health professionals. *BMJ* 2002; 325: 814.
11. Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: a cohort study. *Pediatrics* 2000; 106: 1374–9.
12. Eskerud JR, Brodwall A. General practitioners and fever: a study on perception, self care and advice to patients. *Pharm World Sci* 1993; 15: 161–4.
13. Eskerud JR, Andrew M, Strømme B et al. Pharmacy personnel and fever: a study on perception, self-care and information to customers. *Pharm World Sci* 1993; 15: 156–60.
14. Lagerløv P, Helseth S, Holager T. Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. *Fam Pract* 2003; 20: 717–23.