



Julie Ellegaard Ibáñez Román
Sanne Pagh Møller
Mogens Trab Damsgaard
Bjørn Evald Holstein
Mette Rasmussen
Mette Toftager
Trine Pagh Pedersen
Katrine Rich Madsen

Børnefattigdom, familieindkomst og sundhed blandt børn i 5.-9. klasse

Analyse af data fra Skolebørnsundersøgelsen

Syddansk Universitet

Statens Institut
for Folkesundhed

EGMONT

hbosc
HEALTH BEHAVIOUR IN
SCHOOL-AGED CHILDREN

Børnefattigdom, familieindkomst og sundhed blandt børn i 5.-9. klasse

Analyse af data fra Skolebørnsundersøgelsen

Julie Ellegaard Ibáñez Román
Sanne Pagh Møller
Mogens Trab Damsgaard
Bjørn Evald Holstein
Mette Rasmussen
Mette Toftager*
Trine Pagh Pedersen
Katrine Rich Madsen

*Institut for Idræt og Biomekanik, SDU

Intern review: Annette Kjær Ersbøll

Copyright © 2025
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Rapporten refereres således: Román JEI, Møller SP, Damsgaard MT, Holstein BE, Rasmussen M, Toftager M, Pedersen TP, Madsen KR. Børnefattigdom, familieindkomst og sundhed blandt børn i 5.-9. klasse. Analyse af data fra Skolebørnsundersøgelsen. København. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2025

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-700-5
Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-701-2
Forsidefoto: Colourbox

Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades på www.hbsc.dk

Forord

Det er velkendt, at der er social ulighed i børn og unges sundhed og sundhedsadfærd, og at disse uligheder starter i den helt tidlige barndom. Ligeledes viser forskning, at det at vokse op med få økonomiske ressourcer i familien kan medføre en lang række negative konsekvenser for helbred, trivsel og sundhedsadfærd på både kort og lang sigt. Der er imidlertid mindre viden om, hvilken betydning familiens indkomst, herunder det at leve i fattigdom, har på børn og unges sundhed og sociale liv i en velfærdsstat som den danske.

Formålet med denne rapport er derfor at undersøge sammenhængen mellem familiens indkomst, herunder også det at leve i børnefattigdom, og børn og unges sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv.

Rapporten viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og vigtige aspekter af børns sundhed og sociale liv. Det gælder fx lav livstilfredshed, ensomhed, overvægt, dårligt selv vurderet helbred, manglende støtte fra familie og venner, mobning i skolen, utilstrækkelig fysisk aktivitet og usunde kost- og måltidsvaner. Sammenhængen undersøges i rapporten på to måder: Først sammenlignes de børn og unge, som lever under fattigdomsgrænsen, med andre børn og unge. Dernæst undersøges sammenhængen, hvor hele populationen af børn og unge er opdelt i syv indkomstgrupper. Resultaterne viser en sammenhæng mellem børnefattigdom og langt størstedelen af de aspekter af børns sundhed og sociale liv, vi undersøger. Dertil ses en gradueret sammenhæng med familiens indkomst, og det bliver tydeligt, at der inden for majoriteten af børn og unge i Danmark, som ikke lever i fattigdom, også er store forskelle i sundhed og socialt liv. Denne undersøgelse bekræfter, at børnefattigdom er en vigtig faktor i beskrivelsen af børns sundhed, men at man kan lære mere ved at supplere med studier af sammenhængen mellem familieindkomst og børns sundhed.

Rapporten er målrettet forskere, beslutningstagere og politikere, interesseorganisationer, regioner, kommuner og andre, som arbejder med børnefattigdom og social ulighed i børn og unges sundhed og hverdagsliv. Rapportens resultater taler ind i debatten om ulighed i sundhed og understreger vigtigheden af et fortsat fokus på de ulige opvækstvilkår, som grupper af børn og unge vokser op i, og som kan påvirke mange aspekter af deres sundhed og sociale liv.

Resultaterne er baseret på spørgeskemabesvarelser fra Skolebørnsundersøgelsen, som er koblet med information om forældres indkomst fra nationale registre. Skolebørnsundersøgelsen har siden 1984 givet indsigt i børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd og de vigtige sociale kontekster, de indgår i, og udgør det danske bidrag til det internationale forskningssamarbejde *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study*.

En meget stor tak til de deltagende skoler og ikke mindst elever samt lærere og forældre for jeres opbakning til Skolebørnsundersøgelsen. Også stor tak til Egmont Fonden for at finansiere denne rapport.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Sammenfatning	6
1 Baggrund	9
1.1 Familieindkomst, børnefattigdom og børn og unges sundhed og sociale liv	10
1.2 Manglende viden.....	14
1.3 Formål.....	15
2 Data og metode	16
2.1 Skolebørnsundersøgelsen	16
2.2 Udvælgelse og deltagelse af skoler og elever	16
2.3 Familieindkomst og børnefattigdom	17
2.4 Statistiske analyser	19
2.5 Datasikkerhed og etik.....	21
2.6 Karakteristik af studiepopulationen.....	21
3 Sundhed	23
3.1 Selvvurderet helbred	23
3.2 Fysiske og psykiske symptomer.....	25
3.3 Vægtstatus.....	36
3.4 Livstilfredshed	38
3.5 Kropsopfattelse	39
3.6 Ensomhed.....	41
3.7 Selvværd.....	43
3.8 Selvformåen.....	45
4 Sundhedsadfærd	47
4.1 Rygning.....	47
4.2 Alkohol	49
4.3 Hash	52
4.4 Fysisk aktivitet.....	52
4.5 Kostvaner.....	57
4.6 Måltidsvaner.....	62
4.7 Tandbørstning	64
4.8 Onlineliv og skærmbrug	66
4.9 Søvn	74

5 Sociale relationer.....	77
5.1 Relationer i familien.....	77
5.2 Relationer med venner.....	82
5.3 Mobning.....	87
6 Skoleliv.....	91
6.1 Skoletilfredshed.....	91
6.2 Pres af skolearbejde.....	93
6.3 Støtte fra lærere og klassekammerater.....	94
7 Perspektivering.....	97
7.1 Rapportens hovedfund.....	97
7.2 Styrker og svagheder ved metode og data.....	99
7.3 Implikationer for forskning.....	100
7.4 Implikationer for praksis.....	101
Referencer.....	103
Bilag.....	115

Sammenfatning

Formål

Formålet med denne rapport er at undersøge sammenhængen mellem familiens indkomst, herunder dét at vokse op i børnefattigdom, og børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Rapporten bygger på data fra Skolebørnsundersøgelsen, kombineret med registerdata om familiens disponible indkomst (se boks om data og metode).

Rapporten har to delformål:

1. At undersøge sammenhængen mellem familiens disponible indkomst, herunder børnefattigdom, og 5., 7. og 9. klasseelevers sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv.
2. At undersøge, om disse sammenhænge er forskellige for drenge og piger.

Data og metode

I denne rapport indgår spørgeskemadata fra Skolebørnsundersøgelsen i 2018 og 2022, som er koblet med nationale registre, hvorfra vi får information om elevernes familiers disponible indkomst, dvs. indkomsten efter skat, hvor der også tages højde for antallet af børn og voksne i familien. Fra Skolebørnsundersøgelsen indgår besvarelser fra 9.483 elever, hvoraf 3.660 stammer fra 2018- og 5.823 fra 2022-undersøgelsen.

Baseret på disse data undersøger vi sammenhængen mellem familiens indkomst og 11-15-åriges sundhed på to måder: Først sammenligner vi børn og unge, der lever under fattigdomsgrænsen, med børn, der lever over fattigdomsgrænsen. Dernæst opdeler vi børnene i syv grupper efter familiens indkomst for at undersøge fordelingen af de forskellige sundhedsudfald over hele indkomstspektret. Denne fordeling opgøres også for drenge og piger separat.

Skolebørnsundersøgelsen er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), hvor mere end 50 lande i Europa og Canada indsamler spørgeskemadata blandt et nationalt repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige børn og unge, i Danmark svarende til elever i 5., 7. og 9. klasse. Eleverne besvarer i en klassesstime et internationalt standardiseret spørgeskema om deres sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Undersøgelsen gennemføres hvert fjerde år, og langt de fleste spørgsmål gentages fra år til år for bl.a. at kunne følge udviklingen i børn og unges sundhed over tid.

Rapportens hovedfund

Rapportens resultater kan sammenfattes i fem hovedfund.

1. Børn i fattigdom har flere problemer med sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv

Blandt de fire hovedtemaer; Sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv, er vigtige udvalgte eksempler:

Sundhed: Forekomsten af børn og unge med dårligt eller nogenlunde selvvurderet helbred er højere blandt dem, som lever i fattigdom (20%), sammenlignet med de øvrige (14%). Ligeledes rapporterer hvert femte barn (20%) i fattigdom lav livstilfredshed sammenlignet med 12% blandt børn, som ikke lever i fattigdom. Der er også en højere forekomst af børn i fattigdom, der føler sig ensomme (13% vs. 7%), har lav selvformåen, dvs. tro på egen formåen (20% vs. 14%), og har overvægt eller svær overvægt (18% vs. 11%) end blandt de øvrige børn.

Sundhedsadfærd: Forekomsten af børn, som laver mindst 7 timers hård fysisk aktivitet om ugen er lavere blandt børn, som lever i fattigdom (11%), sammenlignet med børn, som ikke lever i fattigdom (18%). Ligeledes deltager hvert tredje barn (34%), som lever i fattigdom, ikke i organiseret fysisk aktivitet i fritiden mod hvert femte barn (22%) blandt de øvrige. Der er også en højere forekomst af børn i fattigdom, som sover for lidt (40% vs. 32%), spiser mindre frugt og grønt (11% vs. 7%), drikker dagligt sodavand (11% vs. 6%) og spiser fastfood (28% vs. 14%). Med hensyn til måltidsvaner springer børn i fattigdom oftere morgenmaden over (40% vs. 21%) og spiser sjældnere et måltid sammen med familien (12% vs. 8%). Hvert tredje barn i fattigdom (32%) børster tænder mindre end to gange om dagen – det samme gælder hver femte (19%) af de øvrige børn.

Sociale relationer: Der er en højere forekomst af børn fra familier som lever under fattigdomsgrænsen, som oplever manglende støtte fra familie og venner end de øvrige børn, som lever over fattigdomsgrænsen. Fx angiver 18% lav eller middel støtte fra deres familie til sammenligning med 13% blandt børn fra familier over fattigdomsgrænsen. Der er også en højere forekomst af børn i fattigdom, der ikke er sammen med venner efter skole i hverdage (20%), sammenlignet med øvrige børn (16%).

Skoleliv: Andelen af børn, som oplever høj støtte fra klassekammerater, er lavere blandt børn i fattigdom (68%) sammenlignet med børn, som ikke lever i fattigdom (78%). Tilsvarende mønster er gældende for andelen, som oplever høj støtte fra lærere (69% vs. 75%).

2. Familiens indkomst har også betydning for børn, der ikke lever i fattigdom

Rapporten undersøger sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv på to måder. Først sammenligner vi de ca. 7 % af børn, som i denne rapport lever i fattigdom, med de øvrige 93 %, som ikke lever i fattigdom. Som resultaterne i rapportens første hovedfund viser, har børn, der vokser op i fattigdom, på mange måder betydeligt ringere sundhed og socialt liv end de øvrige børn. Men denne observation, at børn, som lever i fattigdom, har flere problemer med sundheden, fortæller kun en del af historien. Derfor undersøger vi også, om der er sammenhæng mellem familiens indkomst og sundhed blandt de 93 % af alle børn, som ikke lever i fattigdom, ved at opdele dem i yderligere seks indkomstgrupper.

Vi finder, at sammenhængen mellem indkomst og sundhed oftest kan beskrives som en gradient, med en trinvis bedre sundhed jo højere familiens indkomst er. Undersøgelsen viser mange

markante eksempler på en sådan gradient. Fx falder forekomsten af børn med lavt selv vurderet helbred trinvist fra 20% blandt børn, som lever i børnefattigdom, til 11% blandt gruppen af børn, som lever i den højeste indkomstgruppe. Samme mønster er gældende for fx overvægt og svær overvægt (fra 18% til 6%), lav livstilfredshed (fra 20% til 10%), lavt selvværd (fra 31% til 22%), fysisk inaktivitet (fra 14% til 5%), manglende deltagelse i organiseret idræt (fra 34% til 13%), utilstrækkelig tandbørstning (fra 32% til 14%) og lav eller middel støtte fra venner (32% til 21%).

3. Forskellige måder at måle indkomstulighed giver forskellige indsigter

Når man illustrerer betydningen af familiens indkomst ved at opdele majoriteten af børn, som ikke lever i fattigdom, i flere grupper, får man mere at vide, end hvis man kun sammenligner børn i fattigdom med den øvrige gruppe børn. Man får øje på, at der inden for de 93 %, der ikke lever i børnefattigdom, også er store forskelle i sundhed. Denne undersøgelse bekræfter, at børnefattigdom er en vigtig faktor i beskrivelsen af børns sundhed og sociale liv, men at man lærer mere ved at supplere med analyser, hvor familieindkomst opdeles i flere grupper.

Opdelingen af indkomstvariablen i syv grupper viser også, at sammenhængen mellem indkomst og de forskellige aspekter af børns sundhed og sociale liv har forskellige mønstre. Fx ser vi i nogle tilfælde en tærskelværdi, hvor forekomsten af sundhedsproblemer er ens og højest i de to laveste indkomstgrupper eller blandt børn, som lever i familier under indkomstmedianen. Det gælder fx lav selvformåen, hvor forekomsten er højest blandt drenge i indkomstgrupper frem til indkomstmedianen sammenlignet med de øvrige drenge. Dette illustrerer, at tærsklen for eller mønsteret i, hvordan indkomst hænger sammen med børns liv, ændrer sig afhængigt af, hvilken indikator vi undersøger.

4. Kønsforskelle i sammenhængen mellem indkomst og sundhed

På langt de fleste områder er sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv ens for piger og drenge. Der er dog markante undtagelser. Fx ses der en tydelig sammenhæng mellem familieindkomst og lavt selv vurderet helbred blandt piger, hvor andelen falder med stigende familieindkomst, men ingen tydelig sammenhæng blandt drenge. Ligeledes stiger andelen af piger, som er fysisk sammen med venner efter skole, med stigende familieindkomst, mens der ikke er sammenhæng med indkomst for drenge, hvor forekomsten er nogenlunde ens på tværs af indkomstgrupper.

Rapporten bekræfter også, at drenge og piger overordnet set har forskellige niveauer af problemer med sundhed og sundhedsadfærd og andre belastninger uanset deres indkomstgruppe. Det gælder fx en generelt højere forekomst af lavt selv vurderet helbred, emotionelle symptomer (være ked af det, være irriteret/i dårligt humør, være nervøs), ensomhed og lavt niveau af fysisk aktivitet blandt piger sammenlignet med drenge.

5. På enkelte områder er der ingen eller omvendt sammenhæng mellem indkomst og sundhed

Der er enkelte aspekter af børns sundhed og sociale liv, hvor der ikke er tydelig sammenhæng med familiens indkomst. Det gælder fx svært ved at falde i søvn (indsovningsbesvær), brug af skærm og sociale medier samt fysiske og psykiske symptomer som rygsmerter, svimmelhed og nervøsitet, hvor forekomsten er nogenlunde ens mellem børn fra de forskellige indkomstgrupper.

I to tilfælde er sammenhængen mellem indkomst og sundhed omvendt af det generelle billede. Det gælder forekomsten af elever, som ofte drikker alkohol, og som har prøvet at være fulde, som er højest blandt elever i de højere indkomstgrupper og lavest blandt børn, som vokser op i børnefattigdom.

1 Baggrund

Det er velkendt, at der er social ulighed i helbred og sundhedsadfærd, og at disse uligheder allerede starter i den helt tidlige barndom (Møller et al., 2025; Pommerencke et al. 2022; Nielsen et al. 2023), og det er tidligere vist, at det at vokse op med få økonomiske ressourcer i familien kan medføre en række negative konsekvenser for helbred, trivsel og sundhedsadfærd på både kort og lang sigt (Cooper & Stewart, 2021; Lee et al., 2023; National Academies of Sciences et al., 2023) (Møller et al., 2025). På lang sigt er en opvækst i fattigdom desuden forbundet med en øget risiko for svag tilknytning til arbejdsmarkedet, lavere løn og kortere uddannelse, hvilket er påvist i både internationale (Brooks-Gunn & Duncan, 1997; Duncan et al., 2012; Duncan et al., 1998) og danske studier (Lesner, 2018; Kraka, 2023).

Der er imidlertid mindre viden om børnefattigdom og familiens indkomst og børns sundhed og trivsel i en velfærdsstat som den danske. Fattigdom betegnes som det at leve med utilstrækkelige økonomiske ressourcer i forhold til de økonomiske ressourcer, der er til rådighed for andre i det omgivende samfund, hvilket kan resultere i udelukkelse fra almindelige livsmønstre, vaner og aktiviteter (Townsend, 1979). Blandt FN's verdensmål for bæredygtig udvikling fremsættes en ambition om at halvere andelen af børn, som lever i fattigdom inden 2023. Trods gode økonomiske omstændigheder i Danmark lever 49.500 børn, svarende til 4,4% af alle 0-18-årige, ifølge Danmarks Statistik i økonomisk fattigdom i 2023 (Danmarks Statistik, 2024). De mekanismer, som børn, der lever i fattigdom i Danmark, kan blive påvirket gennem, inkluderer både direkte mekanismer gennem de begrænsede økonomiske ressourcer, der er tilgængelige i familien, og indirekte mekanismer gennem den økonomiske utryghed og belastning, som deres forældre oplever. Børnene kan således være udsat for en kombination af materielle afsavn, psykisk pres og social eksklusion på grund af manglende økonomiske ressourcer (Lesner, 2023). Børnefattigdom hænger stærkt sammen med flere andre sociodemografiske karakteristika blandt forældrene såsom uddannelsesniveau, beskæftigelse, at være enlig forælder og indvandrerbaggrund (Povlsen et al., 2018). Herudover optræder børnefattigdom ofte i en kombination med andre belastende livsomstændigheder som fx sygdom eller misbrug i nærmeste familie samt ustabilitet i form af opbrud af familier, og disse omstændigheder kan ligeledes påvirke børns trivsel og sundhed (Lacey et al., 2022; Liming, 2019). Dette er også vist i en dansk sammenhæng, hvor studier finder en sammenhæng mellem det at leve i børnefattigdom i kombination med andre negative livsbegivenheder og højere risiko for død (Rod et al., 2020), hospitalskontakter (Rod et al., 2021; Elsenburg et al., 2025) og senere sygdom (Bengtsson et al., 2023; El-Khoury et al., 2021). Den stærke sammenhæng mellem børnefattigdom, andre sociodemografiske faktorer og negative livsomstændigheder gør det vanskeligt at bestemme, om det er børnefattigdom i sig selv, der har betydning for børns trivsel og sundhed. Studier, der undersøger egentlige årsagssammenhænge, har dog vist, at forøget indkomst for familier med få økonomiske ressourcer har en positiv betydning for eksempelvis den mentale sundhed (Milligan & Stabile, 2011) og mindsker risikoen for at udvikle psykisk sygdom (Costello et al., 2010).

1.1 Familieindkomst, børnefattigdom og børn og unges sundhed og sociale liv

I følgende afsnit beskrives, på baggrund af eksisterende dansk og nordisk litteratur, sammenhængen mellem familieindkomst eller at leve i børnefattigdom og børn og unges sundhed, sundhedsadfærd, sociale liv og skoleliv.

Sundhed

Tre tidligere danske rapporter fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE), fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd samt en rapport fra 2025 fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har undersøgt sammenhængen mellem børnefattigdom og flere aspekter af børns sundhed, herunder deres selvvaluerede helbred, fysiske og psykiske symptomer, overvægt, kropsoptagelse, livstilfredshed, ensomhed samt selvformåen (self-efficacy) (Benjaminsen et al., 2016; Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022).

Rapporten fra VIVE viser blandt andet, at andelen af børn og unge med dårligt eller nogenlunde selvvalueret helbred er dobbelt så stor blandt dem, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med dem, som ikke gør (Ottosen et al., 2022). Samtidig viser rapporten fra SFI, at stort set ingen unge, uanset om familien lever i fattigdom, vurderer at have et dårligt eller meget dårligt helbred (Benjaminsen et al., 2016). Andelen af børn og unge, som tit har hovedpine, ondt i maven eller kvalme, er større blandt dem, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med andre jævnaldrende (Ottosen et al., 2022). Blandt unge ses ikke en tydelig forskel i andelen, som mindst ugentligt har henholdsvis hovedpine eller mavepine, mens andelen, som er kede af det, er noget større blandt dem, som ikke lever i fattigdom (Benjaminsen et al., 2016). Disse mønstre bakkedes op af et stort studie med over 30.000 unge fra alle nordiske lande, hvor chancen for at have et nogenlunde eller dårligt selvvalueret helbred er dobbelt så stor blandt unge fra de mindst velhavende familier sammenlignet med de mest velhavende, og denne sociale ulighed er størst blandt danske unge (Torsheim et al., 2017). Et andet studie med over 40.000 unge fra de nordiske lande viser en tilsvarende sammenhæng i forhold til psykosomatiske symptomer, men den sociale ulighed i Danmark er dog mindre i sammenligning med andre nordiske lande (Corell et al., 2024). Dertil viser svenske studier, at helbredet vurderes bedre, jo højere familiens indkomst er, og at unge fra højindkomstfamilier har signifikant færre fysiske og psykiske symptomer sammenlignet med unge fra lavindkomstfamilier (Plenty & Mood, 2016), ligesom der ses en sammenhæng mellem de unges egen vurdering af familiens velstand og tilbøjeligheden til at opleve ugentlige psykosomatiske symptomer og dårligt helbred (Ahlborg et al., 2017).

Både VIVE's og SIF's rapporter viser en tydelig sammenhæng mellem børnefattigdom og vægtstatus, hvor andelen af børn og unge med overvægt og svær overvægt er større i familier med fattigdom (Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022).

Sammenhængen mellem børnefattigdom og unges kropsoptagelse er også undersøgt i rapporten fra VIVE. I disse analyser, som dog ikke tager højde for de unges faktiske vægtstatus, fremgår det, at unge, som lever i familier med en indkomst under fattigdomsgrænsen, i højere grad føler sig for tykke sammenlignet med andre jævnaldrende (Ottosen et al., 2022).

Der ses ikke et entydigt mønster i familieindkomstens betydning for livstilfredshed. Fx finder rapporten fra VIVE, at andelen med lav livstilfredshed er omkring dobbelt så stor blandt unge, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre (Ottosen et al., 2022), hvor rapporten fra SFI ingen forskel finder i livstilfredshed mellem de to grupper (Benjaminsen et al., 2016). Det nordiske studie med over 40.000 unge viser, at andelen med lav livstilfredshed er mindre, jo højere velstand

familien har, dog er Danmark igen et af de nordiske lande, hvor forskellen er mindst (Corell et al., 2024). Et svensk studie underbygger sammenhængen mellem den oplevede velstand og livstilfredshed, og viser, at jo højere de unge vurderer familiens velstand, jo mindre tilbøjelige er de til at have lav livstilfredshed (Ahlborg et al., 2017).

Ser man på ensomhed, viser undersøgelserne, at andelen, som ofte føler sig ensomme, er markant større blandt unge, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre unge (Benjaminsen et al., 2016; Ottosen et al., 2022). I forhold til selvformåen (self-efficacy), der dækker over troen på egen formåen, er andelen med høj selvformåen mindre blandt unge, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre unge (Ottosen et al., 2022).

Dertil har både danske (Ottosen et al., 2022; Pryor et al., 2019) og nordiske undersøgelser (Bøe et al., 2017; Gunnarsdóttir et al., 2016; Bøe et al., 2019) vist, at børn og unge, som lever i fattigdom, i sammenligning med jævnaldrende i højere grad oplever mentale helbredsproblemer målt med 'Strengths and Difficulties Questionnaire', der dækker aspekter inden for blandt andet hyperaktivitet, opmærksomhedsforstyrrelser, emotionelle symptomer og adfældsproblemer (Goodman et al., 2000).

Sundhedsadfærd

Danske rapporter og studier fra VIVE, SFI, SIF, Center for Rusmiddelforskning (CRF) og Egmonts Fondssekretariat har belyst forskellige sammenhænge mellem børnefattigdom eller økonomisk belastning og flere aspekter af børns og unges sundhed, herunder alkoholvaner, deltagelse i organiseret idræt, kostvaner, søvn, adgang til skærm og tandbørstning (Benjaminsen et al., 2016; Benjaminsen et al., 2022; Møller et al., 2019; Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022; Pedersen & Pedersen, 2020; Rambøll, 2024; Tolstrup et al., 2023). Ved litteratursøgningen blev der ikke identificeret dansk litteratur om sammenhængen mellem familiens indkomst og tobaksrygning, brug af hash, tid med fysisk aktivitet og skærmtid. Derfor er disse sammenhænge beskrevet med udgangspunkt i anden nordisk litteratur.

Et studie baseret på data fra Ungdomsprofilen, der kobler spørgeskemabesvarelser med registeroplysninger for over 70.000 elever fra danske ungdomsuddannelser, finder, at danske unge oftere fuldskabsdrikker, jo højere indkomst deres forældre har (Møller et al., 2019). Dette er i overensstemmelse med fundene i en rapport fra CRF. Denne viser, at unge fra Gentofte, som er en af de økonomisk mest velstående kommuner i Danmark, hyppigere drikker alkohol og oftere fuldskabsdrikker end jævnaldrende unge i resten af landet (Pedersen & Pedersen, 2020). Samtidig viser et andet studie med data fra Ungdomsprofilen, at unge, som oplever, at deres forældre er i økonomiske vanskeligheder, har et større ugentligt alkoholindtag og fuldskabsdrikker oftere sammenlignet med deres jævnaldrende (Møller et al., 2019). De to danske studier med Ungdomsprofil-data viser desuden, at unge fra familier med lavere indkomst eller økonomiske vanskeligheder har større tilbøjelighed til at komme i problemer, mens de er påvirket af alkohol, og større risiko for at komme på hospitalet grundet et for stort alkoholindtag sammenlignet med dem fra familier med højere indkomst eller familier uden økonomiske vanskeligheder (Møller et al., 2019; Tolstrup et al., 2023). Studier fra Norge finder lignende sammenhænge mellem høj velstand i boligområder og skoler og et højere indtag af alkohol (Lund et al., 2017; Østhus et al., 2016), ligesom norske unge fra de mindst velstående familier og dem, som er vokset op i fattigdom, er mere tilbøjelige til at have oplevet alkoholforgiftning end andre unge (Myhr et al., 2024; Skogen et al., 2019).

Undersøgelser fra Finland og Norge finder, at 15-årige fra mindre velstående eller fattige familier er mere tilbøjelige til at ryge cigaretter sammenlignet med unge fra mere velstående familier

(Grotvedt et al., 2008; Liu et al., 2016). En anden norsk undersøgelse viser, at 16-19-årige, som aldrig har levet i fattigdom, er mindre tilbøjelige til at ryge end unge, som har levet i fattigdom hele livet (Skogen et al., 2019).

Ser man på sammenhængen med brug af hash viser et norsk studie, at unge i 15-årsalderen er mere tilbøjelige til at ryge hash, hvis de kommer fra mindre velstående familier med lavere uddannelse, sammenlignet med andre jævnaldrende (Myhr et al., 2024). Det ses endvidere i et norsk studie, at unge 16-19-årige, hvis families indkomst er kommet under fattigdomsgrænsen i perioder i løbet af ungdommen, er mere tilbøjelige til at ryge hash eller prøve andre illegale stoffer end dem, som enten altid eller aldrig har levet i fattigdom (Skogen et al., 2019).

Rapporten fra SIF viser, at andelen, hvor sundhedsplejersken er bekymret for, om den unge er fysisk inaktiv ved udskolingsundersøgelsen, er dobbelt så stor blandt unge fra familier med økonomisk fattigdom sammenlignet med unge, der ikke lever i familier med fattigdom (Møller et al., 2025). Dertil belyser rapporten fra Egmonts Fondssekretariat om afsavn blandt børn fra økonomisk trængte familier muligheden for at deltage i organiseret fysisk aktivitet. Her rapporterer 66 % af forældrene, at deres børn af økonomiske årsager har måttet undvære at gå til en fast fritidsaktivitet såsom svømning, gymnastik eller fodbold (Rambøll, 2024). Deltagelse i organiseret fysisk aktivitet er ligeledes belyst i svenske og norske studier, der viser, at børn og unge fra familier med mindst velstand i mindre grad deltager i fysisk aktivitet sammenlignet med dem fra mere velstående familier (Langøy et al., 2019; Wells et al., 2017). Det svenske studie viser en kønsforskel i denne sammenhæng, hvor mønsteret blandt drenge er gradueret, mens det blandt piger er dem fra den laveste indkomstgruppe, som er særligt udsatte for at undvære organiseret fysisk aktivitet (Wells et al., 2017). Det norske studie viser desuden, at unge fra familier med lav velstand generelt er mindre fysisk aktive end jævnaldrende fra velstående familier (Langøy et al., 2019).

Rapporten fra SFI analyserer sammenhængen mellem fattigdom og kost og finder, at færre unge fra familier med fattigdom får frugt og grønt dagligt sammenlignet med jævnaldrende, mens der ikke ses en nævneværdig forskel i andelen, som spiser morgenmad dagligt (Benjaminsen et al., 2016). Dertil indikerer flere danske undersøgelser, at der i familier med fattigdom kan være økonomiske udfordringer i forhold til at opfylde børnenes kostbehov. Rapporten fra Egmonts Fondssekretariat viser, at op imod hvert femte barn har måttet undvære måltider, og omkring halvdelen har undværet daglig frugt og grønt af økonomiske årsager (Rambøll, 2024). En anden dansk rapport fra VIVE, som undersøger afsavn blandt økonomisk trængte familier, finder, at omkring 10 % af forældrene i disse familier af økonomiske årsager har undladt at give deres børn nødvendige måltider, mens op imod 20 % har undladt at give børnene frugt eller grøntsager hver dag (Benjaminsen et al., 2022). Ydermere viser SIF's rapport, at sundhedsplejersken i væsentligt højere grad noterer bekymring om kost- og måltidsvaner blandt unge fra økonomisk fattige familier sammenlignet med andre unge (Møller et al., 2025). I tråd med dette viser et finsk studie, at børn og unge, der oplever økonomiske vanskeligheder i hjemmet, er mere tilbøjelige til at springe morgenmaden over eller ikke at spise 4-6 måltider om dagen sammenlignet med andre børn (Parikka et al., 2018).

Rapporterne fra SFI og SIF har belyst sammenhængen mellem indkomst og søvn blandt børn og unge. Her viser SFI's rapport, at unge i familier, som lever under fattigdomsgrænsen, i højere grad har svært ved at sove sammenlignet med øvrige unge (Benjaminsen et al., 2016). Lignende finder SIF's undersøgelse, at sundhedsplejersken ved udskolingsundersøgelsen i højere grad har bekymringer i forhold til søvn og træthed blandt unge, der lever i fattigdom, sammenlignet med andre unge (Møller et al., 2025).

Sammenhængen mellem fattigdom og unges brug af skærm og sociale medier er ikke belyst i de danske rapporter, der indgår i denne rapport. Men flere af rapporterne undersøger børn og unges adgang til egen mobiltelefon, tablet eller PC. Blandt andet viser SFI's undersøgelse, at andelen, som ikke har egen mobiltelefon, tablet eller PC, er væsentligt større blandt unge fra familier med en indkomst under fattigdomsgrænsen sammenlignet med andre unge. Samtidigt viser undersøgelsen dog, at langt de fleste unge har egen skærmenhed. Således rapporterer kun 4,4 % af de 11-17-årige, som lever i fattigdom, at de ikke har deres egen telefon (Benjaminsen et al., 2016). I de to rapporter fra VIVE og Egmonts Fondssekretariat er andelen af forældre i økonomisk trængte familier, der rapporterer, at deres børn må undvære skærme på grund af økonomiske begrænsninger, større. Her svarer 38-45 % af forældre, at deres barn har måttet undvære en mobiltelefon, og 58-69 %, at deres barn har måttet undvære tablet eller computer, fordi forældrene ikke havde råd til at købe en (Benjaminsen et al., 2022; Rambøll, 2024). Skærmtid er belyst i norske studier, hvor der ikke findes en sammenhæng mellem familiens velstand og børn og unges daglige skærmtid (Langøy et al., 2019; Skogen et al., 2022).

VIVE belyser sammenhængen mellem børnefattigdom og børns og unges tandbørstningsvaner. Her ses det, at der procentvis er færre børn og unge, der børster tænder to gange dagligt blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med deres jævnaldrende. Samtidig børster dobbelt så mange børn og unge, som lever under fattigdomsgrænsen, ikke tænder hver dag sammenlignet deres jævnaldrende (Ottosen et al., 2022). Dertil viser et dansk registerstudie blandt unge, at tandsundheden er bedre, jo højere indkomst familien har (Sengupta et al., 2017) Et lignende billede ses i en svensk undersøgelse, der yderligere finder kønsforskelle. Her ses, at piger fra de mindst velstående familier sammenlignet med andre unge er mere tilbøjelige til at børste tænder færre end to gange dagligt. Denne sammenhæng er ikke statistisk signifikant blandt drenge (Carlerby et al., 2012).

Sociale relationer

Tre danske undersøgelser fra SFI, SIF og VIVE har belyst betydningen af fattigdom for børns og unges sociale relationer til deres forældre og venner (Benjaminsen et al., 2016; Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022).

SFI's undersøgelse om fattigdom og afsavn viser, at unge fra familier med fattigdom i højere grad end andre unge oplever ikke at kunne tale med deres forældre om ting, der bekymrer dem, og at familien tit skændes med hinanden (Benjaminsen et al., 2016). Ligeledes viser VIVE's rapport, at en mindre andel af unge, som lever i fattigdom, oplever at have en høj grad af tilknytning og tillid til deres forældre end deres jævnaldrende, som ikke lever i fattigdom (Ottosen et al., 2022). SIF's undersøgelse viser, at unge, som lever i fattigdom, i sammenligning med andre unge i højere grad får noteret en bekymring fra sundhedsplejersken om, hvorvidt de trives i deres familie (Møller et al., 2025).

Ser man på relationer til venner viser SIF's rapport, at andelen af unge, der ikke har det godt med jævnaldrende, er lidt højere blandt unge fra familier med økonomisk fattigdom sammenlignet med andre unge, men der er overordnet set få unge, hvor sundhedsplejersken noterer bekymring omkring forholdet til jævnaldrende (Møller et al., 2025). Dertil har rapporterne fra SFI og VIVE særligt belyst deltagelse i sociale aktiviteter med venner og samvær med venner, men ikke oplevelsen af støtte og kvaliteten af relationerne til venner og jævnaldrende. Rapporten fra SFI viser fx, at unge fra familier med en indkomst under fattigdomsgrænsen i sammenligning med andre unge i markant højere grad har været nødt til at melde fra sociale aktiviteter som biograf- eller bowlingture på grund af deres forældres økonomiske situation (Benjaminsen et al., 2016). Undersøgelsen viser også, at unge fra familier, som lever i fattigdom, i højere grad har undladt at

gå til en fritidsaktivitet, at besøge kammerater eller at få besøg af kammerater end deres jævnaldrende (Benjaminsen et al., 2016). I en anden undersøgelse fra VIVE, som er gennemført blandt økonomisk trængte forældre, svarer op imod halvdelen, at de har undladt at lade deres børn gå til faste fritidsaktiviteter, fordi de ikke har råd (Benjaminsen et al., 2022). Der er endvidere en større andel af børn og unge fra familier med fattigdom, som har oplevet at blive mobbet sammenlignet med andre jævnaldrende (Benjaminsen et al., 2016; Ottosen et al., 2022).

Skoleliv

To danske rapporter fra henholdsvis SFI og SIF har belyst sammenhængen mellem børnefattigdom og skoletrivsel (Benjaminsen et al., 2016; Møller et al., 2025), dertil er skoletrivsel, tilfredshed med lærer og velbefindende med andre elever i klassen også blevet belyst i et studie med danske børn i indskoling og mellemskoling (Loft & Waldfogel, 2021). Sammenhængen mellem oplevet pres af skolearbejde samt støtte fra lærer og klassekammerater og børnefattigdom er ikke tidligere belyst i danske rapporter.

Den danske rapport fra SFI viser, at andelen, som ikke kan lide skolen, er omkring dobbelt så stor blandt børn, som vokser op i fattigdom. Samtidig viser undersøgelsen også, at langt de fleste elever godt kan lide skolen (Benjaminsen et al., 2016). SIF's rapport viser, at andelen, som mistrives i skolen, er lidt større blandt unge, som lever i familier med fattigdom, sammenlignet med andre unge (Møller et al., 2025). Et stort dansk studie baseret på spørgeskemabesvarelser fra næsten 150.000 danske skolebørn op til 11 år har undersøgt sammenhængen mellem familieindkomst og tre domæner af skoleliv: tilfredshed med skole, tilfredshed med lærere samt socialt og mentalt velbefindende i skolen. Her er eleverne blevet spurgt, om de føler sig godt tilpas med de andre i klassen samt psykiske og fysiske symptomer forbundet med skolegang (Loft & Waldfogel, 2021). Studiet viser desuden en indkomstgradient inden for alle aspekter, hvor tilfredshed med lærere og skole samt socialt og mentalt velbefindende i skolen stiger med stigende familieindkomst. I forhold til relationen mellem klassekammerater viser to svenske studier blandt 14-15-årige elever, at der er flere elever i klassen, som ikke vil sidde ved siden af klassekammerater med en lav familieindkomst, mens flere i klassen gerne vil sidde ved siden af klassekammerater med en høj familieindkomst (Hjalmarsson, 2018; Hjalmarsson et al., 2023).

1.2 Manglende viden

Flere tidligere danske og internationale undersøgelser viser, at lav socioøkonomisk status i barndommen målt ved fx forældres uddannelse eller beskæftigelse er forbundet med børns og unges sundhedsproblematikker (Pommerencke et al., 2022; Madsen et al., 2023; Holstein et al., 2024; Viner et al., 2012). Dog er der mindre viden om, hvilken betydning familiens indkomst og det at leve i fattigdom har for børns sundhed, især i en velfærdsstat som den danske. Langt de fleste studier om familiens indkomst og børns sundhed fokuserer på forskelle mellem børn, der vokser op i økonomisk fattigdom, og deres jævnaldrende i den øvrige befolkning. Dette snævre fokus overser potentielle sundhedsmæssige variationer inden for den brede majoritet af børn og unge, der ikke kategoriseres som økonomisk udsatte. Det er derfor væsentligt at undersøge, hvordan familiens indkomst påvirker sundheden blandt den resterende store andel af børn og unge, som ikke lever under fattigdomsgrænsen, for at opnå en mere nuanceret forståelse af sammenhængen mellem økonomisk status og sundhed.

Ligeledes er der få undersøgelser, som afdækker betydningen af familiens indkomst for mange facetter af børns sundhed og sociale liv, og som således kan give det overordnede billede af sammenhænge mellem lav indkomst og børnenes sundhed. Der eksisterer derudover begrænset

viden om kønsforskelle i sammenhængen mellem familiens indkomst og forskellige aspekter af børn og unges liv i en nordisk kontekst.

Denne undersøgelse benytter data fra Skolebørnsundersøgelsen, som er en stor, repræsentativ undersøgelse af 11-15-årige i Danmark. Kombinationen af disse med registerdata om familieindkomst giver en unik mulighed for at bidrage med ny viden om social ulighed i børn og unges liv og belyser samtidig kønsforskelle i disse sammenhænge. Rapporten udgør således et vigtigt bidrag til forskningen, som undersøger den sociale ulighed i børn og unges sundhed.

1.3 Formål

Rapportens overordnede formål er at undersøge sammenhængen mellem familiens indkomst, herunder dét at leve i børnefattigdom, og børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Der er to delformål:

1. At undersøge sammenhængen mellem familiens disponible indkomst, herunder børnefattigdom, og 5., 7. og 9. klasseelevers sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv.
2. At undersøge, om disse sammenhænge er forskellige for drenge og piger.

2 Data og metode

2.1 Skolebørnsundersøgelsen

Denne rapport bygger på data fra Skolebørnsundersøgelsen i 2018 og 2022.

Skolebørnsundersøgelsen er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study, der udføres i samarbejde med Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (Inchley et al., 2018). Undersøgelsen er en landsdækkende undersøgelse, hvor elever fra 5., 7., og 9. klasse svarer på spørgsmål om deres sundhed, sundhedsadfærd og de sociale kontekster, de er en del af (Madsen et al., 2023) Data indsamles hvert fjerde år i henhold til den internationale HBSC-protokol (Inchley et al., 2018).

Spørgeskemaet er besvaret online, og eleverne logger ind med deres Unilogin, som i sig selv indeholder overordnede elevkarakteristika, og som muliggør opkobling til nationale registre via CPR-nummer. Således er information om elevernes køn og klassetrin indhentet gennem Unilogin, mens data om familiens indkomst er indhentet fra Danmarks Statistiks Indkomststatistikregister.

2.2 Udvælgelse og deltagelse af skoler og elever

Det er rapportens formål at undersøge sammenhængen mellem familiens disponible indkomst og en lang række forhold i børns liv, herunder deres sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. For at få en større studiepopulation og således større statistisk sikkerhed for at udtale os om de sammenhænge, vi undersøger, er data fra 2018 og 2022 slået sammen. Præcise fordelinger af 2018 eller 2022 kan findes i bilag 1.

I Danmark foregår stikprøveudtagningen til Skolebørnsundersøgelsen ved klyngesampling med skolen som udtrækningsenhed. Det vil sige, at eleverne inviteres til at deltage i undersøgelsen gennem deres skoler. Skolerne er tilfældigt udtrukket ud fra en komplet liste af alle danske fri-, privat- og folkeskoler i Danmark fra Undervisningsministeriet. For at sikre geografisk repræsentativitet gennemførte vi stikprøveudtagningen i geografiske strata, og skolerne blev derfor blevet opdelt i seks strata efter region: Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Hovedstaden (eksklusive København og Frederiksberg Kommune) samt København og Frederiksberg Kommune. Skolerne blev rekrutteret gennem invitationer via mail til skoleleder, skolebestyrelse og elevråd. Efterfølgende blev der fulgt op med telefonisk kontakt. Spørgeskemaet blev besvaret online af eleverne i en skoletime i perioden februar-maj 2018 og 2022. Som det fremgår af tabel 1, deltog der 3.660 elever fordelt på 45 skoler i 2018 og 5.823 elever fordelt på 94 skoler i 2022, hvilket svarer til en samlet population på 9.483 elever, som deltog i Skolebørnsundersøgelsen 2018 og 2022.

Tabel 1 Antal deltagende skoler og elever samt svarprocent i Skolebørnsundersøgelsen 2018 og 2022

	Inviterede skoler (n)	Deltagende skoler (n)	Svarprocent, skoleniveau (%)	Deltagende elever (n)	Svarprocent, elevniveau (%)
2018	200	45	23	3.660	85
2022	588	94	16	5.823	70

2.3 Familieindkomst og børnefattigdom

Information om indkomst i elevernes bopælsfamilie er indhentet fra Indkomststatistikregisteret i året før den tilsvarende spørgeskemaundersøgelse. I rapporten anvendes den såkaldte ækvivalerede disponible indkomst, som er tilpasset OECD's modificerede skala (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024) Dette er familiens årlige samlede disponible indkomst efter skat, hvor der tages højde for antallet af personer på 15 år eller derover og antallet af børn under 15 år i familien:

Den ækvivalerede disponible familieindkomst er udregnet således:

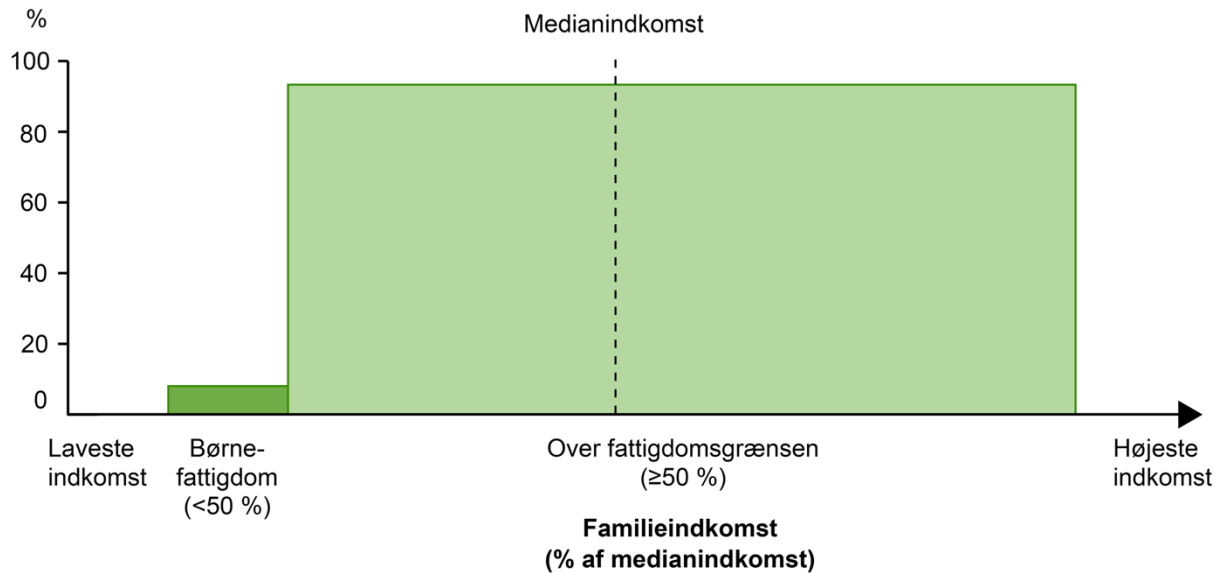
$$\frac{\text{Familiens disponible indkomst efter skat}}{0,5 + (0,5 * \text{antal personer over 14 år}) + (0,3 * \text{antal personer under 15 år})}$$

Ved brug af den ækvivalerede indkomst tages der højde for forskelle i familiestørrelser og i sammensætningen af familier, hvilket sikrer en mere rimelig sammenligning af familier, da nogle udgifter er meget afhængige af antallet af personer i familien. Familieindkomster er udelukkende baseret på den familie, som eleverne deler folkeregisteradresse med. Da man kun have én folkeregisteradresse, tages der således ikke højde for indkomst hos eventuelle juridiske forældre, som eleven ikke deler folkeregisteradresse med.

Eleverne bliver i rapporten inddelt i henholdsvis to og syv indkomstgrupper. Både i analyser af to og syv indkomstgrupper anvendes information om medianindkomsten blandt alle familier med børn i det givne år, enten 2017 eller 2021, i Danmark. Det vil sige i indkomstårene før spørgeskemaundersøgelserne, der gennemførtes februar-maj 2018 og 2022. Medianindkomsten er den indkomst, som en familie nøjagtigt i midten af indkomstfordelingen har. Således har halvdelen af familierne i Danmark en lavere indkomst end medianindkomsten, og halvdelen af familierne har en højere indkomst end medianindkomsten.

I analyser af to indkomstgrupper sammenlignes børn og unge, der er lever i fattigdom, med andre børn og unge. I rapporten er børnefattigdom defineret som en ækvivaleret disponibel indkomst, som er mindre end halvdelen af medianindkomsten i det givne år. Figur 2.3.1 illustrerer opdelingen af børnene i disse to grupper.

Figur 2.3.1 Studiepopulationen fordelt efter ækvivaleret disponibel familieindkomst i to indkomstgrupper

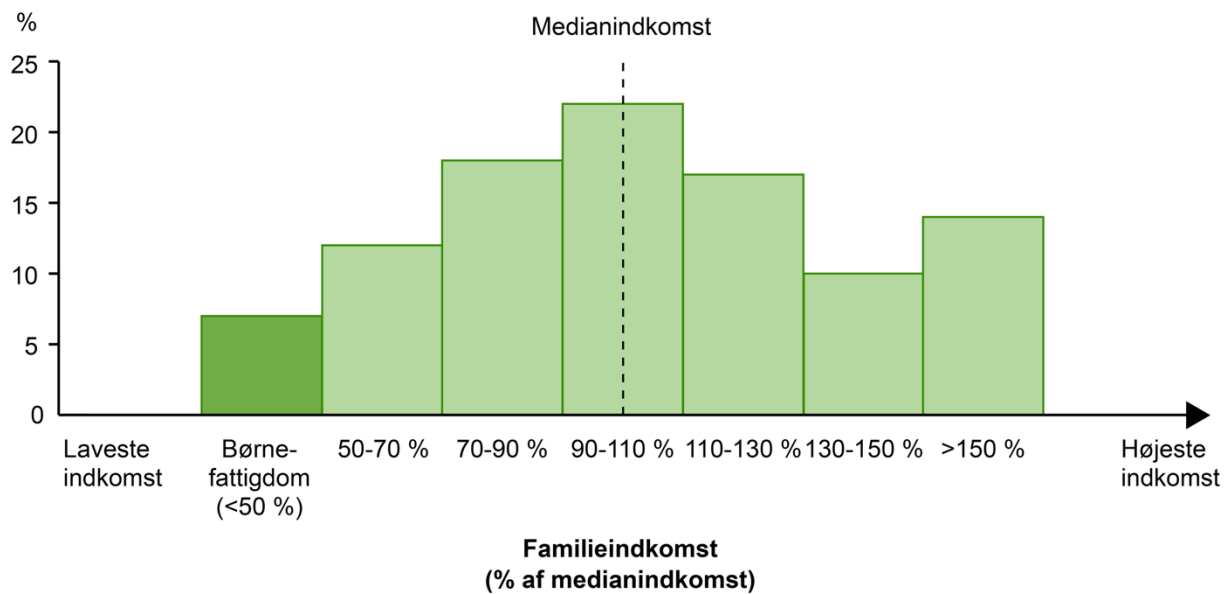


I analyserne, hvor eleverne opdeles i syv indkomstgrupper, undersøges mønstre i sammenhænge mellem familieindkomst og de udvalgte indikatorer. Her sammenlignes grupper defineret ved størrelsen af familieindkomsten i forhold til medianindkomsten det givne år. Grupperne er defineret som:

- Børnefattigdom (<50% af medianen)
- 50-70 % af medianindkomsten
- 70-90 % af medianindkomsten
- 90-110 % af medianindkomsten
- 110-130 % af medianindkomsten
- 130-150 % af medianindkomsten
- > 150 % af medianindkomsten

Grupperne er afbildet i figur 2.3.2, der viser, hvor stor en andel af eleverne, der tilhører de forskellige indkomstgrupper.

Figur 2.3.2 Studiepopulationen fordelt efter ækvivaleret disponibel familieindkomst i syv indkomstgrupper



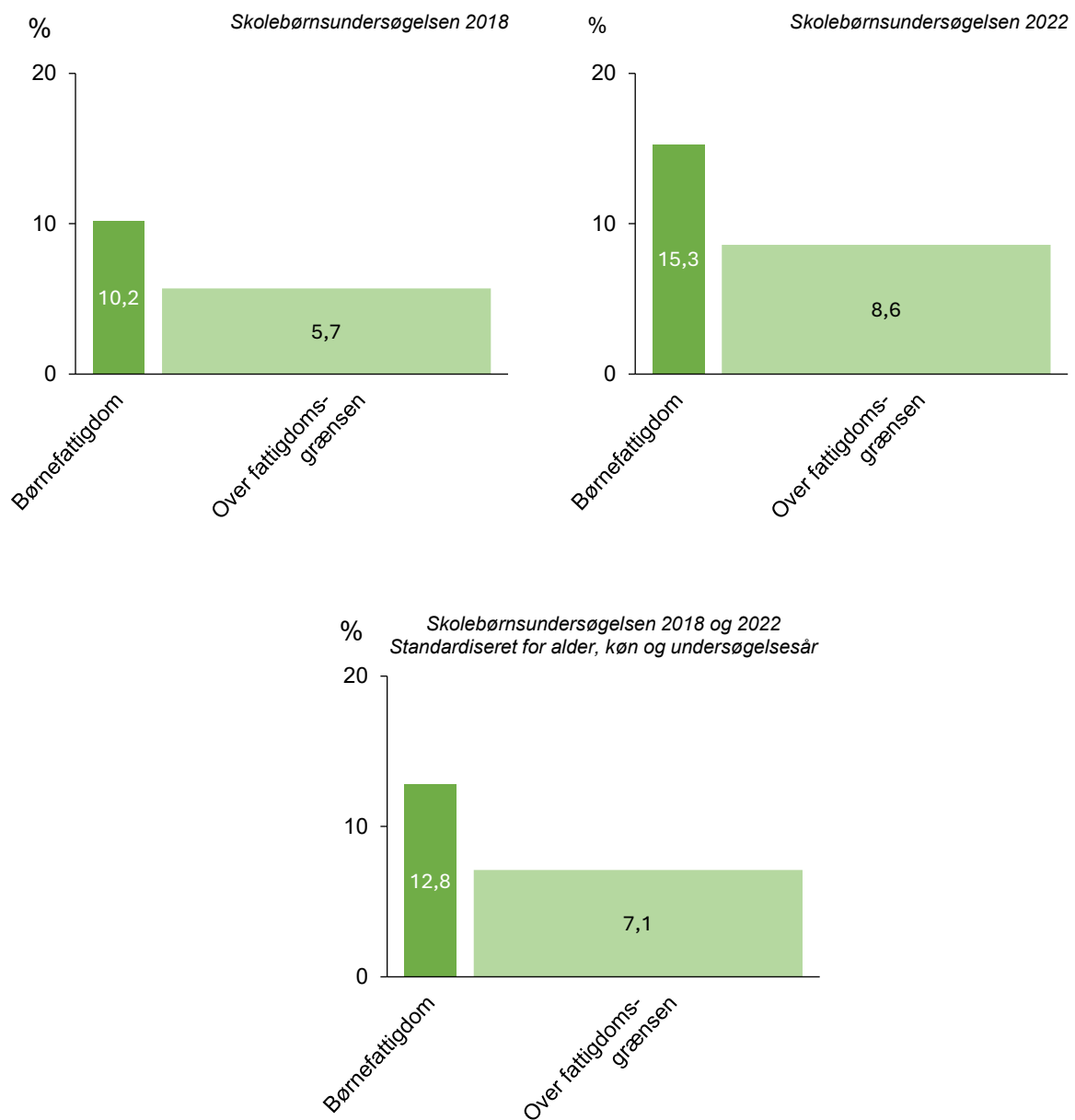
2.4 Statistiske analyser

Rapportens analyser består af 4 trin.

Første trin har til formål at beskrive de sociale og demografiske forhold, der kendetegner studiepopulationen (tabel 2). Da forekomsten af flere af sundhedsudfaldene er forskellig i Skolebørnsundersøgelsen i henholdsvis 2018 og 2022, er data fra de to år vægtet, så forekomsten af et udfald vægter lige meget fra 2018 og 2022. Det svarer til, at der indgår lige mange deltagende elever i 2018 og 2022. De forekomster (procenter), der fremgår af figurene, skal derfor forstås som et vægtet gennemsnit af forekomsten i 2018 og 2022.

Andet trin sammenligner, om andelen med et givent udfald er forskellig for gruppen med og uden børnefattigdom. For at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle i forekomsten, er der udført en χ^2 -test. Forskelle på 5 % signifikansniveau angives med stjerne (*) i figurtitlen. At resultatet er statistisk signifikant betyder, at forskellen mellem elever, der lever i fattigdom og de øvrige elever, med stor sandsynlighed er reel og ikke skyldes tilfældigheder. For at sikre, at eventuelle forskelle i et givent udfald mellem elever under og over fattigdomsgrænsen ikke er påvirket af køns- og aldersfordelingen eller fordelingen af deltagere i dataindsamlingsåret, er data standardiseret, så forekomsten vægtes ligeligt i beregningerne. De viste forekomster er derfor standardiserede sammenfatninger mellem de to dataindsamlingsår. Figur 2.4.1 er et eksempel på, hvordan den sammenfattede og standardiserede fordeling af andelen, som føler sig ensom, er fremkommet fra fordelingerne for undersøgelserne i henholdsvis 2018 og 2022. Selvom forekomsten af et udfald er forskelligt indenfor 2018 og 2022, har det ikke en betydning for sammenhængen mellem indkomst og sundhed.

Figur 2.4.1 Eksempel på vægtet gennemsnit af forekomsten



I det tredje trin af analyserne belyses sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed ved at undersøge, om forekomsten af en given sundhedsindikator varierer med familiens indkomstniveau. Eleverne er i denne del af analysen opdelt i syv grupper baseret på den disponible familieindkomst (jf. afsnit 2.3 og figur 2.3.2). Formålet er at identificere forskelle i mønstre for elevernes sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv på tværs af indkomstgrupperne. Der er i analyserne kontrolleret for køn, alder og dataindsamlingsår gennem standardisering. Af hensyn til elevernes anonymitet er resultater baseret på færre end 10 observationer ikke præsenteret.

Fjerde trin i analysen undersøger, om sammenhængen mellem et givent udfald og familieindkomst er forskellig mellem drenge og piger. Her er der også ved standardisering taget højde for alder og

dataindsamlingsår. Det er eventuelle forskelle i mønsteret i sammenhængen mellem familieindkomst og sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv for henholdsvis drenge og piger, der er vigtige i disse analyser. Fx kan der være et gradvist fald i andelen af et udfald blandt piger, som ikke ses blandt drenge. Samtidig vil generelle niveauforskelle mellem piger og drenge også fremgå ud fra disse analyser.

I sensitivitetssanalyser undersøger vi sammenhængene mellem børnefattigdom og de undersøgte udfald, hvor definitionen af børnefattigdom inkluderer, at familien ikke må have en formue over fattigdomsgrænsen i det givne år. Resultaterne af disse analyser var meget lig de øvrige analyser, og sensitivitetssanalyserne præsenteres derfor ikke yderligere.

2.5 Datasikkerhed og etik

Skolebørnsundersøgelsen bliver gennemført frivilligt af eleverne og med fortrolig behandling af skolernes og elevernes data. Eleverne besvarer spørgeskemaet i en klasselektion efter standardiseret instruktion, hvor eleverne blandt andet bliver informeret om formålet med Skolebørnsundersøgelsen, at deltagelse i undersøgelsen er frivillig, og at deres data bliver behandlet fortroligt. I 2018 fik eleverne læst instruktionen op ad den tilstedeværende lærer, og i 2022 så eleverne en introduktionsvideo med tilsvarende information. Som afslutning på spørgeskemaet blev eleverne takket for at deltage og anvist til at kontakte en tryk voksen, hvis spørgeskemaet havde sat tanker i gang, som de havde brug for at tale med nogen om. Senest 14 dage før dataindsamlingen modtog elevernes forældre grundig skriftlig – og i 2022 også videobaseret – information om undersøgelsen på dansk og engelsk. Her blev undersøgelsens formål beskrevet samtidig med, at det blev tydeliggjort, at elevernes deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at data bliver behandlet fortroligt. Via et elektronisk link fik forældrene mulighed for at trække deres barns besvarelse ud af den endelige datafil, hvis de ønskede, at deres barns data ikke blev inkluderet i undersøgelsen.

Dataindsamlingen er anmeldt til SDU's fortegnelse og gennemføres i henhold til databeskyttelseslovens § 10 og databeskyttelsesforordningens art. 6, stk. 1, litra e. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning. Efter endt dataindsamling blev der genereret en elektronisk rapport til hver deltagende skole med en præsentation af skolens samlede resultater.

2.6 Karakteristik af studiepopulationen

Tabel 2 beskriver den samlede studiepopulation med udgangspunkt i sociale og demografiske forhold. Af de deltagende elever er der 15, der har deltaget i begge år, og disse er kun inkluderet i et af undersøgelsesårene, mens der er 53 elever, hvor det ikke var muligt at indhente oplysninger om forældres indkomst. Den endelige studiepopulation er således på 9.415 elever. Der er en lige stor andel drenge og piger i den samlede studiepopulation. En lidt større andel elever går i 5. klasse (38,2%) end i henholdsvis 7. (34,7%) og 9. klasse (27,1%). Det fremgår også af tabellen, at 7,1 % af eleverne i den samlede studiepopulation lever i fattigdom (<50% af medianen). Forekomsten af børnefattigdom er baseret på information om familieindkomsten året inden Skolebørnsundersøgelsen i 2018 og 2022. Som det fremgår, er forekomsten i Skolebørnsundersøgelsen lidt højere end forekomsten fra Danmarks Statistik om børnefattigdom i den danske befolkning, hvor det gælder 5,6% af børn i 2017 og 4,7% af børn i 2021. Den højere andel, der lever i børnefattigdom, i denne undersøgelse sammenlignet med Danmarks Statistiks opgørelser er blandt andet et resultat af forskelle i definitionen af familiens indkomst (studerende forældre og formuende forældre er ikke medtaget ved den nationale opgørelse fra Danmarks

Statistik) og forskelle i aldersfordeling (Danmarks Statistik inkluderer alle børn mellem 0 og 18 år), men kan også være et udtryk for stikprøvens repræsentativitet.

Tabel 2 Beskrivelse af studiepopulationen, N=9.415

		2018		2022		Studie- population*
		N=3.653		N=5.762		N=9.415
		%	(n)	%	(n)	Vægtet %
Køn	Piger	50,0	(1825)	50,0	(2880)	50,0
	Drenge	50,0	(1828)	50,0	(2882)	50,0
Klassetrin	5. klasse	40,5	(1479)	35,9	(2068)	38,2
	7. klasse	33,4	(1221)	36,0	(2075)	34,7
	9. klasse	26,1	(953)	28,1	(1619)	27,1
Disponibel familieindkomst (to kategorier)	Børnefattigdom (<50% af medianen)	8,0	(293)	6,2	(360)	7,1
	Over fattigdomsgrænsen	92,0	(3360)	93,8	(5402)	92,9
Disponibel familieindkomst (syv kategorier)	Børnefattigdom (<50% af medianen)	8,0	(293)	6,2	(360)	7,1
	50-70% af medianen	13,3	(485)	11,7	(675)	12,5
	70-90% af medianen	18,3	(670)	18,2	(1050)	18,3
	90-110% af medianen	21,4	(782)	21,6	(1244)	21,5
	110-130% af medianen	16,8	(613)	16,8	(969)	16,8
	130-150% af medianen	9,6	(352)	10,1	(580)	9,9
	> 150% af medianen	12,5	(458)	15,3	(884)	13,9
Forældreuddannelse	Grundskole	6,4	(233)	4,8	(275)	5,6
	Gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse	39,5	(1439)	29,3	(1680)	34,4
	Kort og mellemlang videregående uddannelse	35,6	(1296)	37,2	(2135)	36,4
	Lang videregående uddannelse	18,5	(674)	28,8	(1652)	23,6
Familieform	Bor med begge forældre	75,8	(2673)	72,8	(4062)	74,3
	Eneforsørger-familie	15,6	(550)	19,4	(1084)	17,5
	Sammenbragt familie	6,9	(245)	6,4	(357)	6,7
	Andet (fx plejefamilie, institution)	1,6	(58)	1,3	(73)	1,5
Herkomst	Dansk oprindelse	88,9	(3223)	89,7	(5166)	89,3
	Efterkommere af indvandrere	6,8	(247)	6,2	(356)	6,5
	Indvandrere	3,9	(141)	3,7	(211)	3,8
	Ikke klassificerbare	0,4	(16)	0,4	(24)	0,4

* Standardiseret population, hvor 2018 og 2022 indgår med lige stor vægt og således udtrykker en middelværdi mellem de to dataindsamlingsår.

3 Sundhed

I dette kapitel undersøges sammenhængen mellem familiens indkomst og elevernes sundhed, herunder selvvurderet helbred, fysiske og psykiske symptomer, vægt, livstilfredshed, kropspfattelse, ensomhed, selvværd og selvformåen.

Sammenfatning af resultater

Der er en gradueret sammenhæng mellem indkomst og mavepine, overvægt, lav livstilfredshed, lav selvformåen, at føle sig for tyk og dét at have mindst ét dagligt psykisk eller fysisk symptom. Forekomsten er således stigende med faldende indkomst for både drenge og piger. Der er til gengæld ingen tydelig sammenhæng med familiens indkomst, når vi ser på fysiske og psykiske symptomer som hyppige rygsmærter, irritabilitet, nervøsitet, indsovningsbesvær og svimmelhed, og her er forekomsten således ens på tværs af indkomstgrupper for både drenge og piger.

Kønsskille

Der er også steder, hvor sammenhængen med indkomst ser ud til at være forskellig, når vi ser på piger og drenge hver for sig. Det gælder selvvurderet helbred, hvor andelen med dårligt eller nogenlunde selvvurderet helbred falder med stigende indkomst for pigerne, mens der ikke er nogen sammenhæng for drenge. Der er også kønsskille ved hovedpine, at være ked af det og at føle sig for tynd, hvor der blandt piger men ikke blandt drenge ses en sammenhæng med familieindkomst. Dertil ses en kønsskille ved selvværd, hvor der blandt drenge er en gradueret sammenhæng, og der blandt piger er højest og nogenlunde ens forekomst ved familieindkomst under medianindkomsten. Der er også forskel for drenge og piger, når vi ser på sammenhængen mellem indkomst og ensomhed, hvor forekomsten blandt piger, som føler sig ensomme, falder med stigende familieindkomst omkring medianindkomsten, hvorimod der blandt drenge ses en dobbelt så stor andel, som føler sig ensomme, blandt dem, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med øvrige elever.

3.1 Selvvurderet helbred

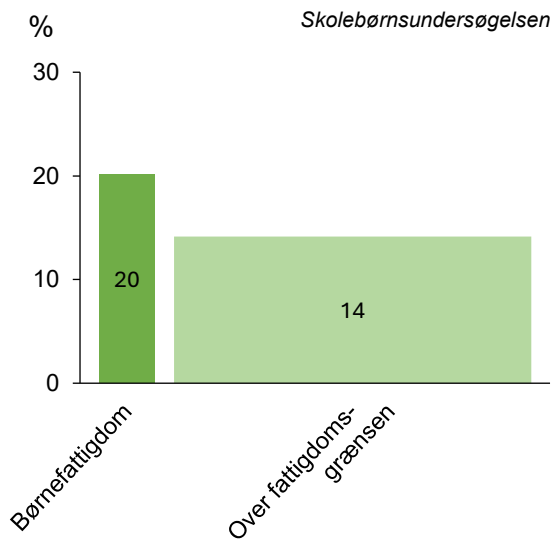
Selvvurderet helbred er vigtig information om en persons sundhed. Det er en central helbredsindikator i befolkningsundersøgelser (Rosendahl Jensen et al., 2022) og selvvurderet helbred er også en vigtig indikator for helbred blandt børn og unge (Hetlevik et al., 2020). Selvvurderet helbred er derudover en vigtig indikator for andre helbredsproblemer og fremtidige helbredsproblemer. Fx ses det, at børn, som i 11-årsalderen rapporterer, at deres selvvurderede helbred ikke er godt, har hyppigere kontakt med sundhedsvæsenet, får oftere udskrevet receptpligtig medicin, har større risiko for at blive set i hospitalsregi og få udskrevet medicin for fysisk og psykisk sygdom i ungdomsårene (Renneberg et al., 2025).

I Skolebørnsundersøgelsen måles lervernes selvvurderede helbred via et enkelt spørgsmål, som indgår som standard i flere befolkningsundersøgelser: 'Synes du, dit helbred er...' med fire svarkategorier; 'Virkelig godt', 'Godt', 'Nogenlunde' og 'Dårligt'.

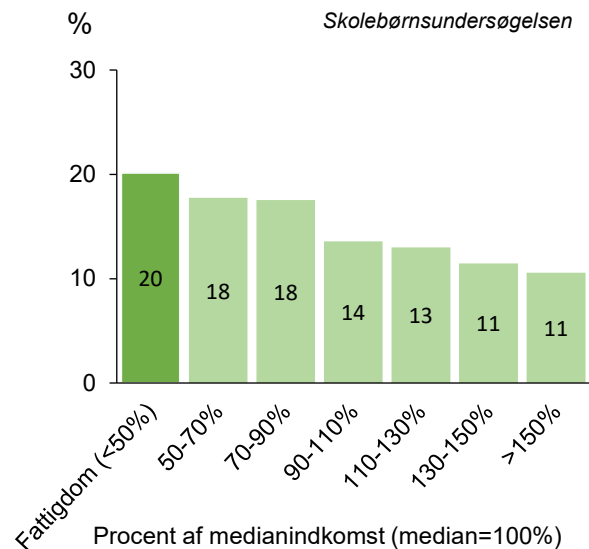
Figur 3.1.1-3.1.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse med dårligt eller nogenlunde selvvurderet helbred opdelt efter familiens indkomst. Figur 3.1.1 viser en statistisk signifikant forskel, hvor andelen med dårligt/nogenlunde selvvurderet helbred større blandt børn og unge,

som lever i fattigdom, sammenlignet med andre elever. Figur 3.1.2 viser en gradueret sammenhæng, hvor andelen med dårligt/nogenlunde selv vurderet helbred bliver gradvist mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 3.1.3 viser, en gradient blandt piger, men at der ikke er en entydig sammenhæng blandt drenge. Det fremgår ligeledes af figur 3.1.3, at andelen med nogenlunde eller dårligt selv vurderet helbred generelt er større blandt piger end blandt drenge.

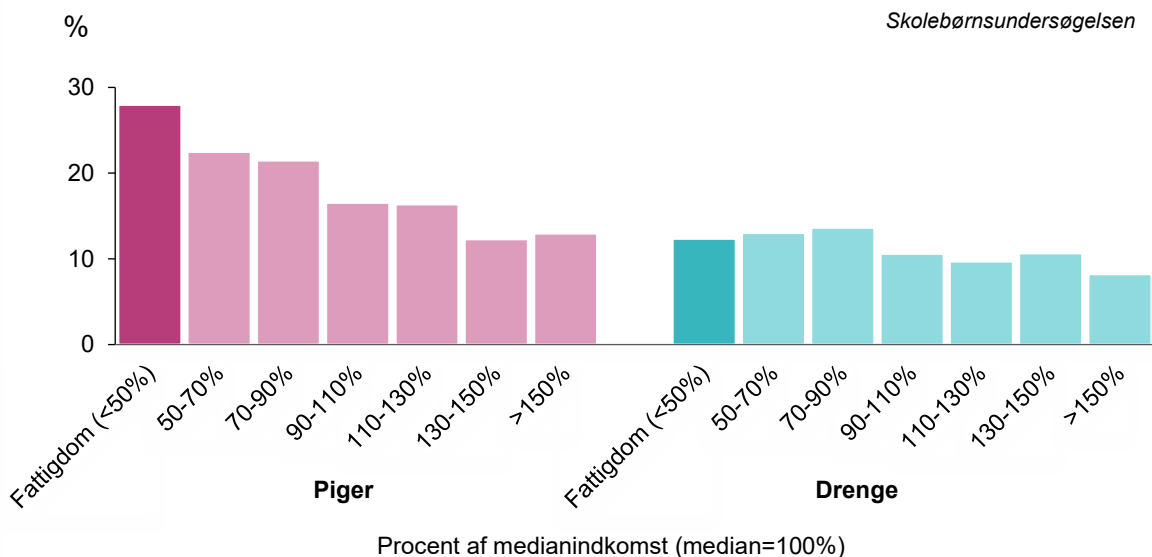
Figur 3.1.1 Andel med nogenlunde eller dårligt selv vurderet helbred i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.1.2 Andel med nogenlunde eller dårligt selv vurderet helbred i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.1.3 Andel med nogenlunde eller dårligt selv vurderet helbred i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



3.2 Fysiske og psykiske symptomer

Skolebørnsundersøgelsen indeholder en række spørgsmål om fysiske og psykiske symptomer, som blandt andet udgør en vigtig indikator for børns mentale sundhed og trivsel (Jeppesen et al., 2020). Når symptomerne er vedvarende eller tilbagevendende, påvirker de børns daglige funktion og livskvalitet negativt og kan have alvorlige implikationer for børns fysiske og mentale sundhed og læring på sigt (Ravens-Sieberer et al. 2009). I Skolebørnsundersøgelsen anser vi børn og unges egne oplevelser af symptomer som en vigtig angivelse af, hvordan de har det, da hyppige symptomer som fx mavepine, hovedpine eller svimmelhed må opfattes som en belastning uanset årsagen.

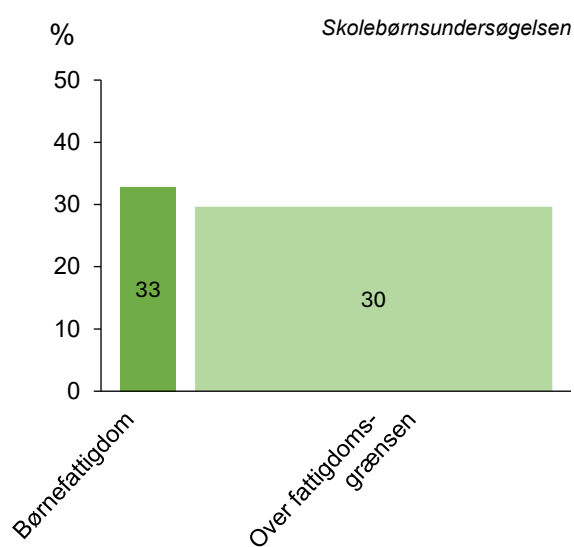
I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi eleverne til otte fysiske og psykiske symptomer: Hvor ofte de har hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, været ked af det, været irriteret eller i dårligt humør, været nervøs, haft svært ved at falde i søvn og været svimmel. Hertil kan eleverne svare: 'Næsten hver dag', 'Mere end én gang om ugen', 'Næsten hver uge', 'Næsten hver måned' og 'Sjældent eller aldrig'.

Hovedpine

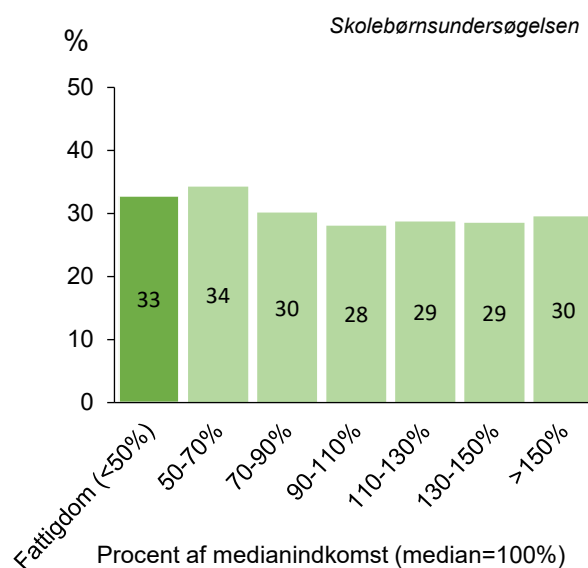
Hovedpine kan have flere årsager, og gruppen af elever med hyppig hovedpine kan således bestå af elever, som er diagnosticeret med fx migræne, men også elever med hyppig hovedpine af mere uspecifik karakter. Fælles er dog, at den hyppige hovedpine udgør en belastning for eleven.

Figur 3.2.1-3.2.2 viser andelen af 5., 7. og 9. klasseselever med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 3.2.1 og 3.2.2, er der ikke tydelige forskelle i forekomsten af elever med hyppig hovedpine på baggrund af børnefattigdom og på tværs af familieindkomstgrupper. Figur 3.2.3 viser en mindre kønsforskel, hvor andelen med hyppig hovedpine er højere blandt pigerne i de to laveste indkomstgrupper i forhold til de øvrige piger. Blandt drenge ses ingen tydelig gradient men en generelt lavere forekomst af hovedpine end blandt pigerne.

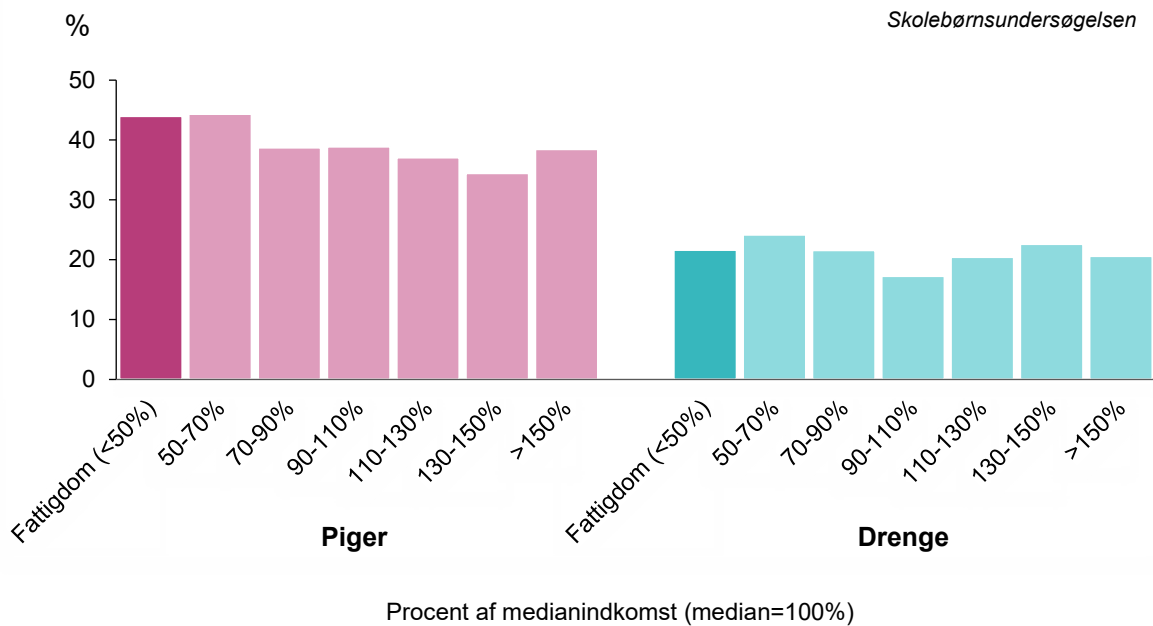
Figur 3.2.1 Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.2 Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.3 Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

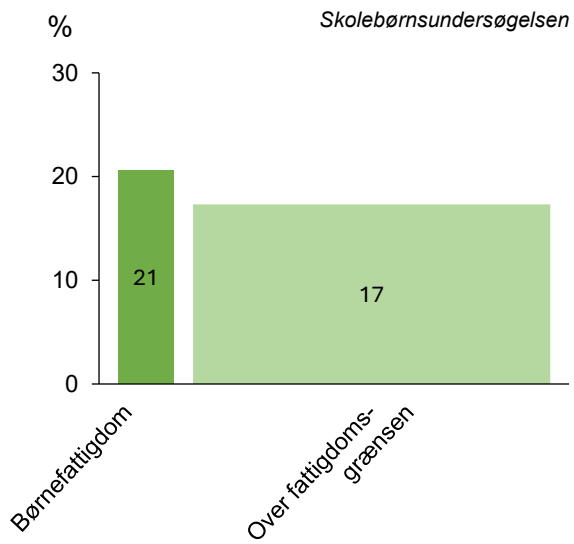


Mavepine

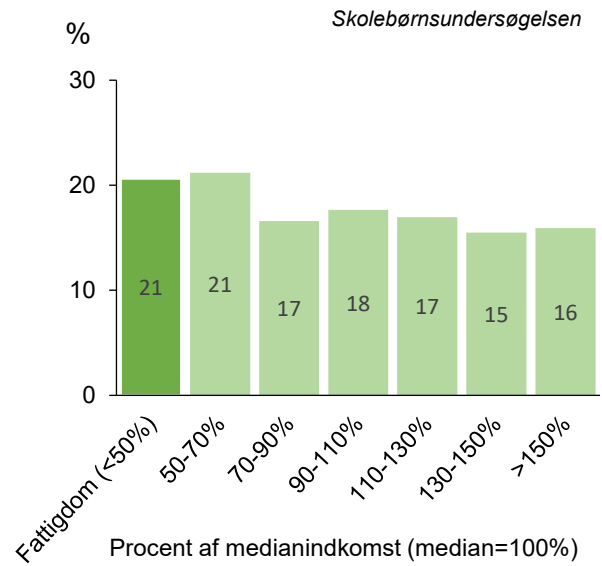
Mavepine blandt skoleelever kan have mange årsager, og således indeholder gruppen af elever, som rapporterer hyppig mavepine, både dem, som er diagnosticeret med en tarmsygdom, dem, som rapporterer menstruationssmerter, men også elever med hyppig mavepine af mere uspecifik karakter. Fælles er dog, at hyppig mavepine udgør en belastning for eleven.

Figur 3.2.4-3.2.6 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som rapporterer mavepine næsten hver uge eller hyppigere, efter familiens indkomst. Af figur 3.2.4 fremgår det, at en lille men statistisk signifikant større andel elever, som lever i fattigdom, har hyppig mavepine sammenlignet med andre elever. Når man ser på sammenhængen mellem familieindkomst og mavepine på tværs af indkomstgrupper (figur 3.2.5), er forekomsten af elever med hyppig mavepine højere blandt elever i de to laveste indkomstgrupper (inkl. børnefattigdom) sammenlignet med elever fra familier med højere indkomst. Dette mønster afspejles blandt både piger og drenge, men drengene ligger generelt på et lavere niveau (figur 3.2.6).

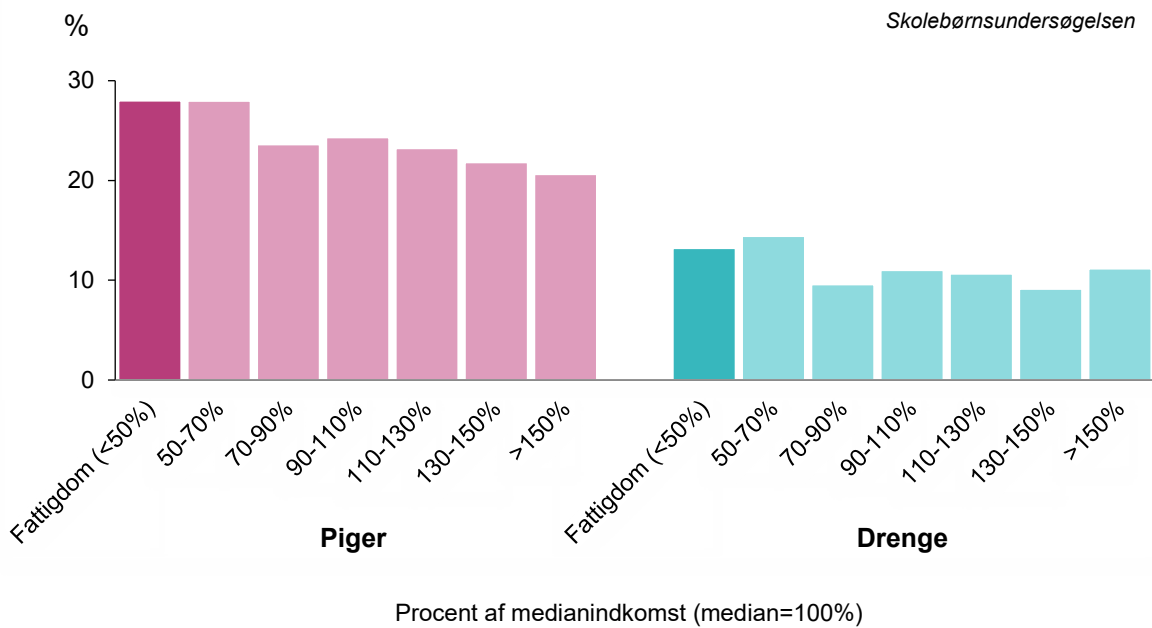
Figur 3.2.4 Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.2.5 Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.6 Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

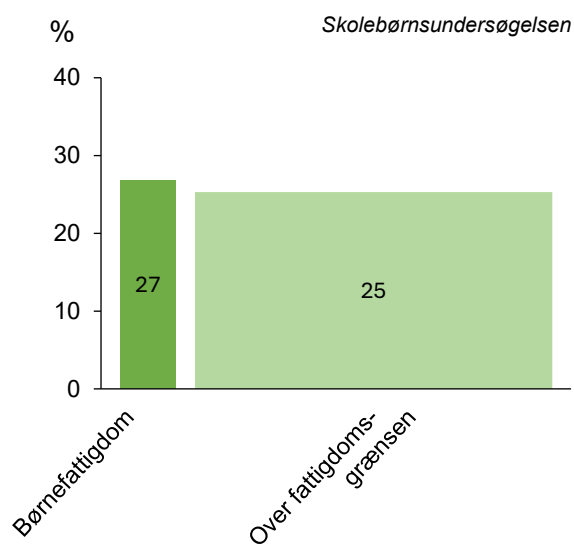


Rygsmarter

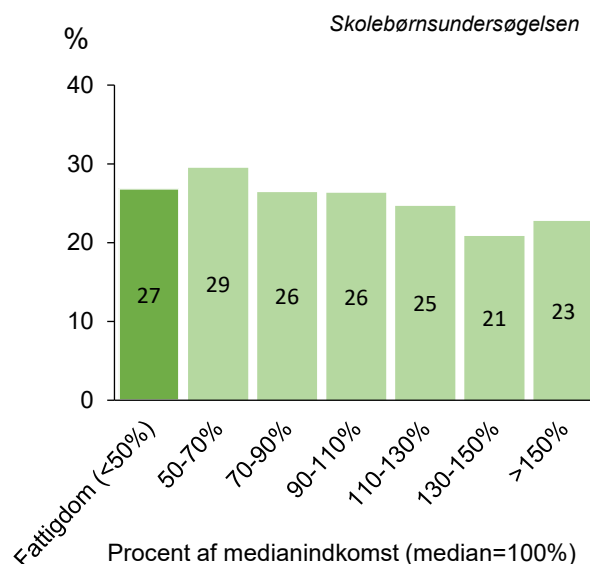
Hyppige rygsmarter blandt skoleelever kan have flere årsager, og gruppen af elever med rygsmarter kan således indeholde elever, som er diagnosticeret med en rygproblematik, men også elever med hyppigt ondt i ryggen af mere uspecifik karakter. Det er dog fælles for eleverne at hyppige rygsmarter udgør en belastning.

Figur 3.2.7-3.2.9 viser forekomsten af 5., 7. og 9. klasseelever, som rapporterer rygsmarter næsten hver uge eller hyppigere, efter familiens indkomst. Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst (herunder børnefattigdom) og rygsmarter i figur 3.2.7 og 3.2.8, og heller ikke, når man ser på drenge og piger hver for sig (figur 3.2.9).

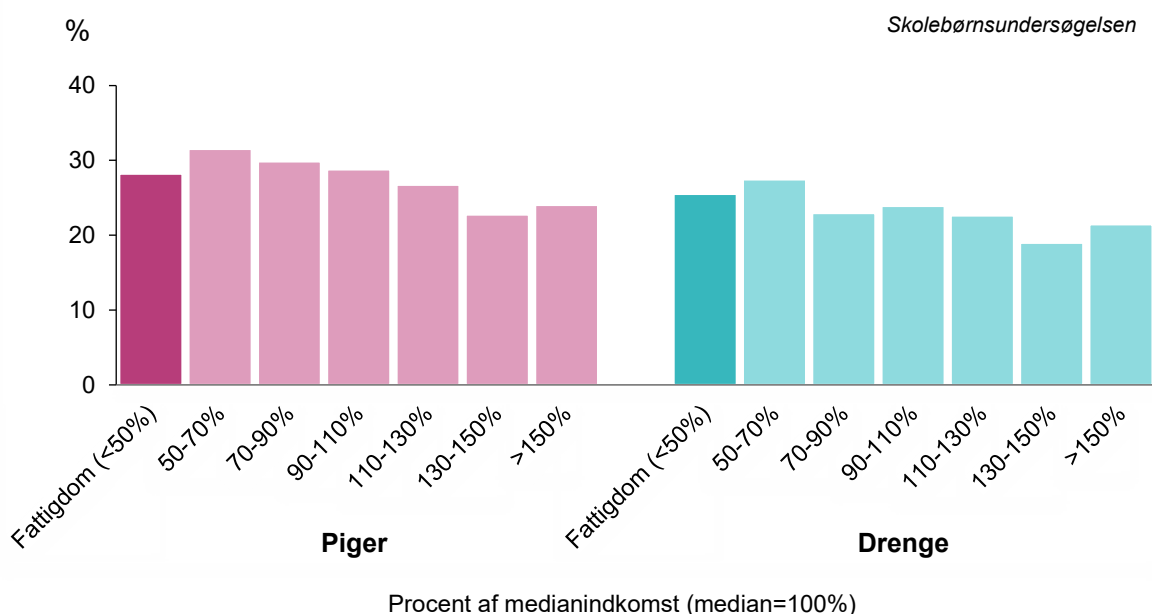
Figur 3.2.7 Andel med rygsmarter næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.8 Andel med rygsmarter næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.9 Andel med rygsmarter næsten hver uge eller hyppigere i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

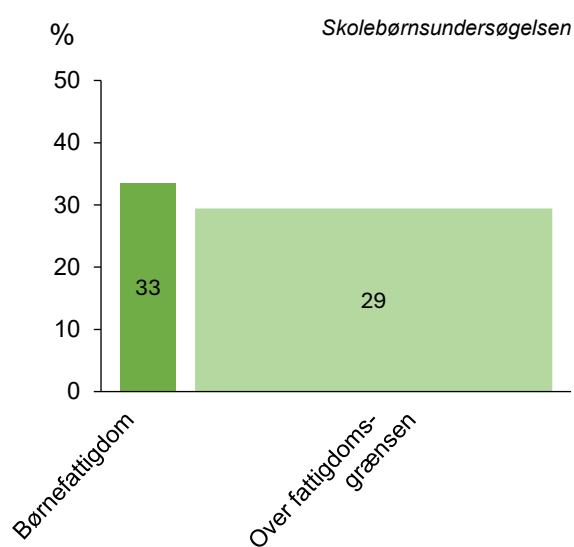


Ked af det

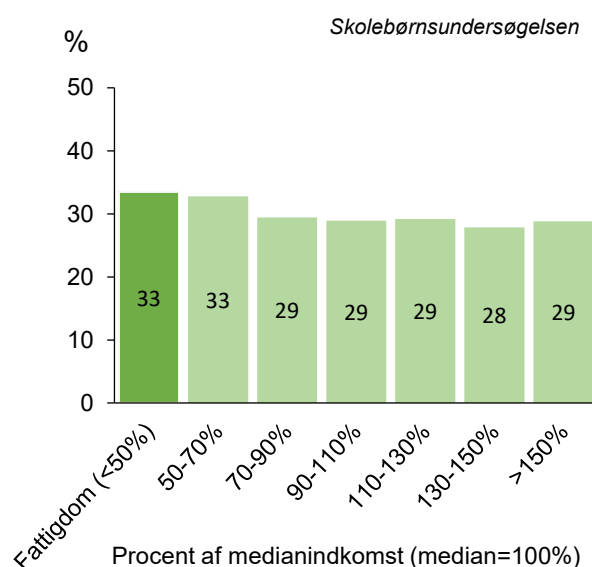
At være ked af det en gang imellem er en helt naturlig del af børn og unges udvikling og liv. Men oplever børn og unge at være kede af det meget tit eller vedvarende, kan det være udtryk for, at den enkelte mistrives og være et tegn på belastning.

Figur 3.2.10-3.2.12 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som angiver at være ked af det næsten hver uge eller hyppigere, efter familiens indkomst. Af figur 3.2.10 fremgår det, at andelen, som hyppigt er ked af det, er lidt større blandt dem, som lever i fattigdom, end blandt andre. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 3.2.11 viser, at forekomsten af børn og unge, der hyppigt er kede af det, er højere blandt dem i de to laveste indkomstgrupper sammenlignet med andre. Dog viser de kønsopdelte analyser, at der blandt piger ses en gradient, hvor andelen, som er hyppigt ked af det falder med stigende familieindkomst, mens der ingen sammenhæng ses blandt drenge (figur 3.2.12). Det fremgår derudover, at andelen, som er kede af det næsten hver uge, generelt er større blandt piger end drenge.

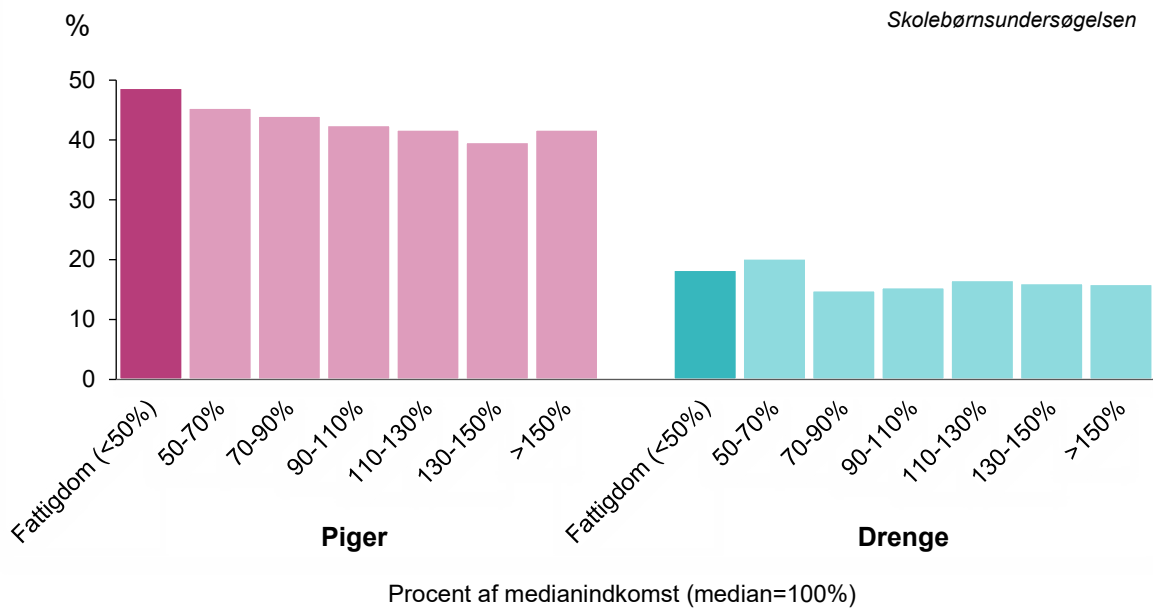
Figur 3.2.10 Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.2.11 Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.12 Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

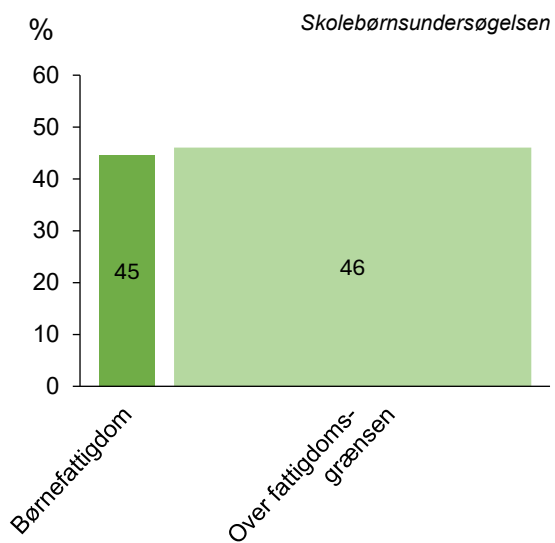


Irritabel eller dårligt humør

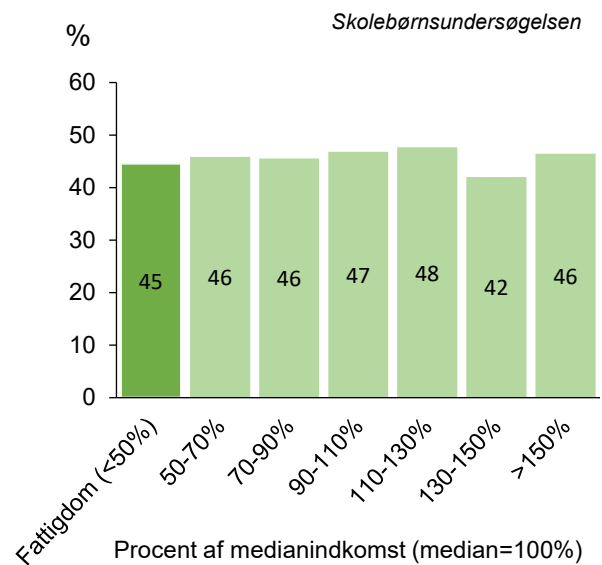
Det er en naturlig del af alle børn og unges liv at være irritabel eller i dårligt humør en gang imellem. Hvis disse følelser bliver hyppige eller vedvarende, kan det derimod være udtryk for, at det enkelte barn mistrives og være tegn på belastning.

Figur 3.2.13-3.2.15 viser andelen af elever i 5., 7 og 9. klasse, som er irritable eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, efter familiens indkomst. Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem børnefattigdom eller familiens indkomst og irritabilitet eller dårligt humør (figur 3.2.13 og 3.2.14). Det samme mønster ses blandt både piger og drenge, dog er forekomsten højere blandt piger (figur 3.2.15).

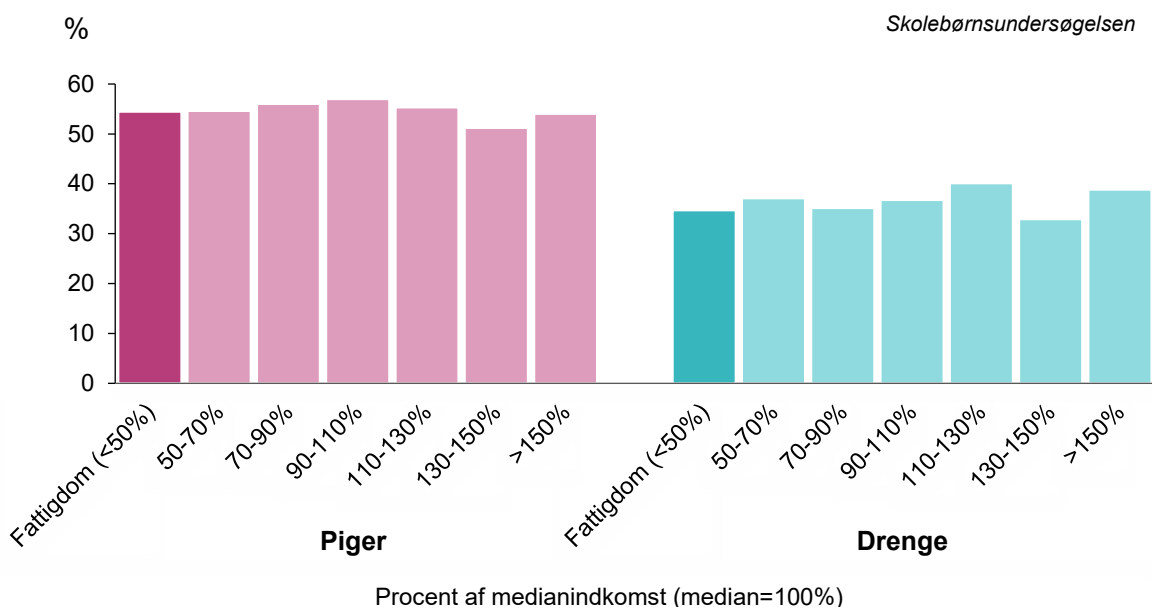
Figur 3.2.13 Andel, som er irriteret eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.14 Andel, som er irriteret eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.15 Andel, som er irriteret eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

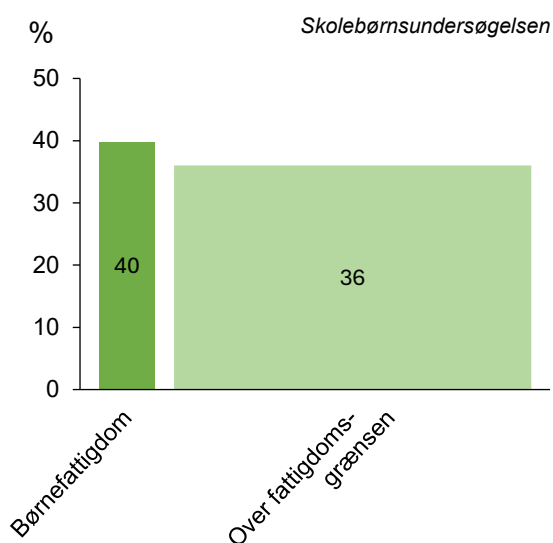


Nervøsitet

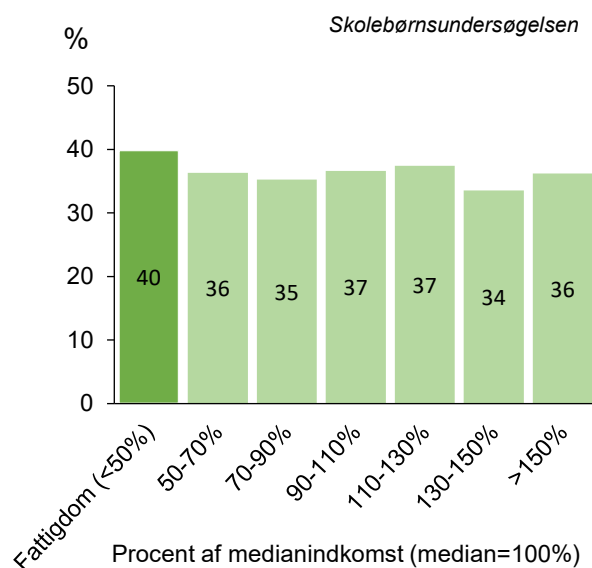
At være nervøs er en normal del af børne- og ungdomslivet. Nervøsitet kan have flere årsager, men bliver den meget hyppig, kan det være tegn på mistrivsel og belaste barnets hverdag.

Figur 3.2.16-3.2.18 viser andelen, som er nervøs hver uge eller hyppigere, i 5., 7., og 9. klasse opdelt efter familieindkomst. Der ses ingen sammenhæng mellem familieindkomst og nervøsitet. Andelen, som er hyppigt nervøs, er overordnet set større blandt piger end blandt drenge (figur 3.2.18).

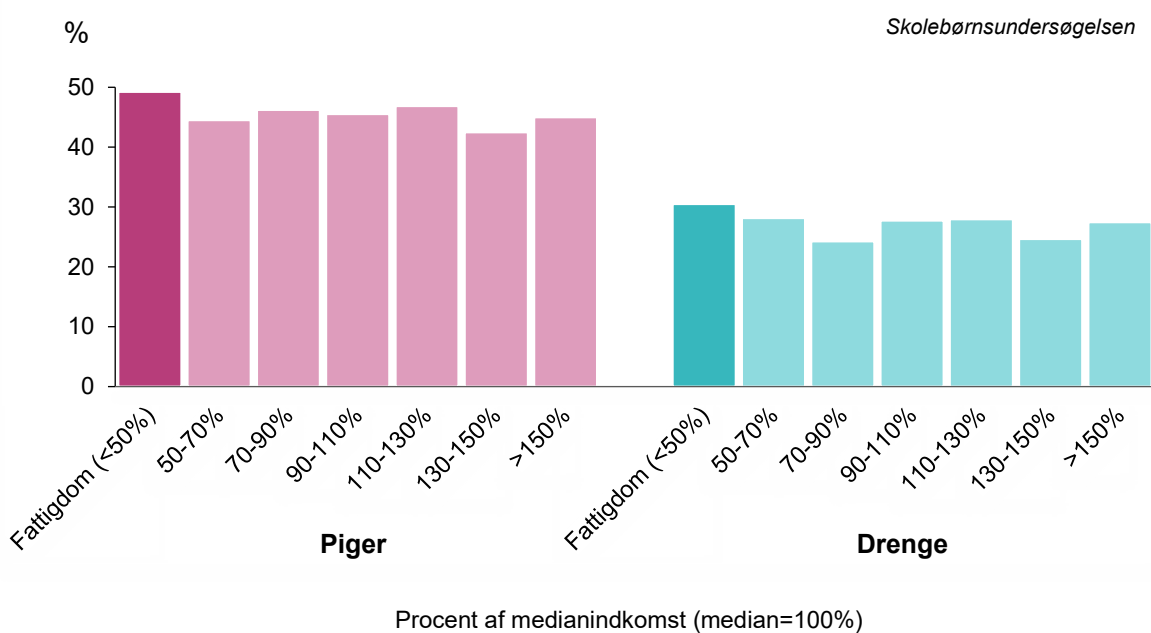
Figur 3.2.16 Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.17 Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.18 Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

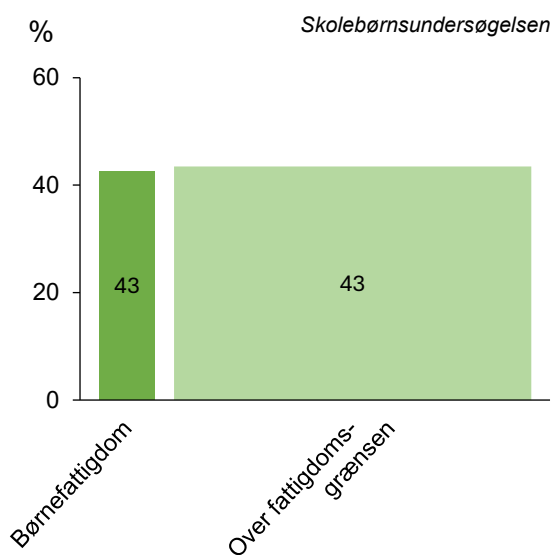


Indsovningsbesvær

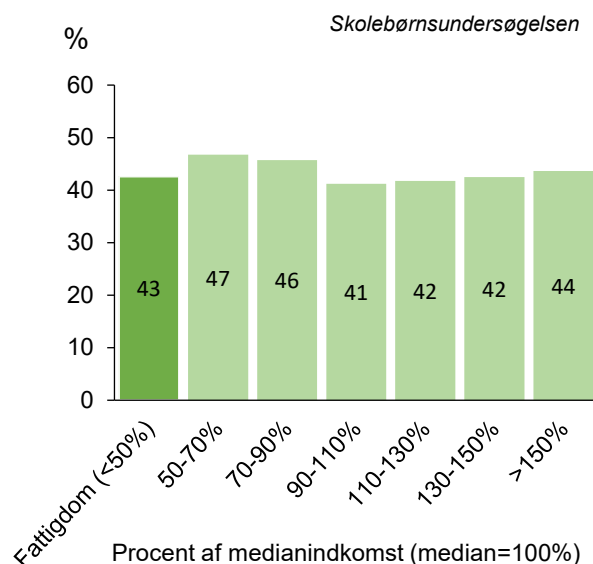
At have svært ved at falde i søvn kan have flere årsager som fx skærmbrug inden sengetid, fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, men det kan også være tegn på belastninger som mistrivsel eller bekymringer.

Figur 3.2.19-3.2.21 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, opdelt efter familieindkomst. Der ses ingen sammenhæng mellem hverken børnefattigdom eller familieindkomst og indsovningsbesvær (figur 3.2.19, 3.2.20 og 3.2.21). Af figur 3.2.21 fremgår det også, at forekomsten overordnet set er højere blandt piger end blandt drenge.

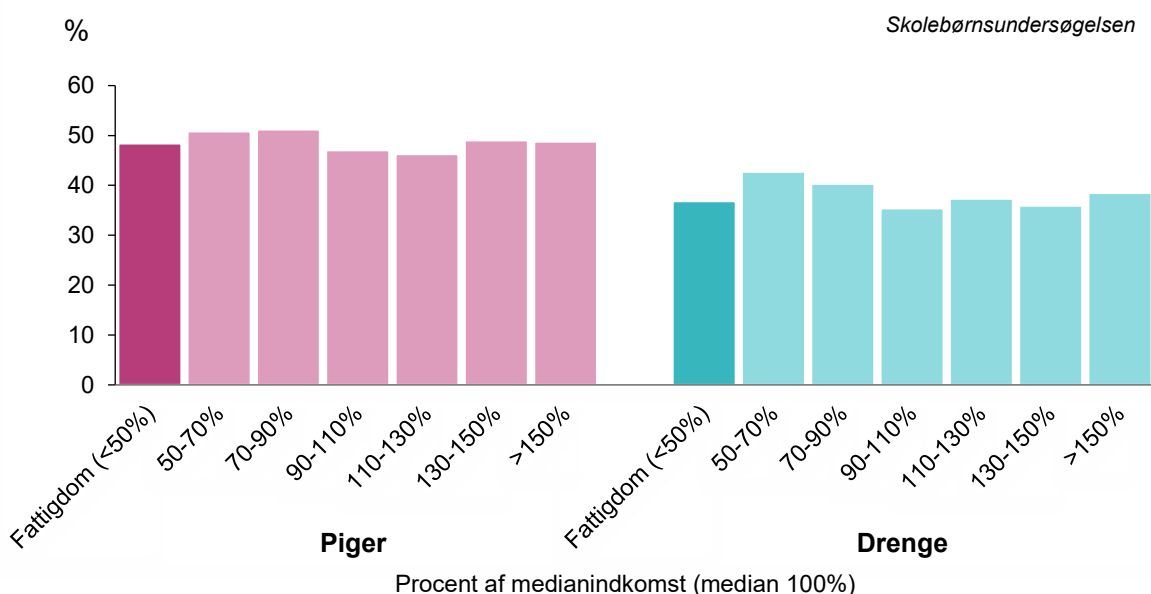
Figur 3.2.19 Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.20 Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



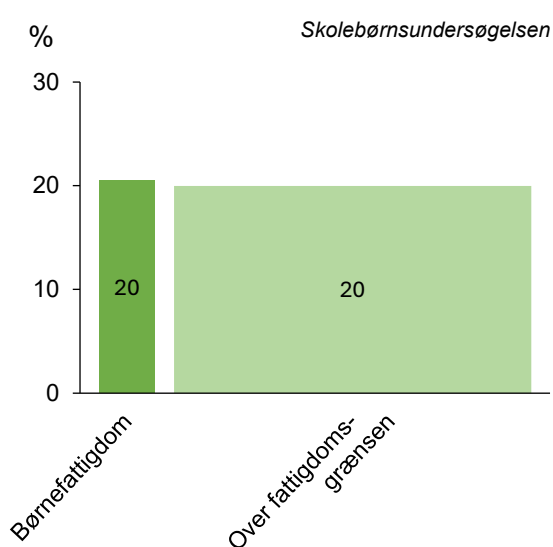
Figur 3.2.21 Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



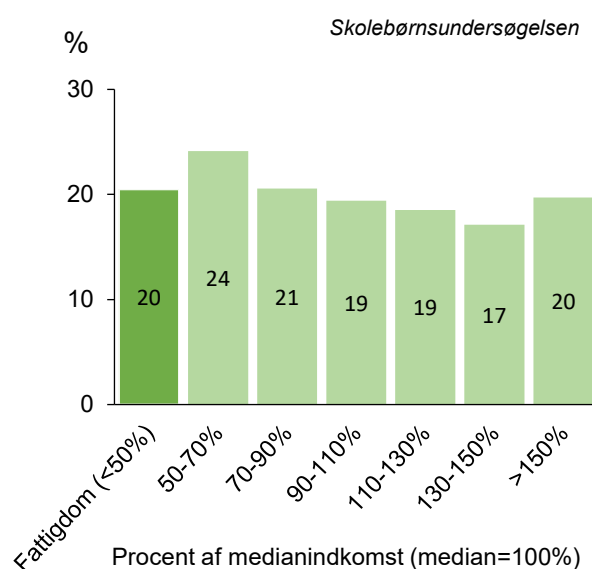
Svimmelhed

Svimmelhed kan have flere fysiske årsager som fx virus eller lavt blodtryk, men årsager kan også være af psykisk karakter. Fælles er dog, at hyppig svimmelhed udgør en belastning for barnet. Figur 3.2.22-3.2.24 viser andelen, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7., og 9. klasse opdelt efter familieindkomst. Der ses ingen sammenhæng mellem familieindkomst og svimmelhed, hvor forekomsten af svimmelhed er nogenlunde ens uanset om eleven lever over eller under fattigdomsgrænsen og på tværs af indkomstgrupper (figur 3.2.22 og 3.2.23). Det samme mønster ses på tværs af køn (figur 3.2.24). Figur 3.2.24 viser endvidere, at der generelt set er en større andel blandt piger end blandt drenge, som ofte oplever svimmelhed.

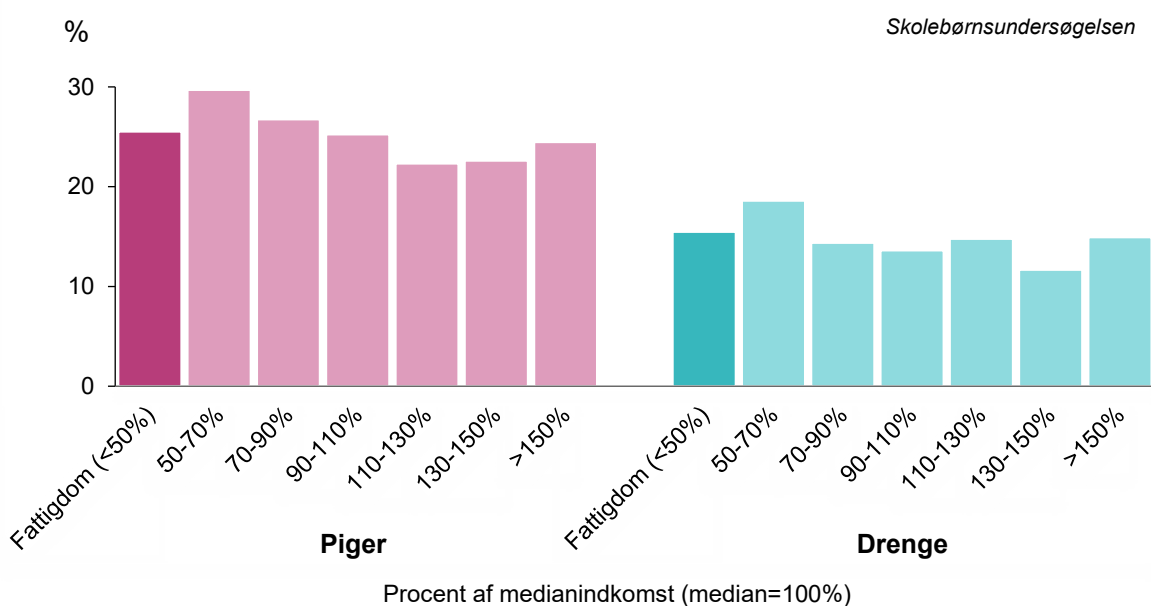
Figur 3.2.22 Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.23 Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.24 Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

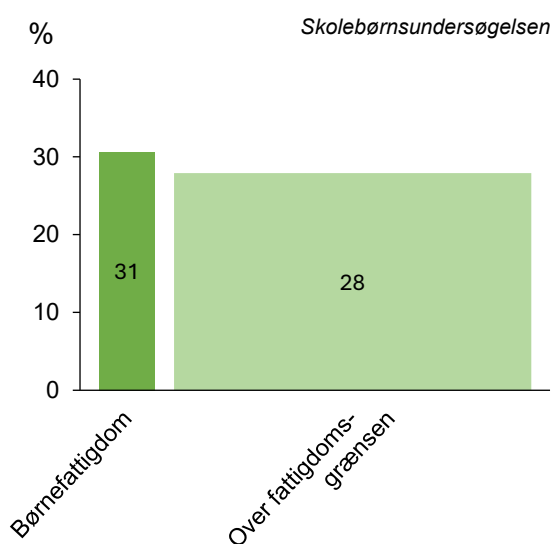


Mindst ét symptom næsten dagligt

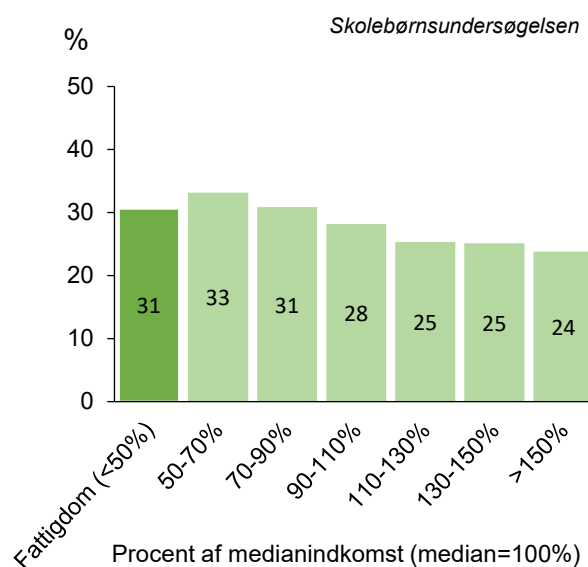
I dette afsnit afrapporteres andelen af elever, der angiver at have mindst ét af de otte fysiske eller psykiske symptomer (hovedpine, mavepine, rygsmerter, indsovningsbesvær, været ked af det, irriteret/i dårligt humør, nervøs, eller svimmel) næsten hver dag. Dette afsnit udtrykker derfor et mere samlet billede på elevernes symptombelastning, som vi i Skolebørnsundersøgelsen betragter som en vigtig indikator for, hvordan børnene har det.

Figur 3.2.25-3.2.27 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som næsten hver dag har mindst ét af de otte symptomer, efter familieindkomst. Af figur 3.2.25 fremgår det, at der ikke er nævneværdig forskel i andelen med daglige symptomer, når man sammenligner elever, som lever i fattigdom, med de øvrige elever. Af figur 3.2.26 fremgår det derimod, at andelen, som oplever hyppige symptomer, er størst blandt elever i den næstlaveste indkomstgruppe, og at der derfra sker et fald i andelen med stigende familieindkomst. Dette mønster afspejles blandt både drenge og piger (figur 3.2.27). Det fremgår ligeledes af figur 3.2.27, at andelen generelt er større blandt piger end blandt drenge.

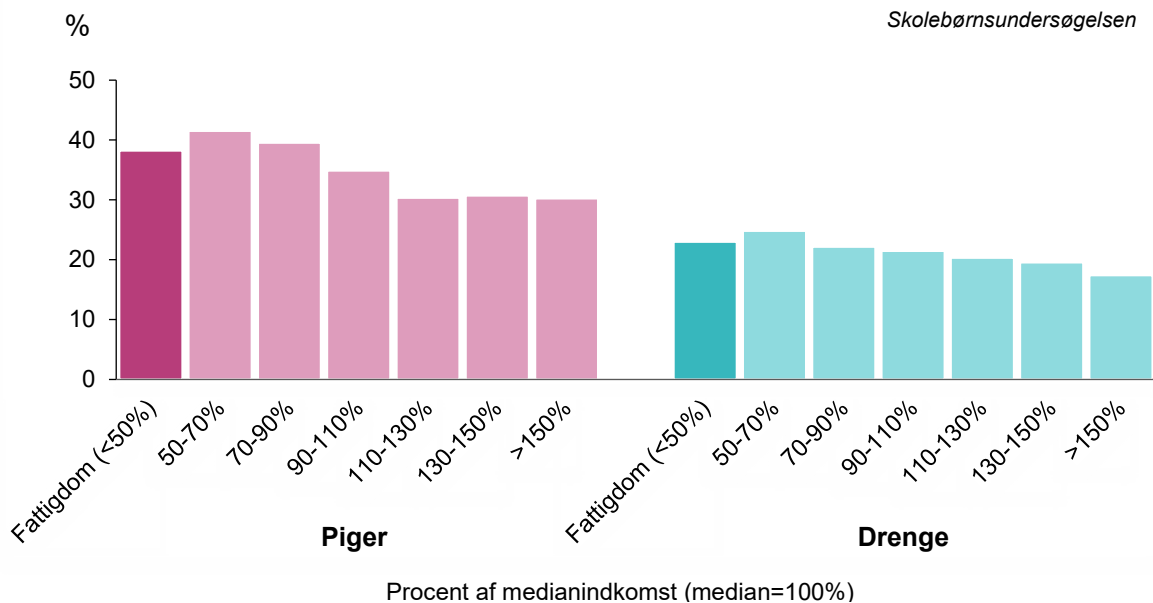
Figur 3.2.25 Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.2.26 Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.2.27 Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



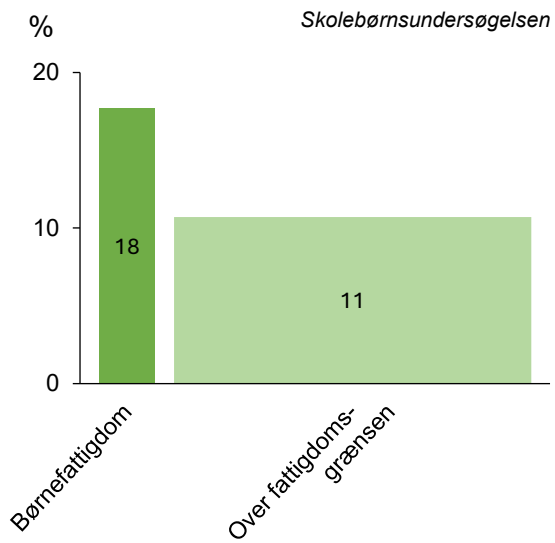
3.3 Vægtstatus

Børnene og de unge oplyser i spørgeskemabesvarelsen, hvor høje de er, og hvor meget de vejer. Information om vægtstatus er baseret på disse besvarelser. Et dansk studie viser, at der på individniveau kan være stor forskel på selvrapporeret og objektivt målt højde og vægt, men at disse usikkerheder er af marginal betydning, når man ser på den generelle forekomst i en større population af børn (Rasmussen et al., 2013).

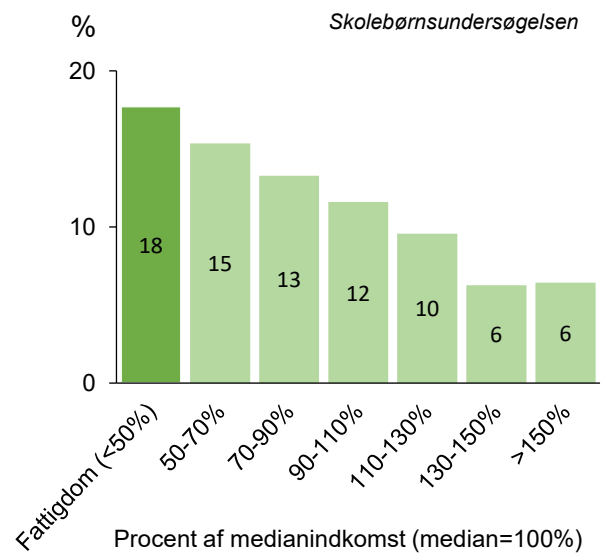
Vægtstatus defineres hos voksne ud fra Body Mass Index (BMI), som måles i kg/m². Et BMI på mellem 25 og 30 defineres som overvægt, og BMI på 30 og derover defineres som svær overvægt. Hos børn under 18 år kan man imidlertid ikke anvende de samme BMI-grænser for vægtstatus som hos voksne, fordi børnene ikke er færdigudvoksede. Her anvender vi alders- og kønsspecifikke BMI-grænser, som er udviklet af International Obesity Task-force (Cole & Lobstein, 2012). Fx svarer et BMI på 25 hos voksne til et BMI på 20,51 for en 11-årig dreng og 20,66 for en 11-årig pige. Har barnet et BMI på dette niveau eller over, klassificeres det som at have overvægt eller svær overvægt.

Figur 3.3.1-3.3.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har overvægt eller svær overvægt, opdelt efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 3.3.1, er der en statistisk signifikant forskel i andelen med overvægt eller svær overvægt, hvor andelen er næsten dobbelt så stor blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre elever. Figur 3.3.2 viser en gradient, hvor andelen med overvægt eller svær overvægt bliver gradvist mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 3.3.3 viser sammenhængen mellem familiens indkomst og andelen med overvægt og svær overvægt for drenge og piger hver for sig. Her ses en gradient for både piger og drenge.

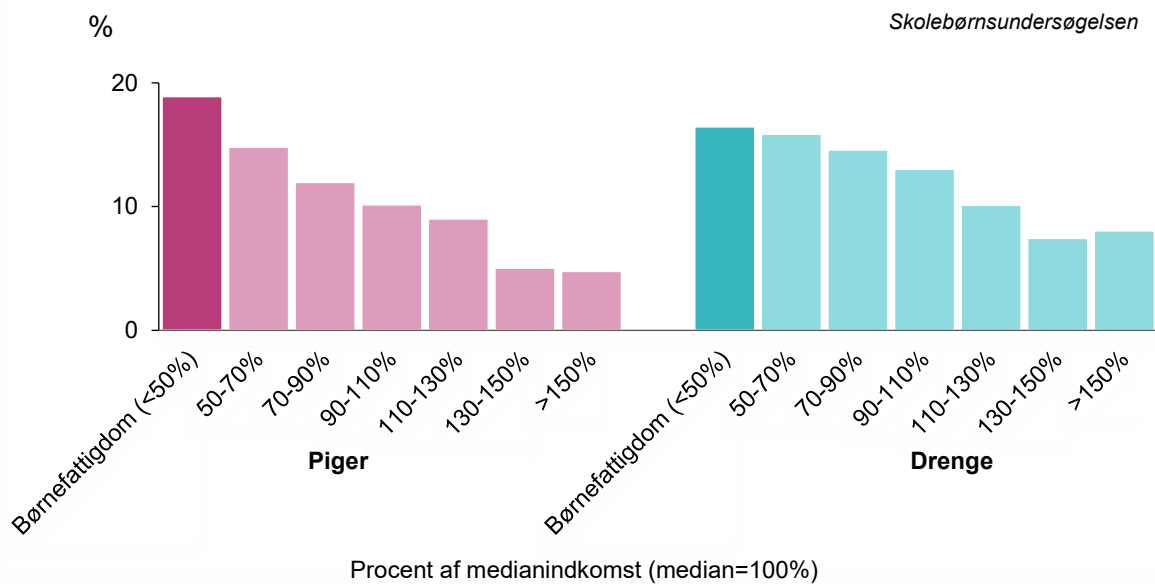
Figur 3.3.1 Andel med overvægt eller svært overvægt i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.3.2 Andel med overvægt eller svært overvægt i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.3.3 Andel med overvægt eller svært overvægt i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



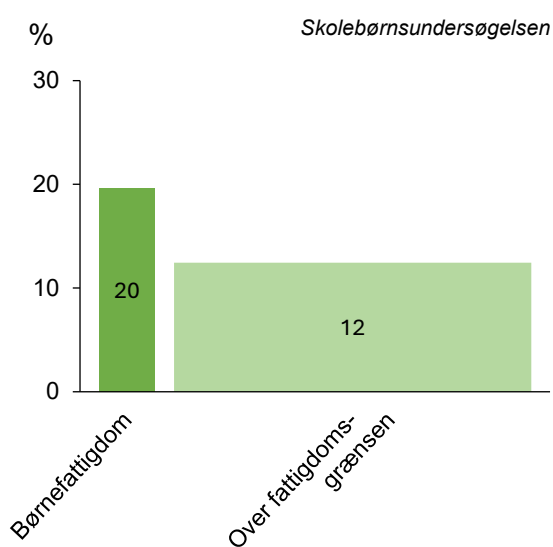
3.4 Livstilfredshed

Livstilfredshed er et mål for, hvordan en person vurderer sit liv som helhed. Det korrelerer godt med flere mål for mental velbefindende (Mazur et al., 2018). Det er desuden et mål, der anvendes i mange andre undersøgelser.

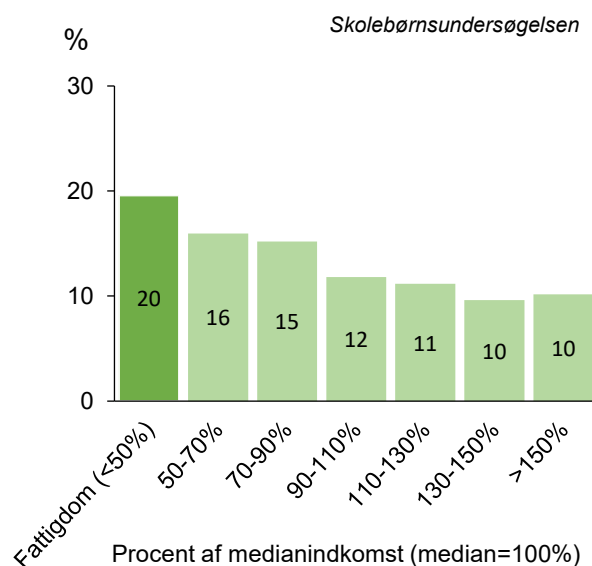
I Skolebørnsundersøgelsen måler vi livstilfredshed med en tilpasset udgave af Cantrils stige (Levin & Currie, 2014). På en stige med trin fra 0 til 10, hvor 0 er 'det værste mulige liv', og 10 er 'det bedste mulige liv', skal eleverne angive, hvor de synes de er på stigen for tiden. På baggrund af elevernes svar opdeles de i tre grupper: Høj livstilfredshed (trin 9-10), middel livstilfredshed (trin 6-8) og lav livstilfredshed (trin 0-5). I denne rapport ser vi på lav livstilfredshed.

Figur 3.4.1-3.4.3 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse med lav livstilfredshed opdelt efter familieindkomst. Af figur 3.4.1 fremgår det, at andelen med lav livstilfredshed er næsten dobbelt så stor blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med elever, som ikke lever i fattigdom (figur 3.4.1). Forskellen er statistisk signifikant. Figur 3.4.2 viser en sammenhæng mellem familiens indkomst og lav livstilfredshed, hvor andelen med lav livstilfredshed falder, jo højere familieindkomsten er. Denne gradient afspejles både blandt drenge og piger (figur 3.4.3). Figur 3.4.3 viser ligeledes, at andelen med lav livstilfredshed er højere blandt piger end blandt drenge på tværs af alle indkomstgrupper.

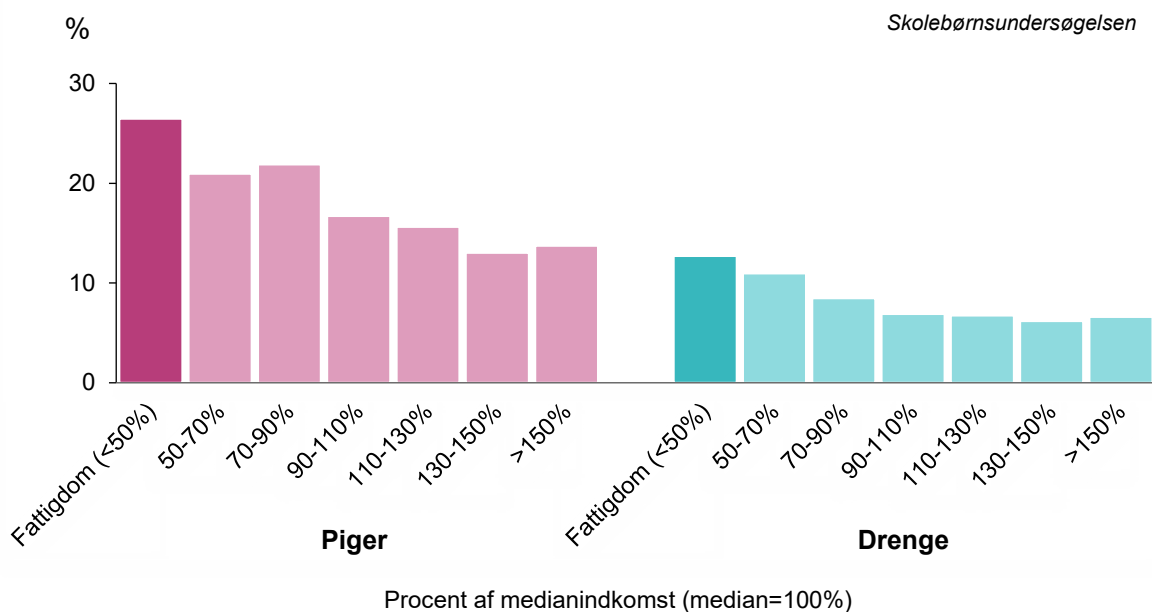
Figur 3.4.1 Andel med lav livstilfredshed i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.4.2 Andel med lav livstilfredshed i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.4.3 Andel med lav livstilfredshed i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



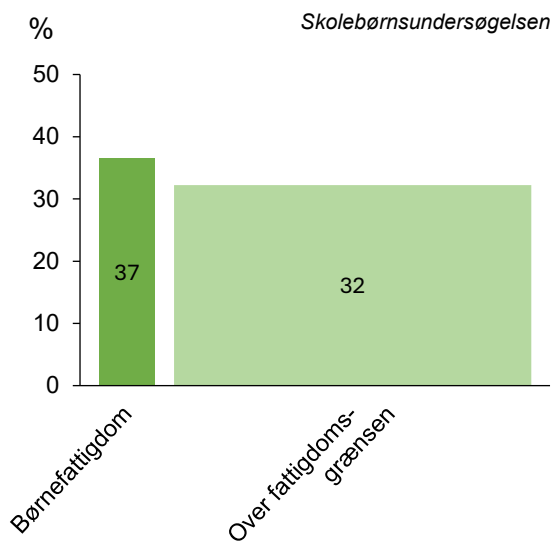
3.5 Kropsopfattelse

I barn- og særligt ungdommen sker en drastisk kropsudvikling, og det er særligt i denne periode, at børn og unge bliver kritiske over for deres egen krop (Voelker et al., 2015). De sammenligner sig med hinanden (Webb et al. 2014), og omgivelsernes idealer influerer på opfattelsen af egen krop (Voelker et al., 2015). Gennem medier bliver de konfronteret med kropsidealer, der ikke er naturlige (Perloff, 2014). Oftest er der fokus på en tynd krop særligt for pigerne, mens der er fokus på en mere muskuløs krop for drengene (Whitehead et al., 2016).

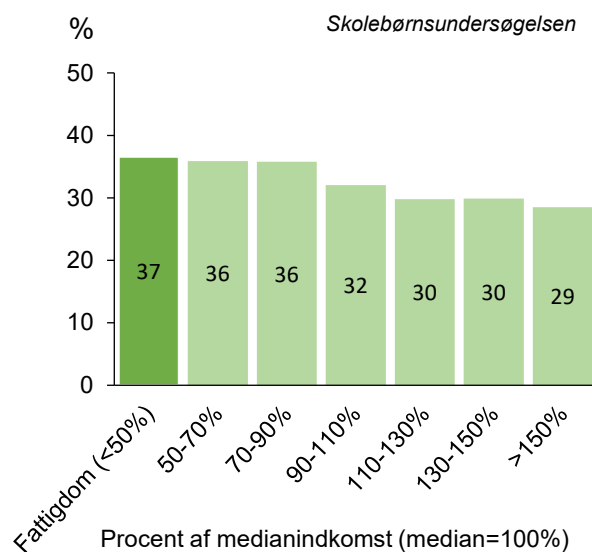
Kropsopfattelse er afdækket med følgende spørgsmål: 'Synes du, din krop er...?' med svarkategorierne: 'Alt for tynd', 'Lidt for tynd', 'Passende', 'Lidt for tyk' og 'Alt for tyk'. I figurene er kategorierne 'Alt for tynd' og 'Lidt for tynd' slået sammen til 'For tynd', og kategorierne 'Alt for tyk' og 'Lidt for tyk' er slået sammen til 'For tyk'. Således får vi information om andelen, der fx selv synes, de er for tykke, men ikke i forhold til deres faktuelle vægtstatus.

Figur 3.5.1-3.5.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som føler sig for tykke, opdelt efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 3.5.1, er andelen, som føler sig for tykke, lidt større blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre elever. Der er tale om en lille men statistisk signifikant forskel. Figur 3.5.2 viser, at andelen, som føler sig for tykke, er nogenlunde ens blandt elever med en familieindkomst under indkomstmedianen sammenlignet med elever, hvor familieindkomsten er omkring eller over medianindkomsten. Dette mønster afspejles også når der opdeles på køn (figur 3.5.3). Det fremgår ligeledes af figur 3.5.3, at andelen, som føler sig for tykke, generelt er større blandt piger end blandt drenge.

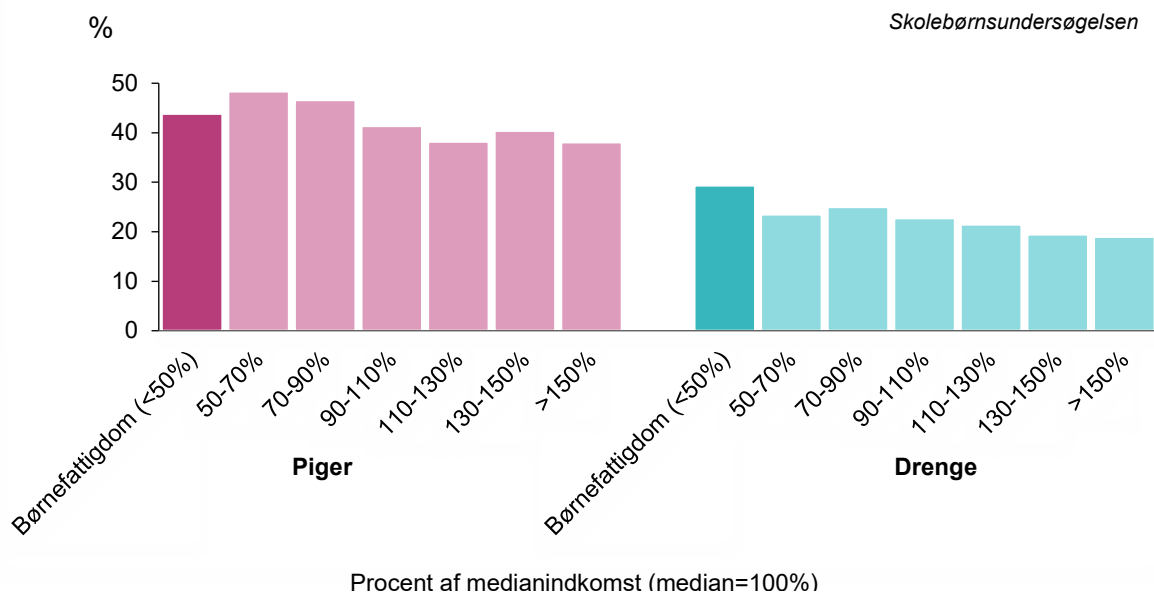
Figur 3.5.1 Andel, som føler sig for tykke, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.5.2 Andel, som føler sig for tykke, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)

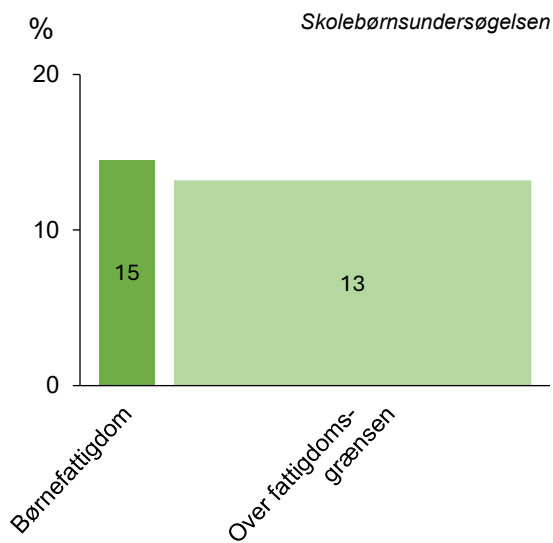


Figur 3.5.3 Andel, som føler sig for tykke, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

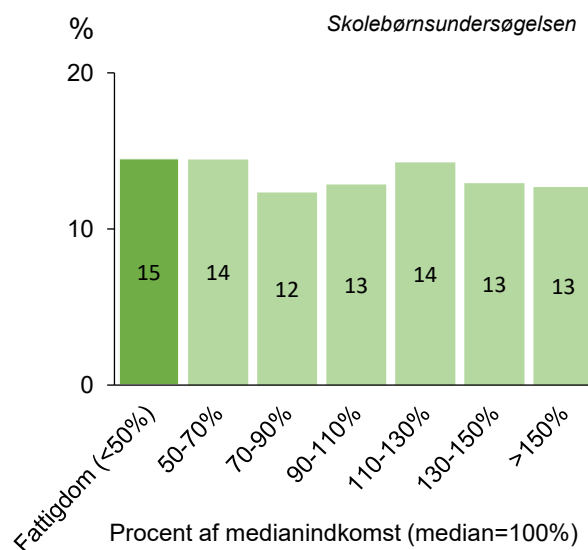


Figur 3.5.4-3.5.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som føler sig for tynde, opdelt efter familiens indkomst. Der er ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem familiens indkomst og andelen, som føler sig for tynde, når man ser samlet på drenge og piger (figur 3.5.4 og 3.5.5). Figur 3.5.6 viser sammenhængen mellem familiens indkomst og det at føle sig for tynd for drenge og piger hver for sig. Her ses det, at andelen af piger, der føler sig for tynde, er større blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med de resterende grupper, mens andelen af drenge, som føler sig for tynde, er nogenlunde ens på tværs af familieindkomstgrupper. Derudover viser figur 3.5.6, at det særligt er drenge, som føler sig for tynde.

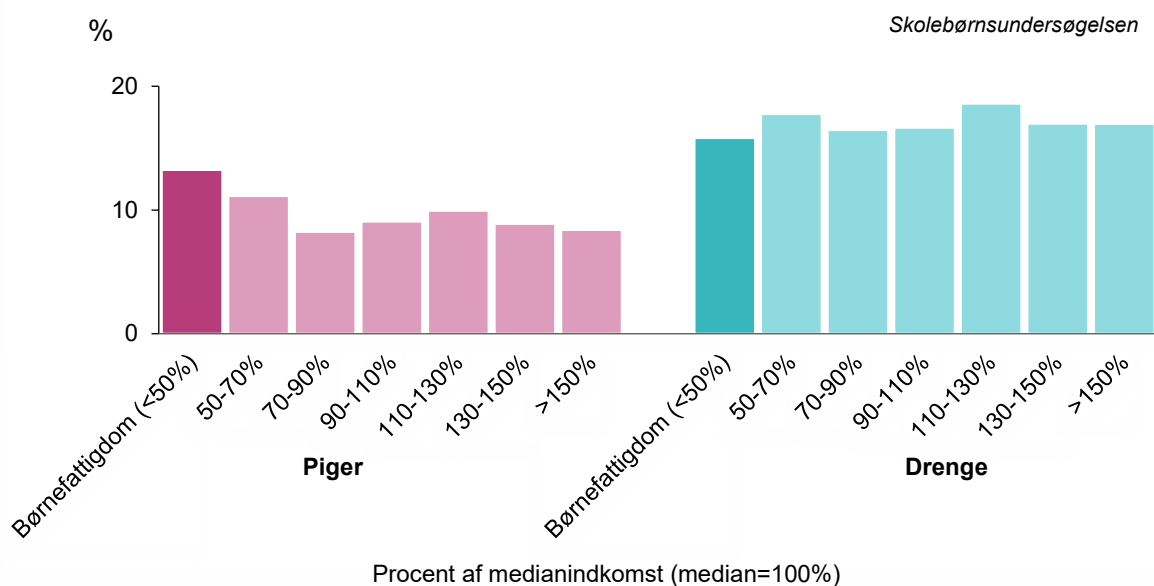
Figur 3.5.4 Andel, som føler sig for tynde, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 3.5.5 Andel, som føler sig for tynde, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.5.6 Andel, som føler sig for tynde, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



3.6 Ensomhed

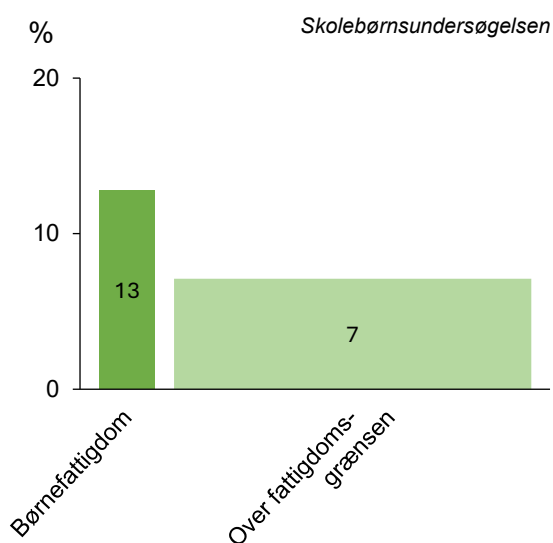
Ensomhed er et aktuelt og alvorligt problem blandt børn og unge i Danmark (Jeppesen et al., 2020; Madsen et al., 2023). Følelsen er ikke kun smertefuld og uønsket i sig selv. En lang række internationale undersøgelser viser, at vedvarende og intens ensomhed gennem barndom eller ungdom har negative konsekvenser for den enkeltes helbred, sundhedsadfærd og skolegang (Goosby et al., 2013; Leigh-Hunt et al., 2017; Qualter et al., 2013). Ensomhed er en følelse, som kan opstå, når børn og unge er alene og mangler selskab. Men ensomhed er ikke det samme som at være alene eller socialt isoleret. Følelsen af ensomhed kan lige så hyppigt opstå, når man er blandt andre.

Ensomhed defineres typisk som en uønsket subjektiv følelse, der opstår, når de sociale relationer, man har, ikke lever op til ens behov og forventninger (Peplau & Perlman, 1982). Langt de fleste børn og unge vil opleve at føle sig ensomme på et tidspunkt i livet, fx i forbindelse med skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig udenfor i klassen. For langt de fleste børn og unge er følelsen forbigående, men for en mindre gruppe kan følelsen blive vedvarende og have alvorlige konsekvenser. Ensomhed er derfor vigtigt at forebygge og afhjælpe.

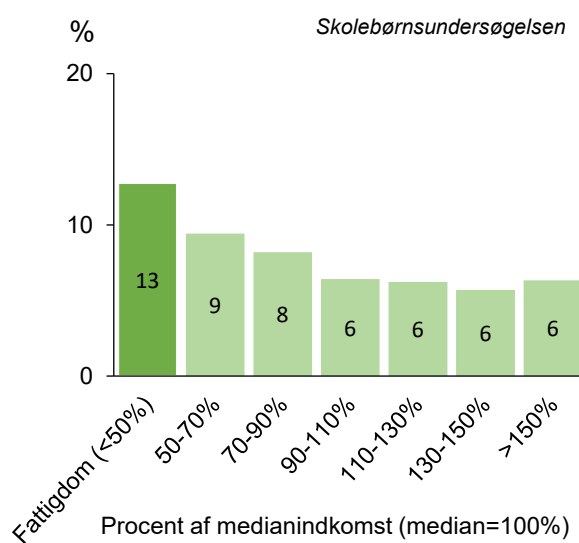
I Skolebørnsundersøgelsen bliver ensomhed målt med et enkelt spørgsmål om hyppighed, hvor eleverne svarer på, hvor ofte de føler sig ensomme. Vi angiver andelen af elever, som ofte eller meget ofte føler sig ensomme.

Figur 3.6.1-3.6.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som føler sig ensomme, opdelt efter familiens indkomst. Blandt de elever, som lever i fattigdom, angiver næsten dobbelt så mange, at de føler sig ensomme, sammenlignet med elever, som lever over fattigdomsgrænsen (figur 3.6.1). Forskellen er statistisk signifikant. Figur 3.6.2 viser, at andelen af elever, som føler sig ensomme, falder med stigende familieindkomst frem til de elever, som vokser op i familier omkring medianindkomsten. Derefter stabiliserer forekomsten sig. Dette mønster afspejler fordelingen blandt pigerne (figur 3.6.3), hvorimod der blandt drenge ses en dobbelt så stor andel, som føler sig ensomme, blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre elever. Det ses også, at der overordnet set er flere piger, som føler sig ensomme.

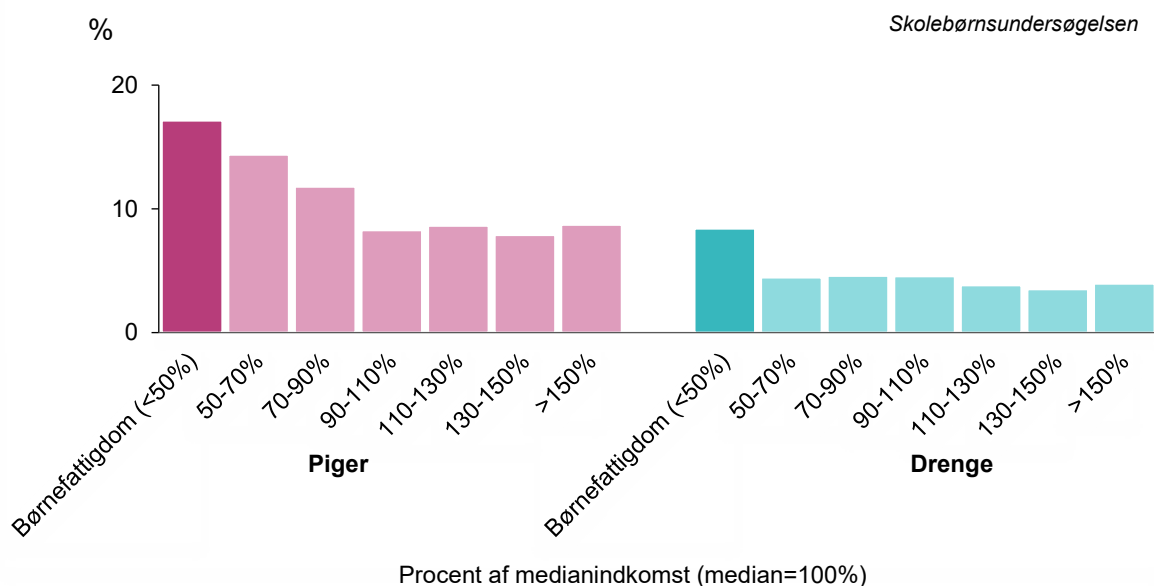
Figur 3.6.1 Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.6.2 Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.6.3 Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



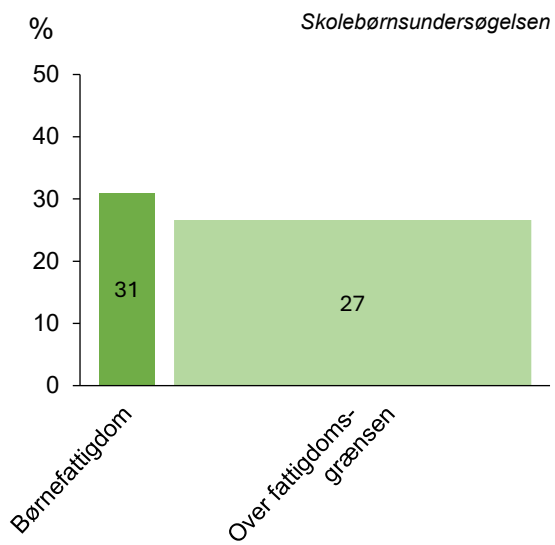
3.7 Selvværd

Selvværd er en persons følelse af sin egen værdi og personens positive eller negative holdning til sig selv. Godt selvværd betyder, at man ved, hvem man er, at man accepterer sig selv og har respekt for sig selv. Selvværd dannes i relationer med andre mennesker, og især børne- og ungeårene er vigtige for udvikling af et godt selvværd (Rosenberg, 1965). Selvværd har et tydeligt emotionelt aspekt, som kan afspejle andres opfattelser af én selv, men det er ikke blot en emotionel reaktion. Selvværd kan også betragtes som en personlig ressource i den forstand, at højt selvværd kan gøre personen bedre i stand til at håndtere belastninger og fungere i sociale relationer.

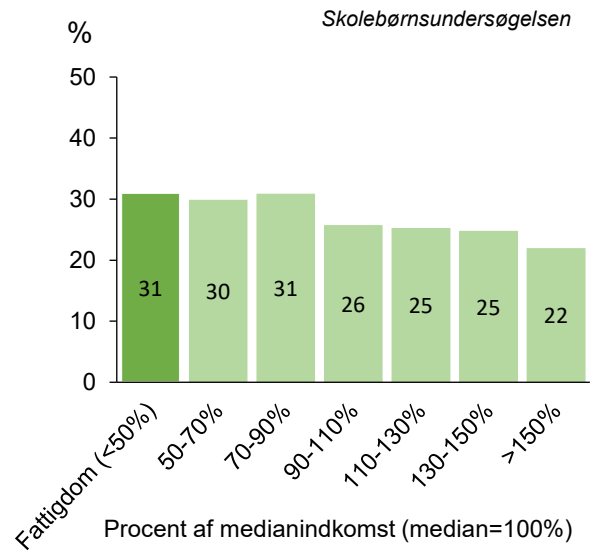
I Skolebørnsundersøgelsen spørges eleverne om, hvor enige eller uenige de er i følgende tre udsagn: 'Jeg synes godt om mig selv', 'Jeg er god nok, som jeg er' og 'Andre på min alder kan godt lide mig'. Svarene kodes fra 1 ('Helt enig') til 5 ('Helt uenig') og sammenfattes i en score fra 3 til 15. I denne opgørelse har vi set på en gruppe med lavt selvværd (score 8-15), som er kendetegnet ved svar, der overvejende ligger på den negative side.

Figur 3.7.1-3.7.3 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse med lavt selvværd opdelt efter familieindkomst. Der ses en statistisk signifikant forskel, hvor andelen af elever med lavt selvværd er større blandt dem, som lever under fattigdomsgrænsen, sammenlignet med dem, som lever over fattigdomsgrænsen (figur 3.7.1). Figur 3.7.2 viser, at andelen er højest blandt elever, som vokser op i familier, hvor familieindkomsten er under indkomstmedianen, mens andelen med lavt selvværd er noget lavere blandt de resterende elever. Dette mønster ses også blandt piger (figur 3.7.3). Blandt drenge er andelen med lavt selvværd betydeligt lavere end blandt piger, og der ses en faldende forekomst af lavt selvværd med stigende familieindkomst.

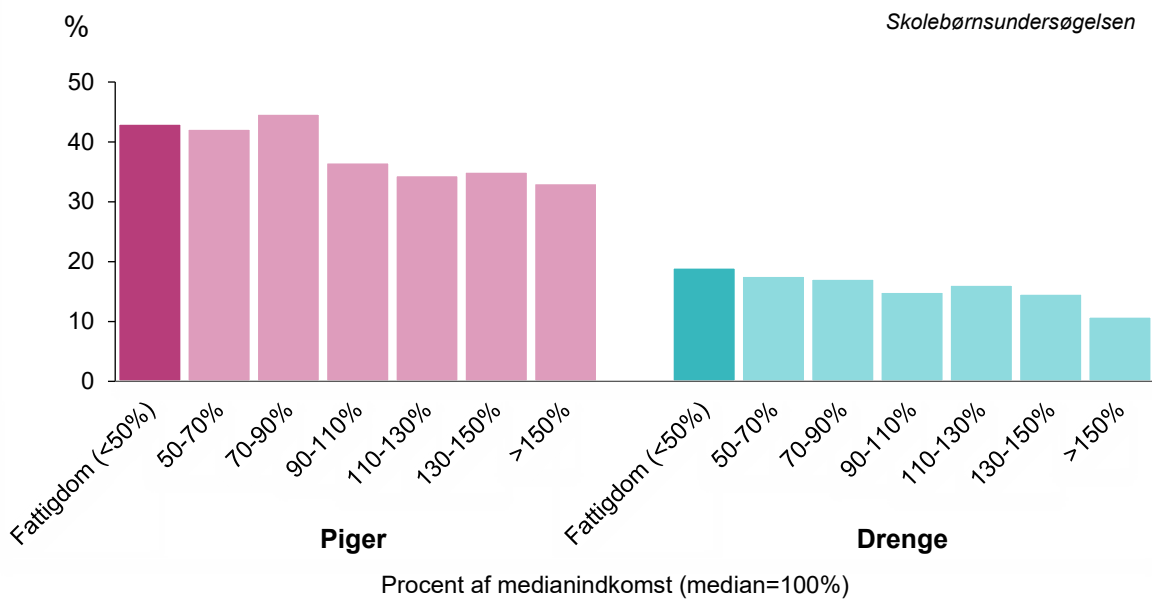
Figur 3.7.1 Andel med lavt selvverd i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.7.2 Andel med lavt selvverd i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.7.3 Andel med lavt selvverd i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



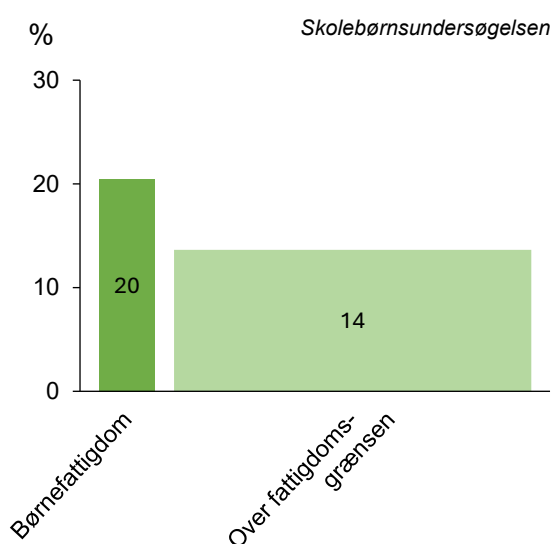
Selvformåen

Selvformåen eller *self-efficacy* handler om troen på egen formåen. Selvformåen er en persons egen vurdering af, hvor godt han eller hun er i stand til at planlægge og gennemføre en handling, der er nødvendig for at udføre en bestemt opgave (Bandura, 1995). Generel selvformåen står for en persons overordnede tiltro til sin egen formåen i en række krævende eller nye situationer (Schwarzer og Jerusalem, 1995). Selvformåen er en personlig ressource, der er vigtig for børn og unges mentale udvikling. Oplevelsen af at lykkes eller mislykkes i forskellige livssituationer bidrager til personens overordnede opfattelse af sin egen formåen.

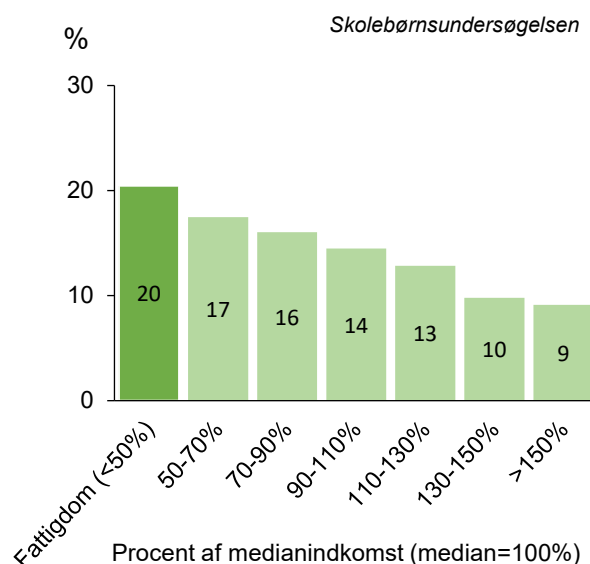
Generel selvformåen er blevet målt i Skolebørnsundersøgelsen med to spørgsmål: 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' og 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?'. Svarmulighederne er: 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Svarene kodes fra 1 (Altid) til 5 (Aldrig) og sammenfattes til en score fra 2 til 10. Her fokuserer vi på en gruppe med lav selvformåen (score 6-10), der hyppigst har svaret 'Nogle gange' til begge spørgsmål og derudover kun kombinationer, hvor der indgår 'Sjældent' eller 'Aldrig'.

Figur 3.8.1-3.8.3 viser andelen med lav selvformåen opdelt efter familieindkomst. Der ses en statistisk signifikant forskel, hvor andelen med lav selvformåen er større blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre elever (figur 3.8.1). Figur 3.8.2 viser en gradient, hvor andelen med lav selvformåen falder, jo højere familiens indkomst er. Af figur 3.8.3 fremgår det, at dette gradvise fald afspejles blandt både piger og drenge. Samtidig ses det, at flere piger end drenge har lav selvformåen.

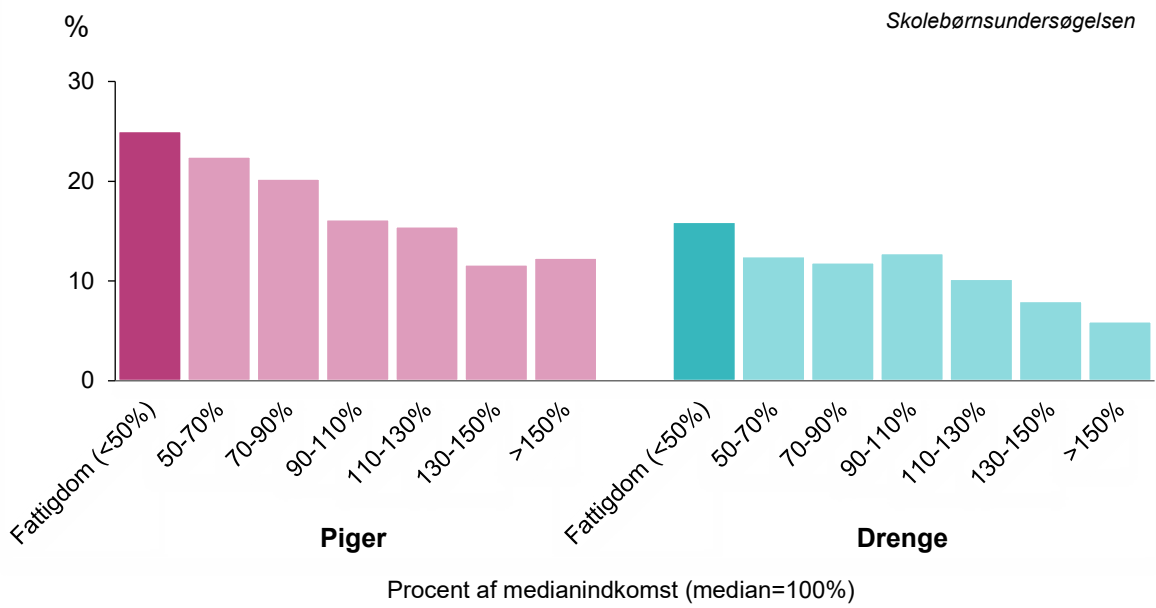
Figur 3.8.1 Andel med lav selvformåen i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 3.8.2 Andel med lav selvformåen i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 3.8.3 Andel med lav selvformåen i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4 Sundhedsadfærd

I dette kapitel undersøges sammenhængen mellem familiens indkomst og elevernes sundhedsadfærd, herunder temaer som rygning, alkohol, hash, fysisk aktivitet, kost- og måltidsvaner, tandbørstning, onlineliv og skærmb brug samt søvn.

Sammenfatning af resultater

Blandt både drenge og piger er der sammenhæng mellem familiens indkomst og flere forskellige typer af sundhedsadfærd, herunder rygning, usunde kost- og måltidsvaner, utilstrækkelig tandbørstning og for lidt søvn, hvor forekomsten stiger med faldende indkomst for både drenge og piger. Forekomsten af højt fysisk aktivitetsniveau stiger med stigende indkomst. Der er til gengæld ingen sammenhæng med familiens indkomst, når vi ser på indtag af hash, skærmtid, intens online kontakt og problematisk brug af sociale medier samt dårlig søvnkvalitet. Her er forekomsten således ens på tværs af indkomstgrupper for både drenge og piger. I to enkelte tilfælde er sammenhængen mellem indkomst og sundhed omvendt af, hvad rapporten ellers finder. Det gælder for elevernes alkoholadfærd, hvor forekomsten af elever, som ofte drikker alkohol, og som har prøvet at være fulde, er højest blandt eleverne i de højere indkomstgrupper og lavest blandt de 11-15-årige, som vokser op i børnefattigdom.

Kønsskille

For enkelte typer af sundhedsadfærd ser vi også, at sammenhængen med indkomst ser ud til at være forskellig, når vi ser på piger og drenge hver for sig. Det gælder deltagelse i organiseret fysisk aktivitet, hvor andelen, som ikke går til organiseret idræt, falder med stigende indkomst for piger, mens sammenhængen ikke er lige så tydelig blandt drenge. Der ser også ud til at være kønsskille, når vi ser på fysisk inaktivitet, hvor der blandt piger er en graderet sammenhæng, mens forekomsten blandt drenge er højest og nogenlunde ens blandt dem med familieindkomst under medianindkomsten. Derudover ser vi en kønsskille ved ingen/næsten ingen online kontakt med venner eller andre, hvor der er en gradient blandt piger og ingen tydelig sammenhæng blandt drenge.

4.1 Rygning

Tobaksrygning er en væsentlig belastning for et menneskes sundhed. Tidlig rygedebut øger nikotinafhængigheden, hvilket gør det sværere at stoppe (Pisinger et al., 2005). Det estimeres, at syv ud af ti, der har prøvet at ryge i barn- eller ungdommen, vil komme til at ryge dagligt som voksne (Birge et al., 2018), hvormed risikoen stiger for at udvikle tobaksrelaterede sygdomme. Nikotin kan skade hjernens udvikling, herunder den kognitive funktion, og øger risikoen for depression og angst (Vestbo et al., 2022). Der er social ulighed i rygning, idet unge, hvis forældre er uden for arbejdsmarkedet, har markant højere risiko for at ryge dagligt (Vestbo et al., 2018).

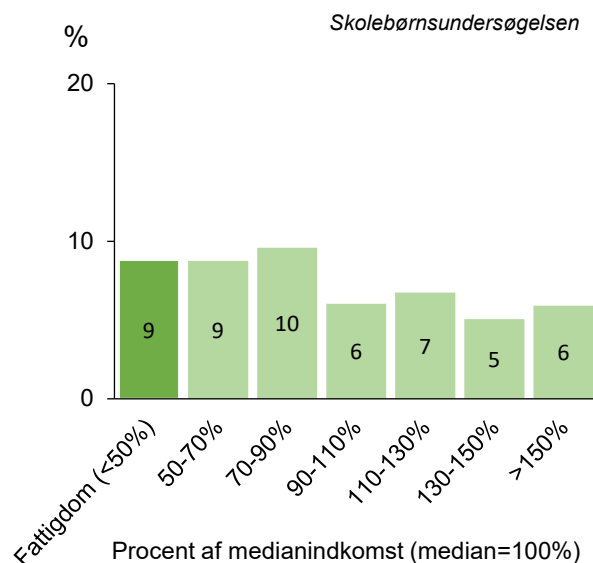
Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de ryger, med svarkategorierne 'Hver dag', 'Ikke hver dag, men hver uge', 'Sjældnere end hver uge' og 'Jeg ryger ikke'. Elever, som ryger, er her defineret som dem, der har svaret, at de ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere.

Figur 4.1.1-4.1.3 viser andelen, som ryger, i 5., 7., og 9. klasse, opdelt efter familieindkomst. Af figur 5.1.1 ses der ingen nævneværdig forskel i andelen, som ryger, blandt dem, som lever under fattigdomsgrænsen, og de øvrige. Af figur 4.1.2 ses det derimod, at andelen, der ryger, er højere blandt elever, som vokser op i familier med en familieindkomst under medianen, sammenlignet med andre elever. Dette mønster ses blandt både drenge og piger, dog mindre tydeligt blandt piger (Figur 4.1.3).

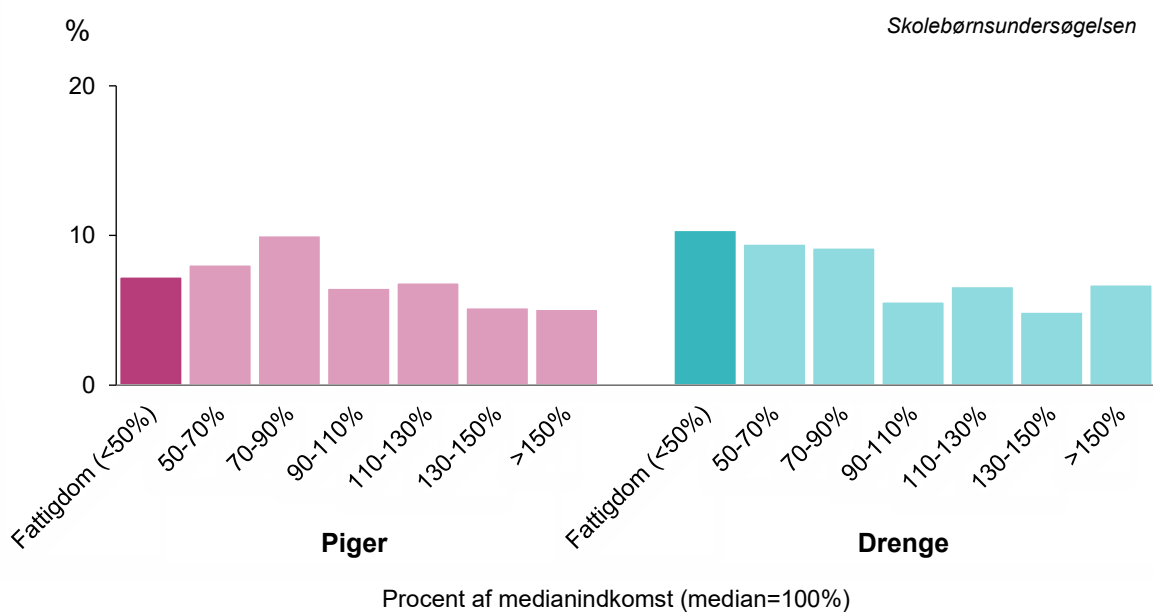
Figur 4.1.1 Andel, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.1.2 Andel, som ryger dagligt, ugentlig eller sjældnere i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.1.3 Andel, som ryger dagligt, ugentlig eller sjældnere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4.2 Alkohol

Danske skoleelever starter med at drikke alkohol i en yngre alder og har et mere fuldskabsorienteret alkoholforbrug end skoleelever i andre europæiske lande (Inchley et al., 2020). Et højt alkoholforbrug i den tidlige ungdom, og et fuldskabsorienteret alkoholforbrug, øger risikoen for skader, ulykker, vold eller konflikter, ikke at gennemføre uddannelse og at udvikle alkoholproblemer senere i livet (Tolstrup et al., 2021). Unge fra højere socialgrupper drikker mest og har flest erfaringer med fuldskab (Tolstrup et al., 2019). I denne rapport ser vi på to forskellige indikatorer for alkohol: Hyppighed samt erfaringer med fuldskab.

Drikker alkohol mindst ugentligt

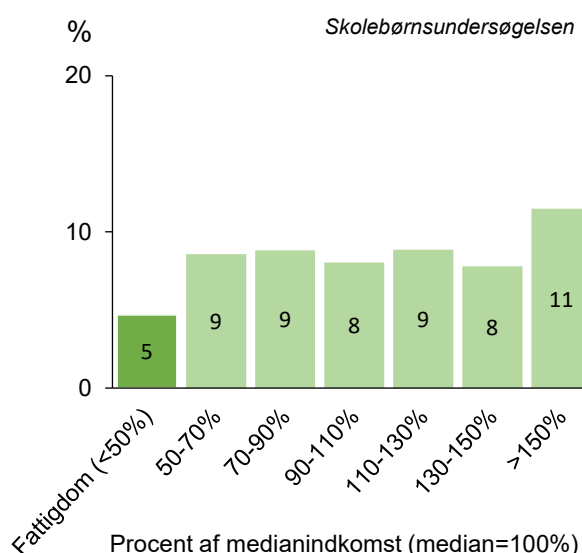
For at beskrive, hvor ofte børnene og de unge drikker alkohol, er de blevet stillet følgende spørgsmål: 'For tiden: Hvor ofte drikker du alkohol, såsom øl, vin eller spiritus? Tæl også de gange med, hvor du kun drikker mindre mængder'. Hertil kan de svare 'Hver dag', 'Hver uge', 'Hver måned', 'Sjældent' og 'Aldrig' om deres indtag af henholdsvis øl, vin, spiritus, færdigblandede drikke med alkohol (fx Smirnoff Ice, Barcardi Breezer, Mokai, Shaker) og andet med alkohol. Her viser vi, hvor mange elever, der drikker alkohol mindst én gang ugentligt.

Figur 4.2.1-4.2.3 viser andelen, som drikker alkohol mindst én gang om ugen, i 5., 7., og 9. klasse opdelt efter familieindkomst. Figur 4.2.1 viser, at andelen, der drikker alkohol ugentligt, er omkring halvt så stor blandt elever, som lever under fattigdomsgrænsen, sammenlignet med dem, der lever over fattigdomsgrænsen. Forskellen er statistisk signifikant. Af figur 4.2.2 fremgår det, at andelen, som drikker ugentligt, er omkring halvt så stor blandt dem fra familier med en indkomst under fattigdomsgrænsen sammenlignet med elever fra de øvrige indkomstgrupper. Elever fra de mellemliggende indkomst kategorier har næsten ens forekomst. Et lignende mønster afspejler sig både blandt drenge og piger (figur 4.2.3).

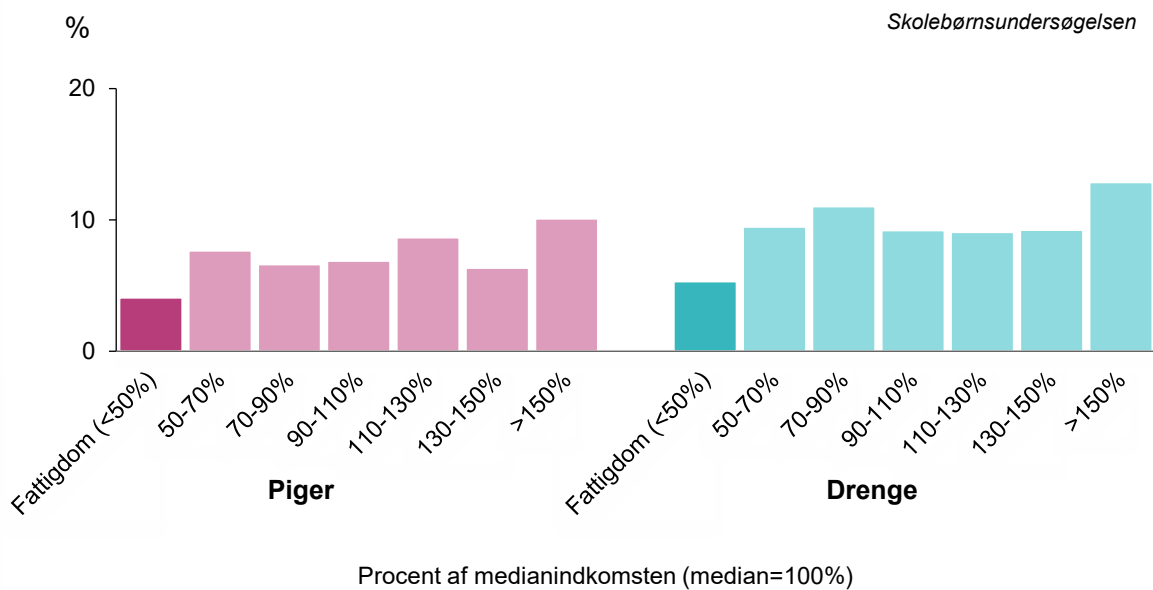
Figur 4.2.1 Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.2.2 Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.2.3 Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

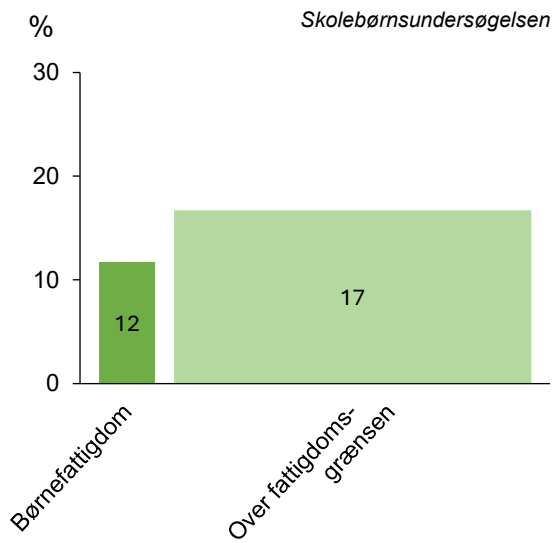


Været fuld mindst to gange

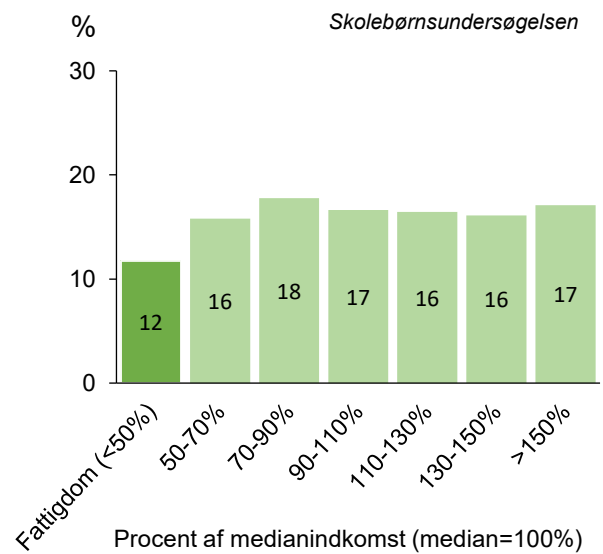
Spørgsmål, som afdækker erfaringer med fuldskab, lyder: 'I hele dit liv: Har du nogensinde drukket så meget alkohol, at du blev rigtig fuld?' med svarkategorierne 'Nej, aldrig', 'Ja, én gang', 'Ja, 2-3 gange', 'Ja, 4-10 gange' og 'Ja, mere end 10 gange'. På baggrund af dette spørgsmål afdækkes andelen, der har været fuld mindst to gange.

Figur 4.2.4-4.2.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har været fuld mindst to gange, opdelt efter familieindkomst. Andelen, der har været fuld mindst to gange, er mindre blandt børn og unge, der lever under fattigdomsgrænsen, sammenlignet med øvrige børn og unge. Denne forskel er statistisk signifikant. Af figur 4.2.5 ses det, at andelen, som har været fuld mindst to gange, er lavest blandt elever, der lever under fattigdomsgrænsen, mens der ikke er større forskelle mellem elever, som lever over fattigdomsgrænsen. Et lignende mønster afspejles blandt både drenge og piger (figur 4.2.6).

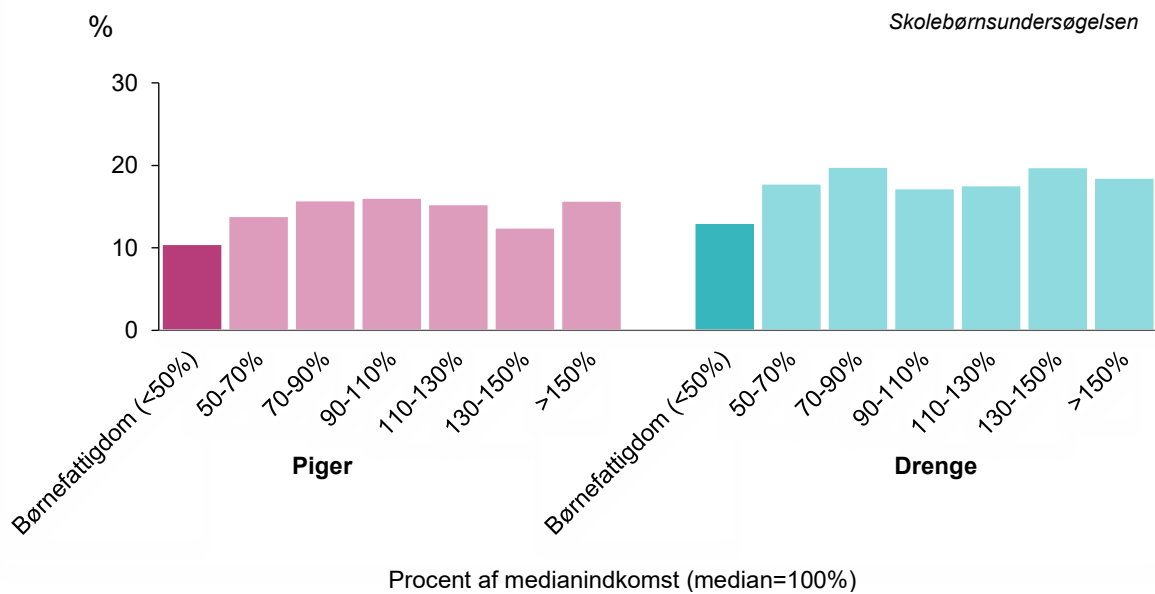
Figur 4.2.4 Andel, som har været fuld mindst to gange, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.2.5 Andel, som har været fuld mindst to gange, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.2.6 Andel, som har været fuld mindst to gange, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



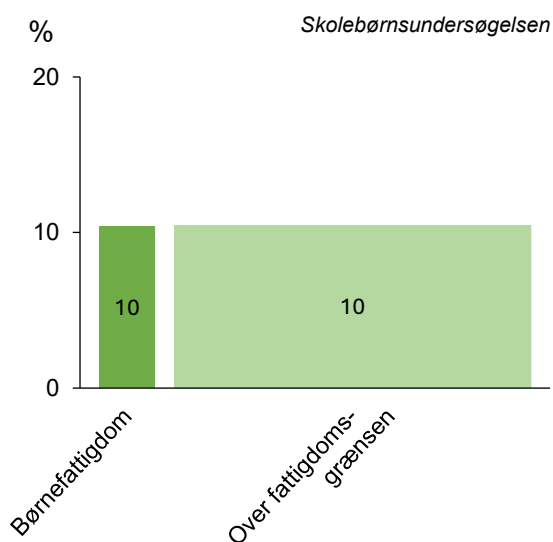
4.3 Hash

Forbrug af hash blandt unge øger risikoen for en irreversibel indvirkning på kognitive funktioner som hukommelse og indlæringsevne, ligesom der er risiko for udvikling af psykose. Et stort forbrug har ofte uønskede sociale konsekvenser såsom stort skolefravær og kort uddannelsesniveau (Nordentoft et al., 2015).

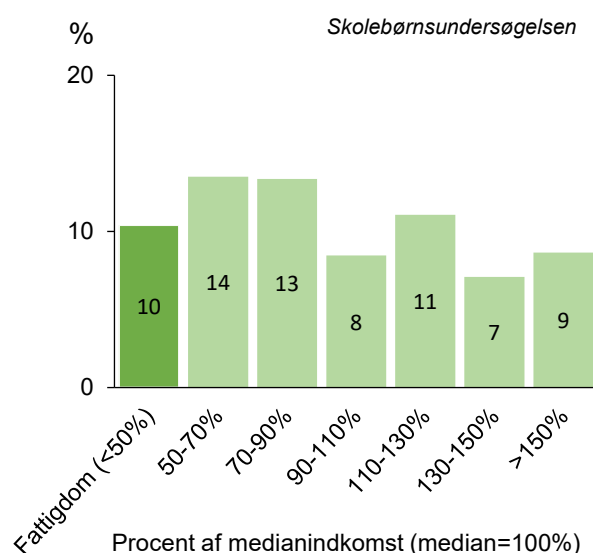
Hashforbrug er belyst blandt elever i 9. klasse. Eleverne er blevet spurgt, om de nogensinde har taget hash, med svarkategorier rangerende fra '1-2 dage' til '30 dage eller mere'. Svarkategorien 'Aldrig' er også mulig. Elever 'har prøvet at tage hash', hvis de har angivet andet end 'Aldrig'.

Figur 4.3.1-4.3.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som på et tidspunkt i deres liv har prøvet hash, opdelt efter familieindkomst. Der ses ingen sammenhæng mellem familieindkomst og hash, og indtag af hash er således lige udbredt blandt børn fra forskellige indkomstgrupper. Af hensyn til elevernes anonymitet, er det ikke muligt at vise sammenhængen mellem familieindkomst og hash for drenge og piger, da antallet af børn og unge, som har svaret, at de bruger hash, er under 10 i nogle af grupperne.

Figur 4.3.1 Andel, som har prøvet at tage hash, i 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.3.2 Andel, som har prøvet at tage hash, i 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er enhver bevægelse, som øger energiomsætningen. Det kan både være ustruktureret dagligdagsaktivitet såsom leg og aktiv transport og struktureret aktivitet såsom idrætsaktiviteter. De helbredsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet er mange og veldokumenterede (Sundhedsstyrelsen, 2023). Et fysisk aktivt liv har positiv indflydelse på hjerte-lungekredsløbet, muskelstyrken, balancen og på hormon- og immunsystemet. Ligeledes er der positive gevinster af fysisk aktivitet for læring og også for en række psykosociale faktorer, fx generel trivsel blandt børn og unge.

I denne rapport præsenteres elevernes selvrapporterede fysiske aktivitetsniveau. I Skolebørnsundersøgelsen undersøges fysisk aktivitet i fritiden på forskellig vis. I det følgende præsenteres, hvor mange timer eleverne dyrker fysisk aktivitet af hård intensitet, og om de deltager i organiseret fysisk aktivitet.

Hård fysisk aktivitet i fritiden

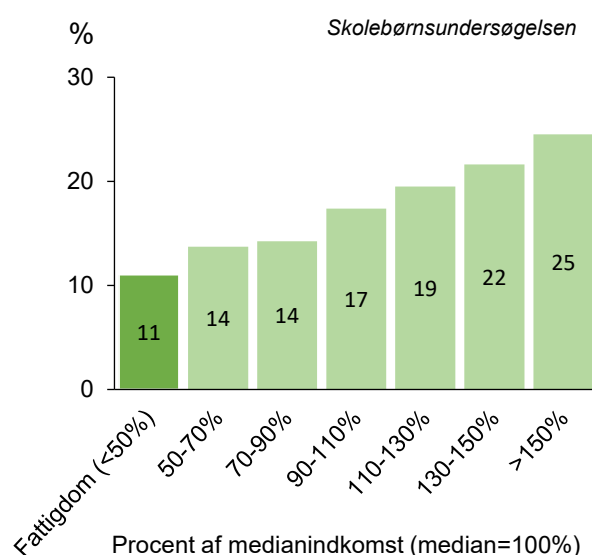
For at belyse hvor meget tid eleverne bruger på fysisk aktivitet i fritiden, blev de stillet spørgsmålet: 'Udenfor skoletid: Hvor mange timer om ugen plejer du at dyrke så meget sport eller motion, at du bliver forpustet eller sveder?'. Det har været muligt at svare inden for seks kategorier: 'Ingen', 'Cirka en halv time om ugen', 'Cirka en time om ugen', 'Cirka 2-3 timer om ugen', 'Cirka 4-6 timer om ugen' eller 'Cirka 7 timer om ugen eller mere'.

Figur 4.4.1-4.4.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som er fysisk aktive mindst 7 timer ugentligt i fritiden, efter familiens indkomst. Figur 4.4.1 viser, at andelen er lavere blandt børn og unge, som lever i fattigdom, sammenlignet med dem, der ikke gør. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 4.4.2 viser en graderet sammenhæng, hvor andelen bliver større, jo højere familiens indkomst er, således at andelen er mere end dobbelt så stor blandt elever i den højeste indkomstgruppe sammenlignet med den laveste indkomstgruppe (børnefattigdom). Figur 5.4.3 viser, at denne sammenhæng gælder blandt både drenge og piger, og at pigerne generelt er mindre fysisk aktive end drenge.

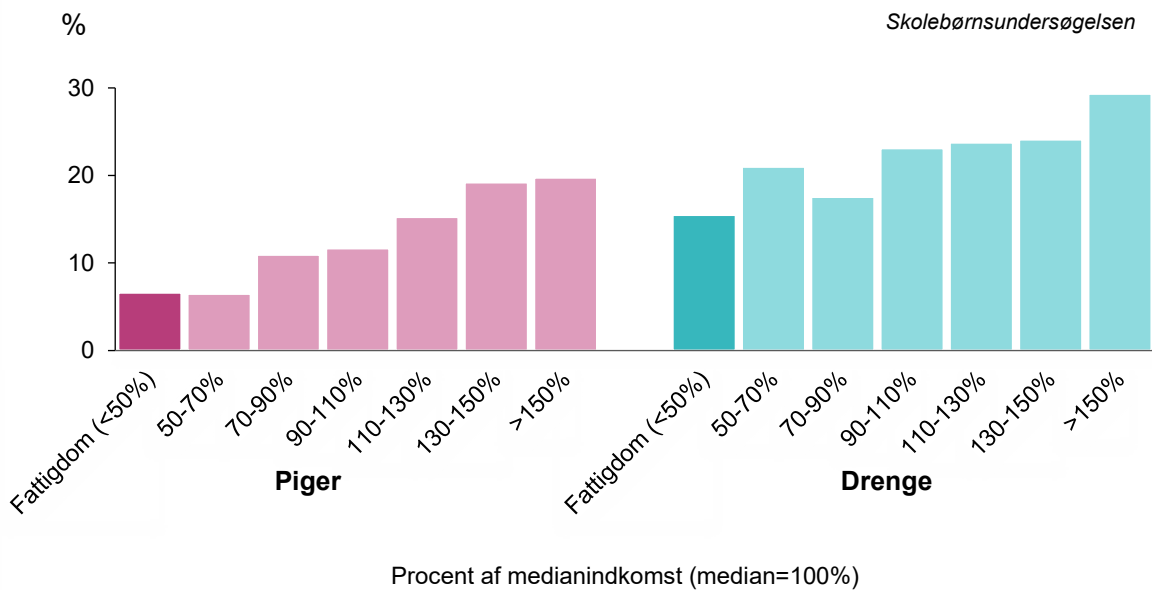
Figur 4.4.1 Andel med mindst 7 timers hård fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.4.2 Andel med mindst 7 timers hård fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)

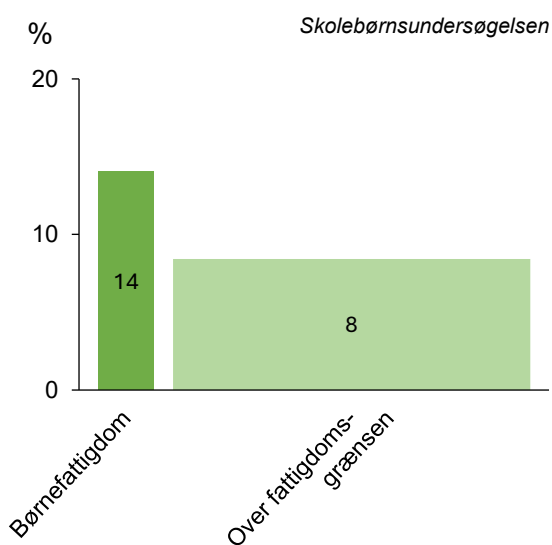


Figur 4.4.3 Andel med mindst 7 timers hård fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

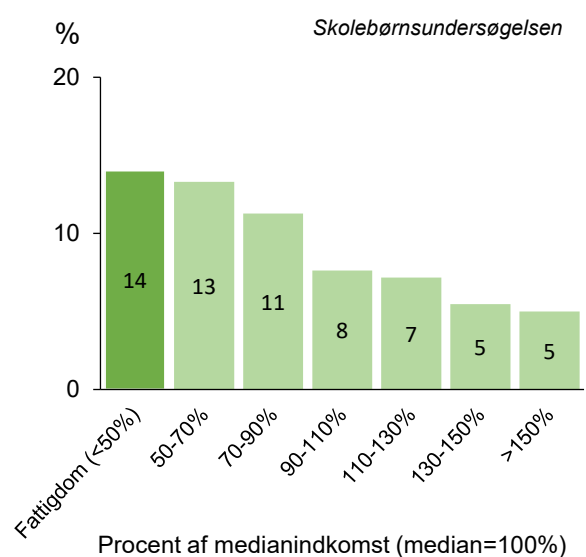


Figur 4.4.4-4.4.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har 0 timers hård fysisk aktivitet ugentligt i fritiden, efter familiens indkomst. Der er en statistisk signifikant større andel, som ikke er fysisk aktiv i fritiden, blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever (figur 4.4.4). Figur 4.4.5 viser en sammenhæng mellem indkomst og ingen fysisk aktivitet, hvor andelen med 0 timers hård fysisk aktivitet i fritiden bliver mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 4.4.6 viser samme gradient blandt piger, mens der blandt drenge, som vokser op i familier med en indkomst under medianindkomsten (de første tre søjler), er en større andel, som ikke er fysisk aktiv i fritiden, sammenlignet med elever i de højere indkomstgrupper.

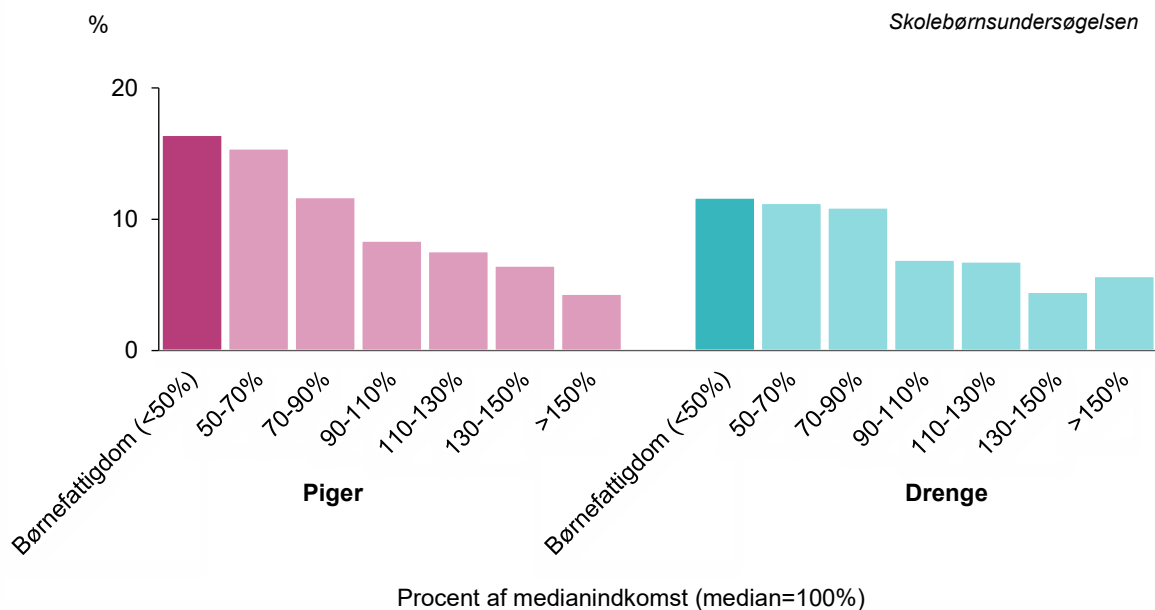
Figur 4.4.4 Andel med 0 timers fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.4.5 Andel med 0 timers fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.4.6 Andel med 0 timers fysisk aktivitet ugentligt i fritiden i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

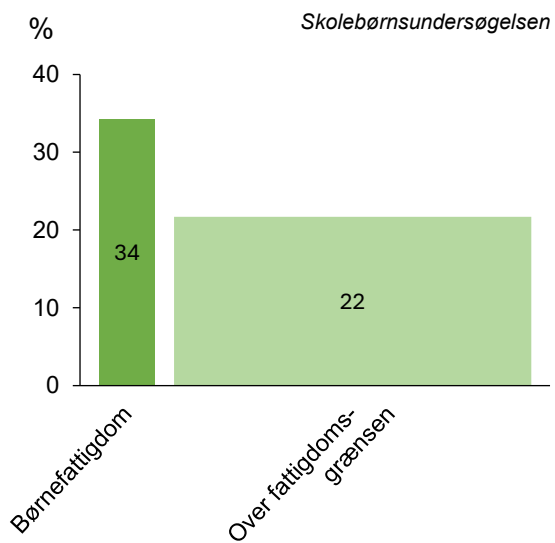


Organiseret fysisk aktivitet i fritiden

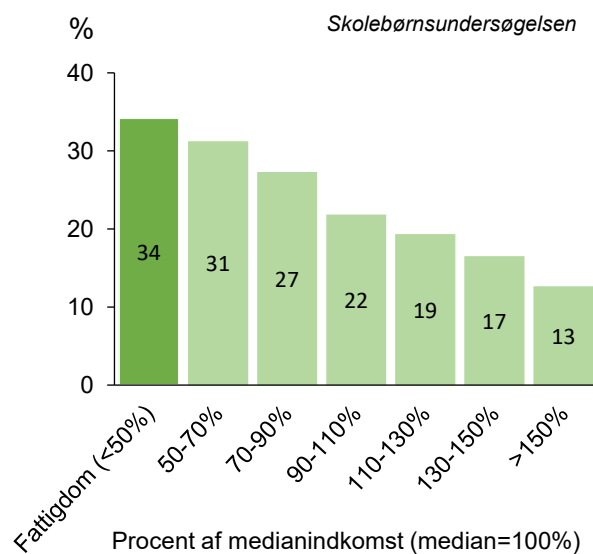
I Skolebørnsundersøgelsen bliver eleverne spurgt, om de inden for de sidste 12 måneder har gået til én eller flere idrætsaktiviteter i en forening, en sportsklub eller i et fitnesscenter uden for skoletid.

Figur 4.4.7-4.4.9 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som ikke går til organiseret idræt i forening, klub eller fitnesscenter i fritiden. Som det fremgår af figur 4.4.7, er andelen, som ikke går til idræt, omkring halvdelen gang større blandt elever, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med andre elever. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 4.4.8 viser en gradient, hvor andelen, der ikke deltager i organiseret idræt, er mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 4.4.9 viser, at sammenhængen afspejles blandt piger, mens andelen blandt drenge er større og nogenlunde ens blandt dem, som vokser op i familier med en indkomst under medianindkomsten (de første tre søjler), sammenlignet med andre drenge.

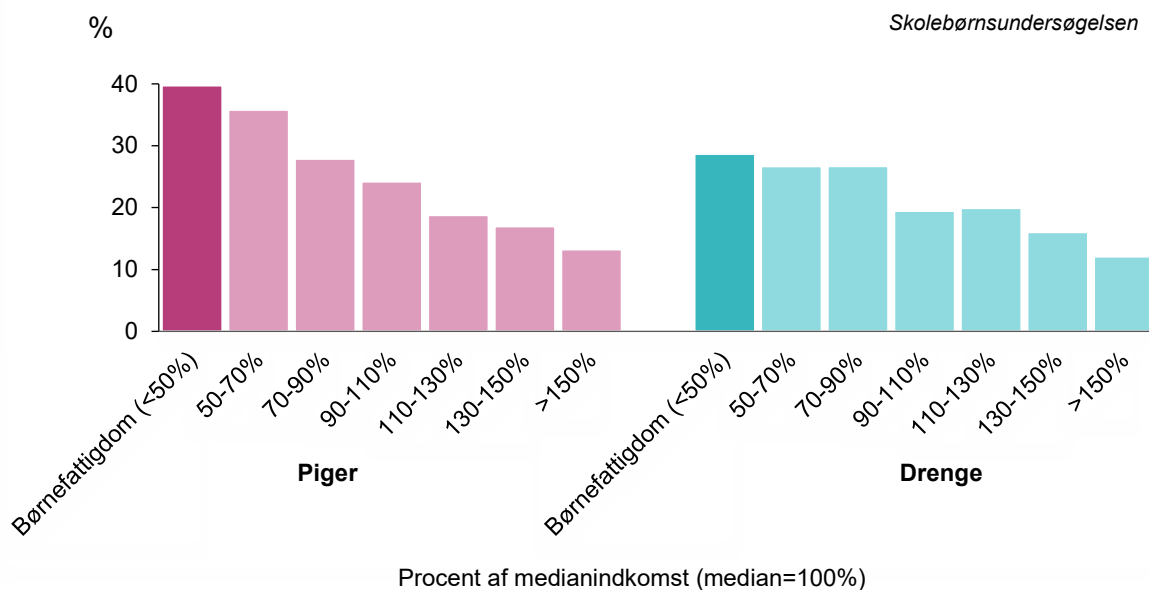
Figur 4.4.7 Andel, som ikke går til organiseret idræt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.4.8 Andel, som ikke går til organiseret idræt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.4.9 Andel, som ikke går til organiseret idræt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4.5 Kostvaner

De officielle Kostråd i Danmark foreskriver, at man skal spise frugt og grøntsager hver dag, begrænse sit indtag af søde, salte og fede fødevarer såsom slik, chokolade og fastfood, og at børn og unge fra 10-årsalderen maksimalt drikker en halv liter søde drikke om ugen (Fødevarestyrelsen, 2021). Gode kostvaner giver energi og forebygger overvægt (Tetens et al., 2018) samtidig med, at gode kostvaner ofte fortsætter fra barndommen til voksenliv og i nogen grad er et værn mod mangelsygdomme som følge af forkert ernæring, hjertekarsygdom og visse kræftformer (Tetens et al., 2018).

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de drikker/spiser disse udvalgte fødevarer: Frugt, grøntsager, slik/chokolade, sodavand med sukker og fastfood såsom pizza, kebab, shawarma, burgere, pølser. Dagligt indtag af henholdsvis frugt og grønt, slik og chokolade samt sodavand dækker over elever, som har rapporteret, at de spiser disse kostemner 'Hver dag, én gang om dagen' eller 'Hver dag, flere gange dagligt'.

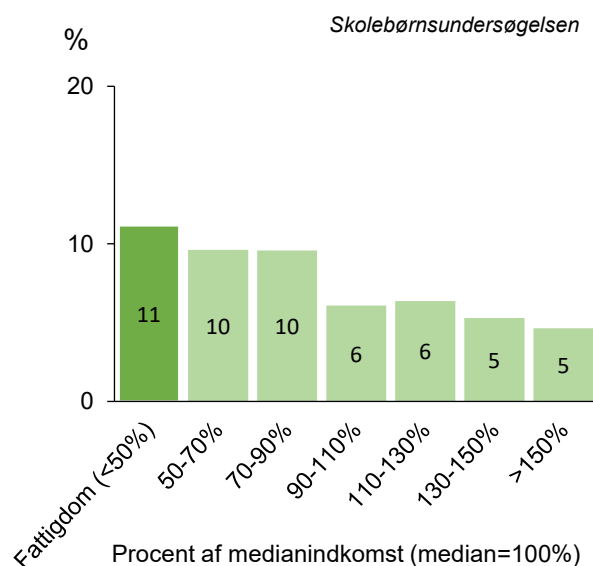
Frugt og grøntsager

Figur 4.5.1-4.5.3 viser andelen i 5., 7., og 9. klasse, som spiser frugt og/eller grønt højst én gang om ugen, opdelt efter familieindkomst. Der ses en statistisk signifikant forskel, hvor andelen, der spiser frugt og/eller grønt højst én gang om ugen, er over halvdelen gang større blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med andre (figur 4.5.1). Figur 4.5.2 viser en gradient, hvor andelen falder med stigende familieindkomst. Denne gradient afspejles blandt både piger og drenge (figur 4.5.3).

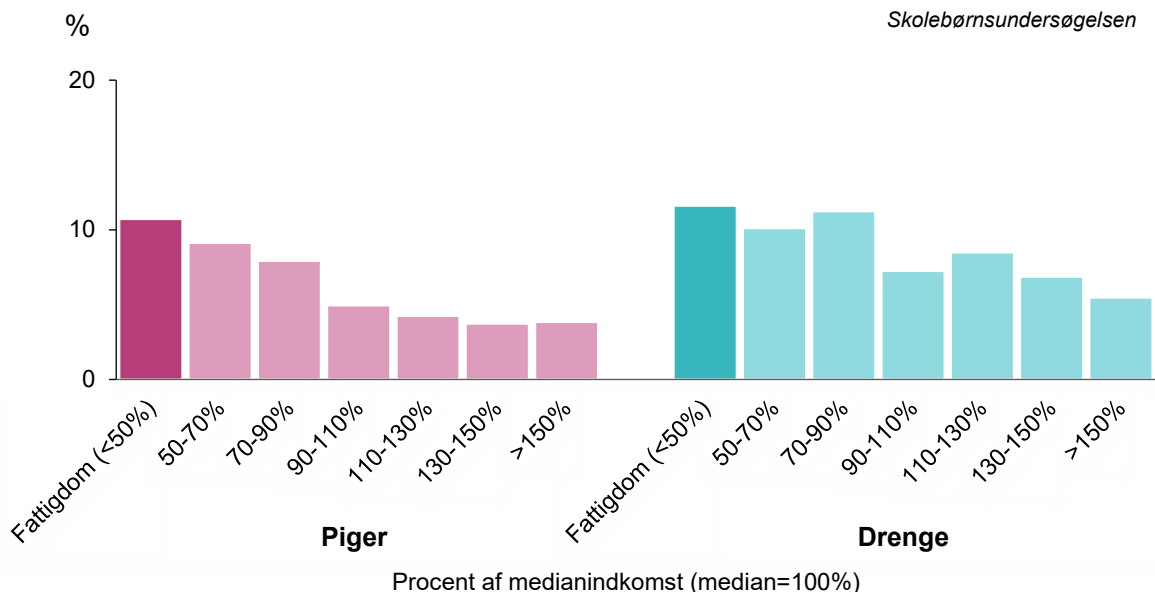
Figur 4.5.1 Andel, som spiser frugt og/eller grønt højst én gang ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.5.2 Andel, som spiser frugt og/eller grønt højst én gang ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



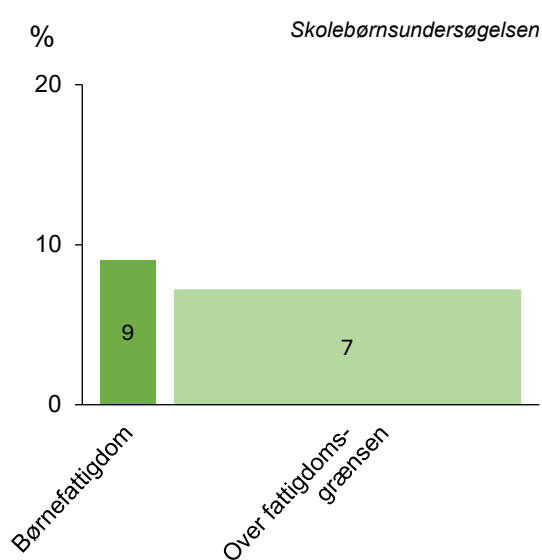
Figur 4.5.3 Andel, som spiser frugt og/eller grønt højst én gang ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



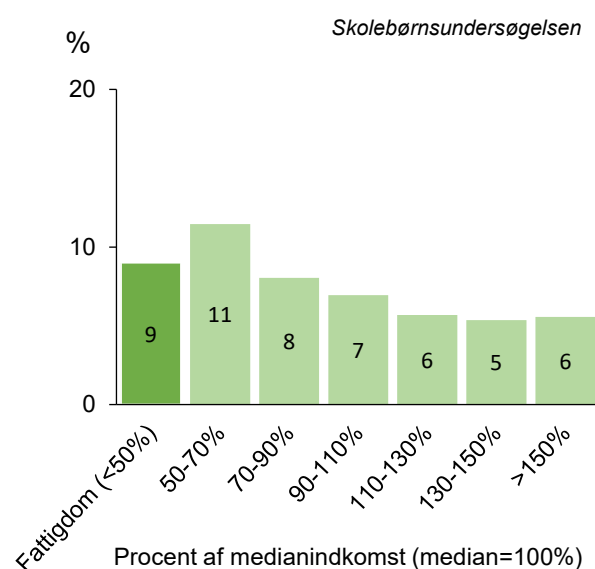
Slik og chokolade

Figur 4.5.4-4.5.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som spiser slik og/eller chokolade hver dag, efter familiens indkomst. Der ikke er en betydelig forskel i andelen, når man sammenligner elever, som lever i fattigdom, med dem, som lever over fattigdomsgrænsen. Figur 4.5.5 viser derimod, at andelen, som spiser slik og/eller chokolade hver dag, er størst blandt elever i den næstlaveste indkomstgruppe, og at der derfra sker et fald i andelen med stigende familieindkomst. Denne gradient afspejles både blandt piger og drenge, med det tydeligste gradvise fald blandt drenge.

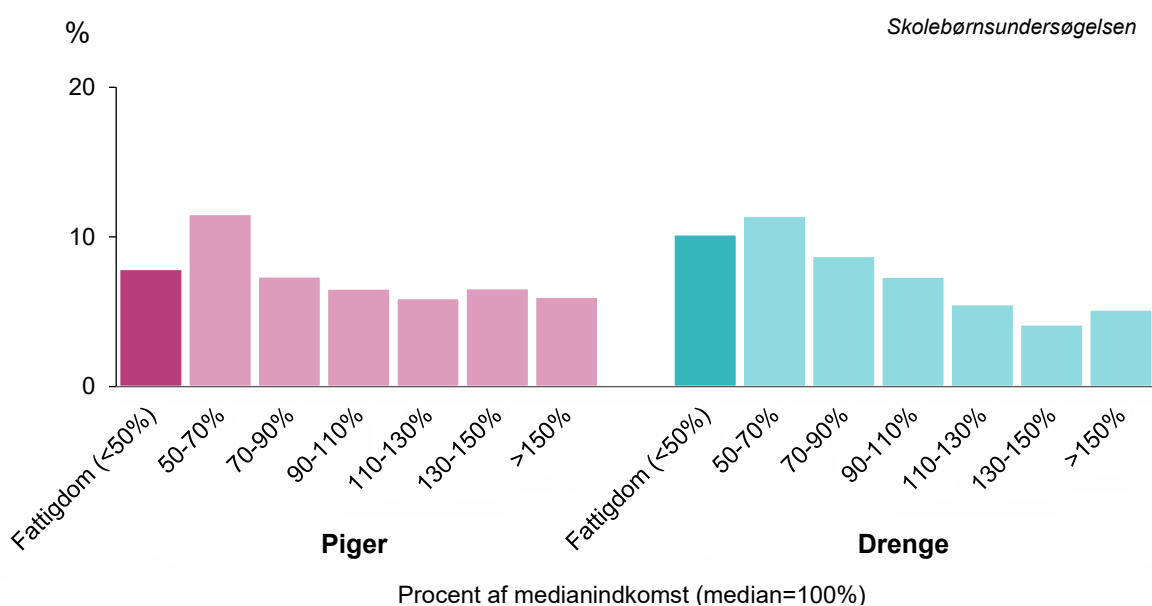
Figur 4.5.4 Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.5.5 Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



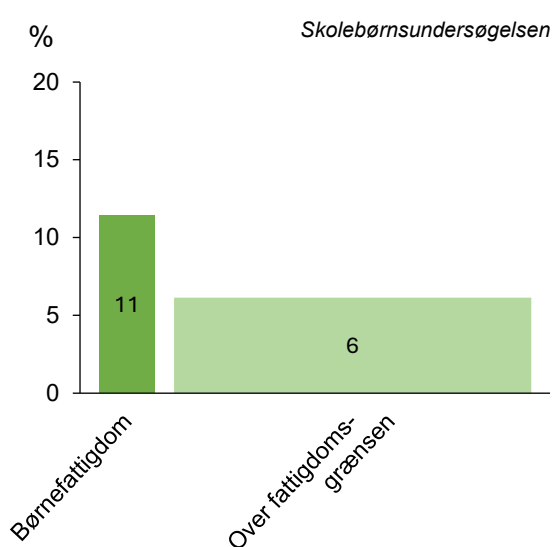
Figur 4.5.6 Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



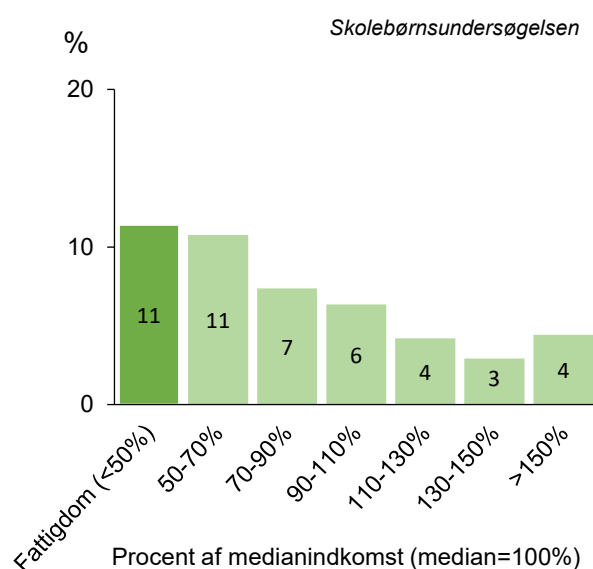
Sodavand

Figur 4.5.7-4.5.9 viser andelen, som drikker sodavand med sukker dagligt, i 5., 7., og 9. klasse opdelt efter familieindkomst. Der ses en statistisk signifikant forskel, hvor andelen, som drikker sodavand dagligt, er næsten dobbelt så stor blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med resten (figur 4.5.7). Der ses en sammenhæng mellem indkomst og dagligt indtag af sodavand, hvor andelen falder med stigende familieindkomst (figur 4.5.8). Figur 4.5.9 viser, at dette mønster ses blandt både piger og drenge, og at der overordnet set er en større andel blandt drenge, som drikker sodavand til hverdag.

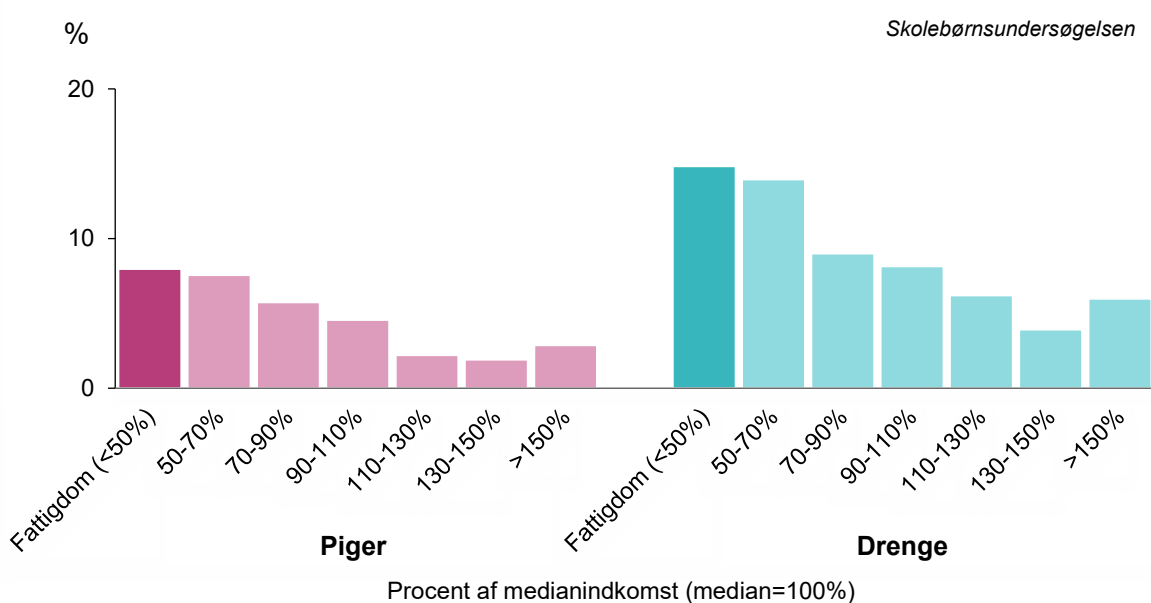
Figur 4.5.7 Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.5.8 Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



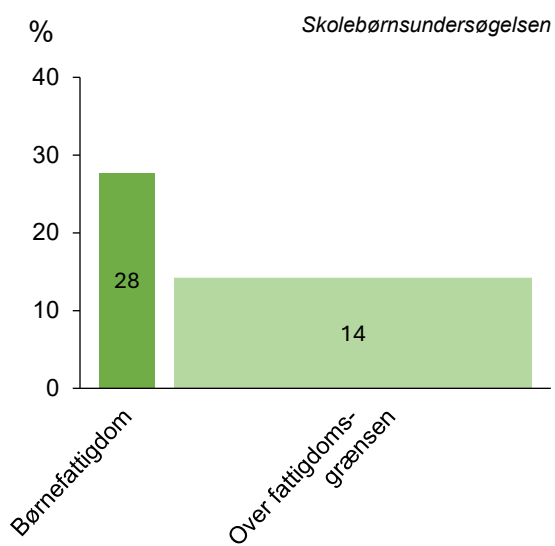
Figur 4.5.9 Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



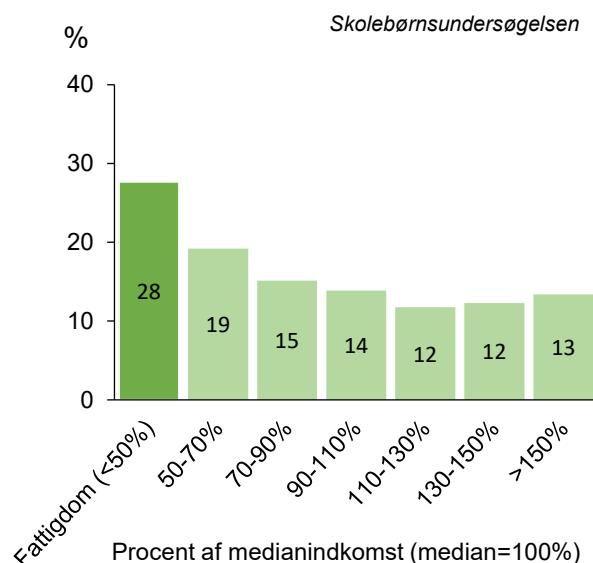
Fastfood

Figur 4.5.10-4.5.12 viser andelen i 5., 7., og 9. klasse, som spiser fastfood såsom pizza, kebab, burgere og pølser mindst to gange om ugen, opdelt efter familieindkomst. Der er en statistisk signifikant forskel mellem indkomstgrupper, hvor andelen, der spiser fastfood mindst to gange om ugen, er dobbelt så stor blandt elever, som lever i familier med fattigdom, sammenlignet med dem, som ikke gør (figur 4.5.10). Figur 4.5.11 viser en gradient for indkomster under medianindkomsten, hvorefter andelen er nogenlunde stabil. Dette mønster afspejles både blandt piger og drenge (figur 4.5.12).

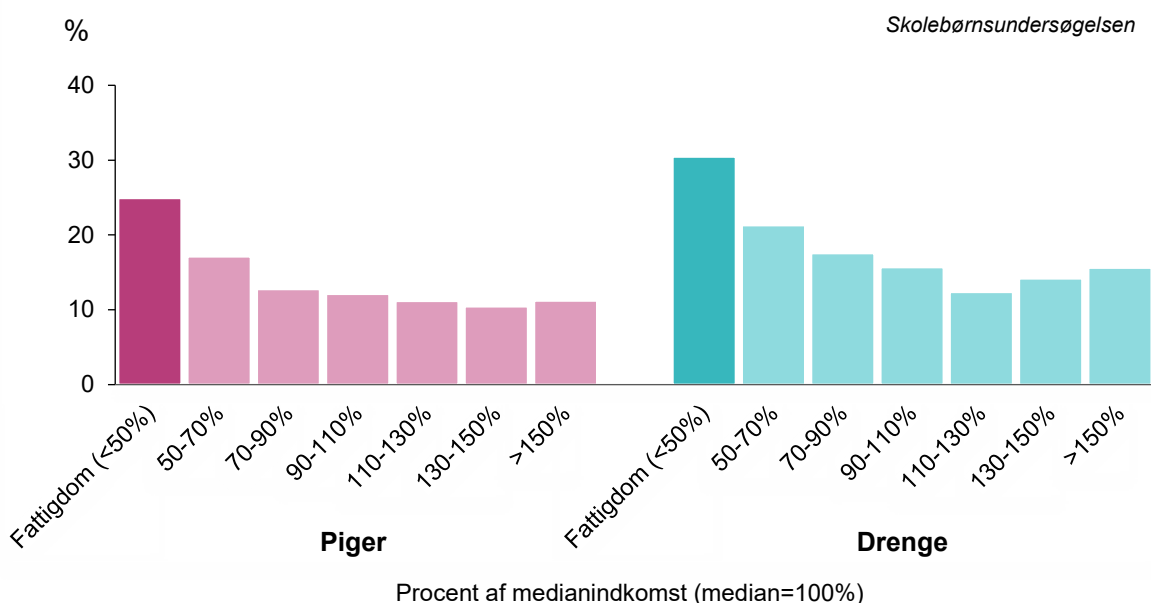
Figur 4.5.10 Andel, som spiser fastfood mindst to gange ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.5.11 Andel, som spiser fastfood mindst to gange ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.5.12 Andel, som spiser fastfood mindst to gange ugentligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4.6 Måltidsvaner

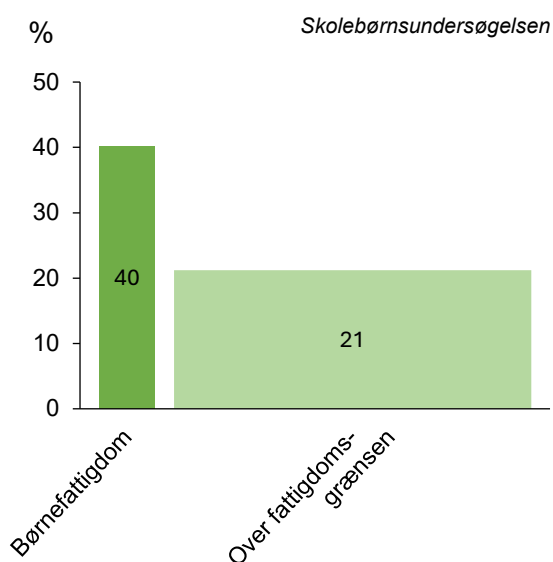
Ikke kun kostens indhold af næringsstoffer og madvarer har en betydning for sundheden. Også måltidsvanerne har en betydning. Børn og unge med regelmæssige morgenmads- og familiemåltidsvaner spiser som hovedregel en sundere kost (Rampersaud et al., 2005; Fulkerson et al., 2014; Giménez-Legarre et al., 2020). Desuden har nogle studier fundet sammenhænge mellem overvægt og uregelmæssige morgenmads- og familiemåltidsvaner (Timlin et al., 2008; Berge et al., 2015; Wang et al., 2023). Nogle undersøgelser peger også på en sammenhæng mellem uregelmæssige familiemåltider og børn og unges mistrivsel (Harrison et al., 2015).

Elevernes måltidsvaner vurderes ved at spørge til, hvor ofte de spiser morgenmad i hverdagen, samt hvor ofte de spiser måltider sammen med deres familie.

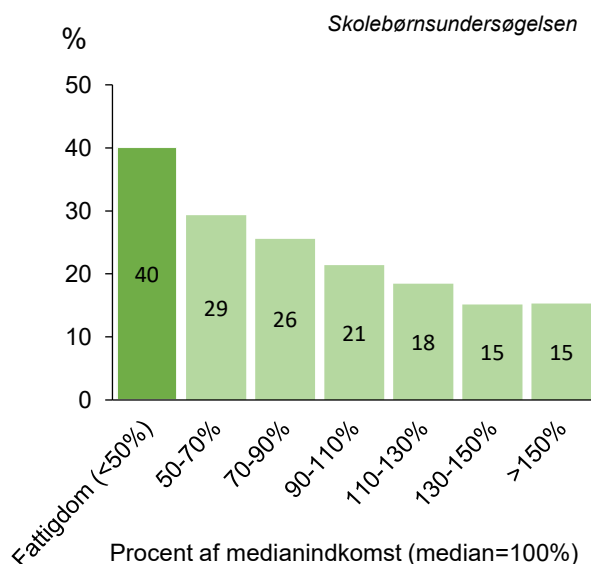
Morgenmad hverdage

Figur 4.6.1-4.6.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, opdelt efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 4.6.1, er andelen, som springer morgenmaden over, næsten dobbelt så stor blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med dem, som lever over fattigdomsgrænsen. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 4.6.2 viser en sammenhæng mellem indkomst og morgenmad, hvor andelen, der springer morgenmad over, bliver gradvist mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 4.6.3 viser sammenhængen mellem familiens indkomst og at springe morgenmad over for drenge og piger hver for sig. Her genfindes gradienten for både piger og drenge.

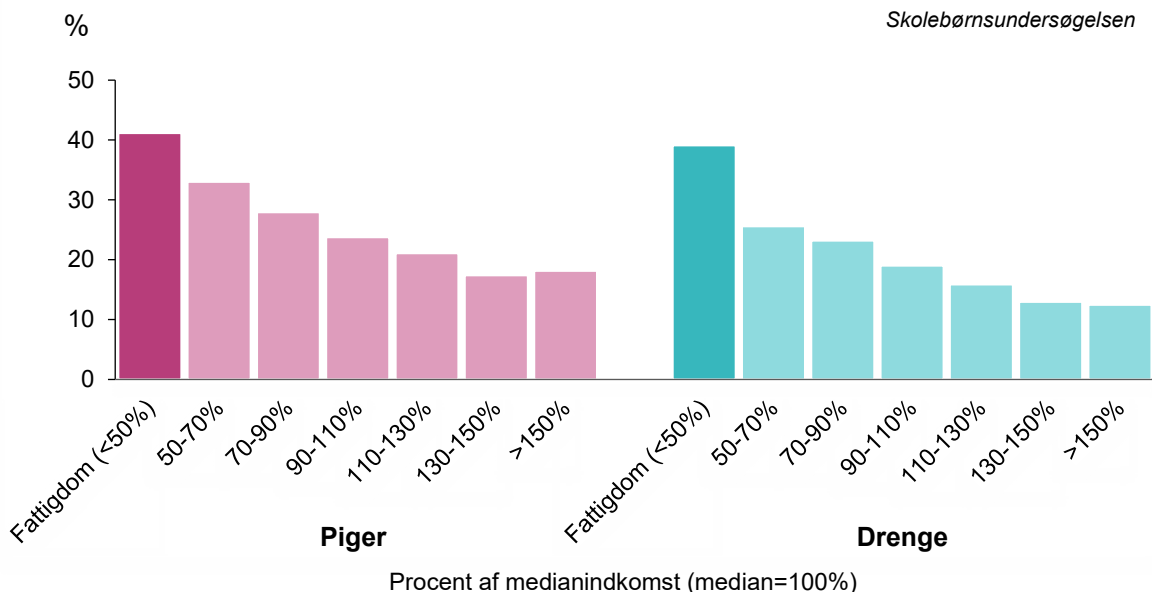
Figur 4.6.1 Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.6.2 Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



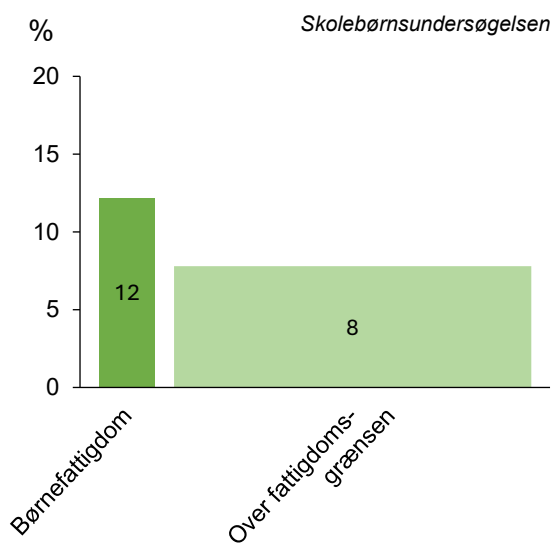
Figur 4.6.3 Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



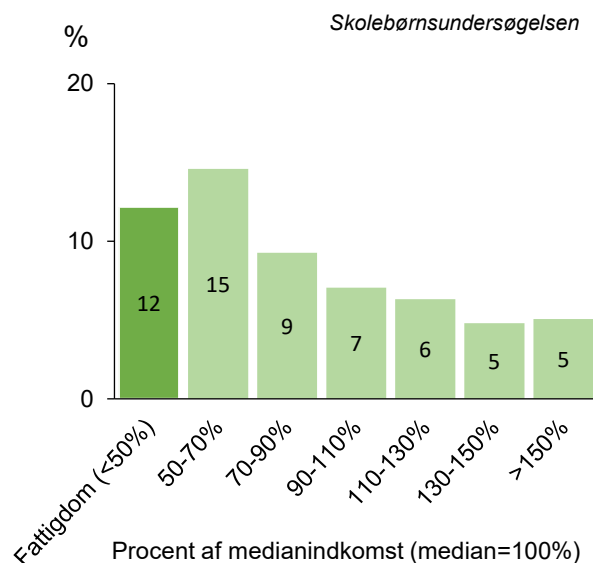
Måltider med familien

Figur 4.6.4-4.6.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som spiser måltider med familien én gang om ugen eller sjældnere, efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 4.6.4, er andelen, som sjældent spiser måltider med familien, omkring halvdelen gange større blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med dem, som ikke lever under fattigdomsgrænsen. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 4.6.5 viser, at andelen er størst blandt elever fra den næstelaveste indkomstgruppe, og at der derfra sker et fald, hvor andelen, som sjældent spiser med familien, bliver gradvist mindre, jo højere familiens indkomst er. Figur 4.6.6 viser, at samme mønster afspejles blandt både piger og drenge

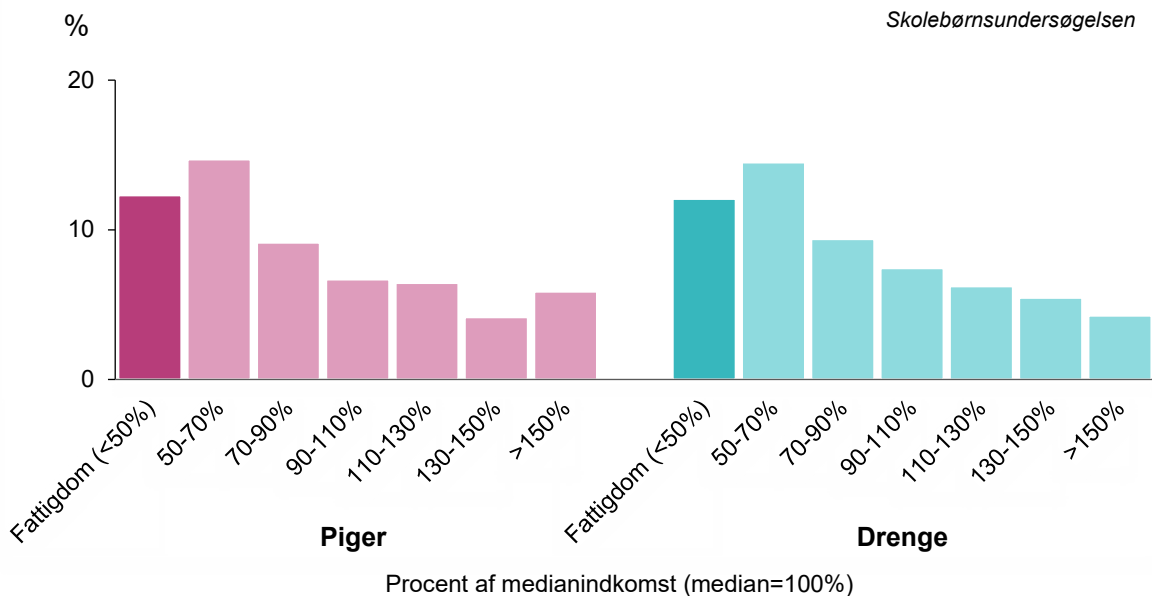
Figur 4.6.4 Andel, som spiser måltider med familien én gang om ugen eller sjældnere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.6.5 Andel, som spiser måltider med familien én gang om ugen eller sjældnere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.6.6 Andel, som spiser måltider med familien én gang om ugen eller sjældnere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



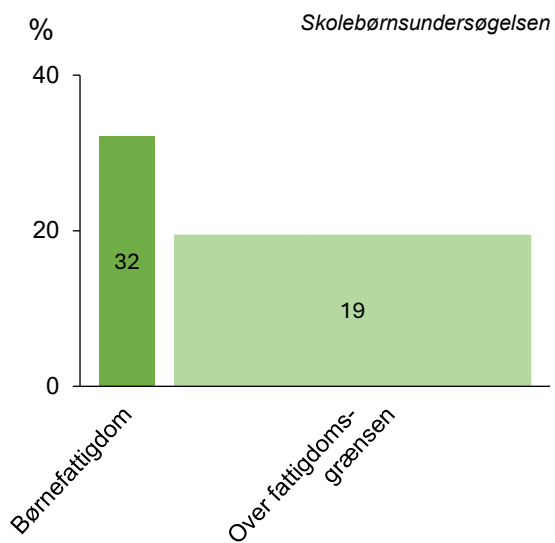
4.7 Tandbørstning

Regelmæssig tandbørstning forebygger sygdomme i tænder og mundhule, og god tandsundhed afspejler barnets almene helbred (Drummond et al., 2017). Den generelle anbefaling er tandbørstning to gange dagligt. Gode vaner for tandbørstning grundlægges i børne- og ungdomsårene.

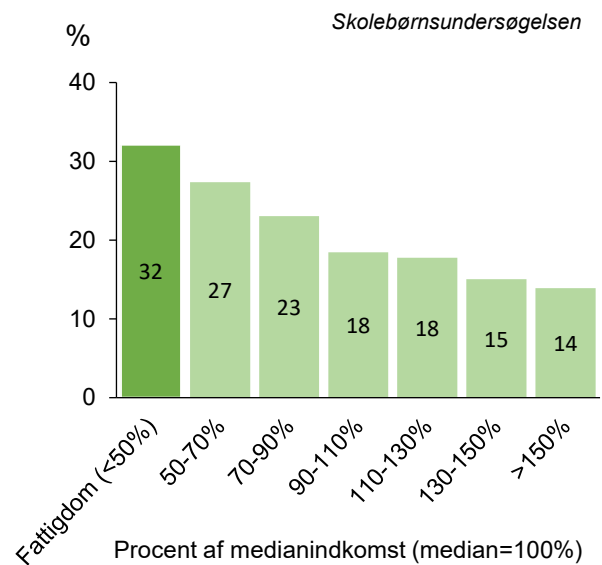
I Skolebørnsundersøgelsen spørges eleverne, hvor ofte de børster tænder, med svarkategorierne 'Flere gange om dagen', 'Én gang om dagen', 'Hver uge, men ikke hver dag', 'Mindre end én gang om ugen' og 'Aldrig'. Her viser vi andelen med utilstrækkelige tandbørstningsvaner, det vil sige, at de ikke følger anbefalingerne om at børste tænder to gange om dagen.

Figur 4.7.1-4.7.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse med utilstrækkelige tandbørstningsvaner, opdelt efter familieindkomst. Figur 4.7.1 viser at andelen med utilstrækkelige tandbørstningsvaner er over halvanden gang større blandt de elever, der lever under fattigdomsgrænsen, sammenlignet med øvrige elever. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 4.7.2 viser en klar gradient, hvor andelen med utilstrækkelig tandbørstning gradvist falder med stigende familieindkomst. Dette mønster afspejles hos både piger og drenge (Figur 4.7.3).

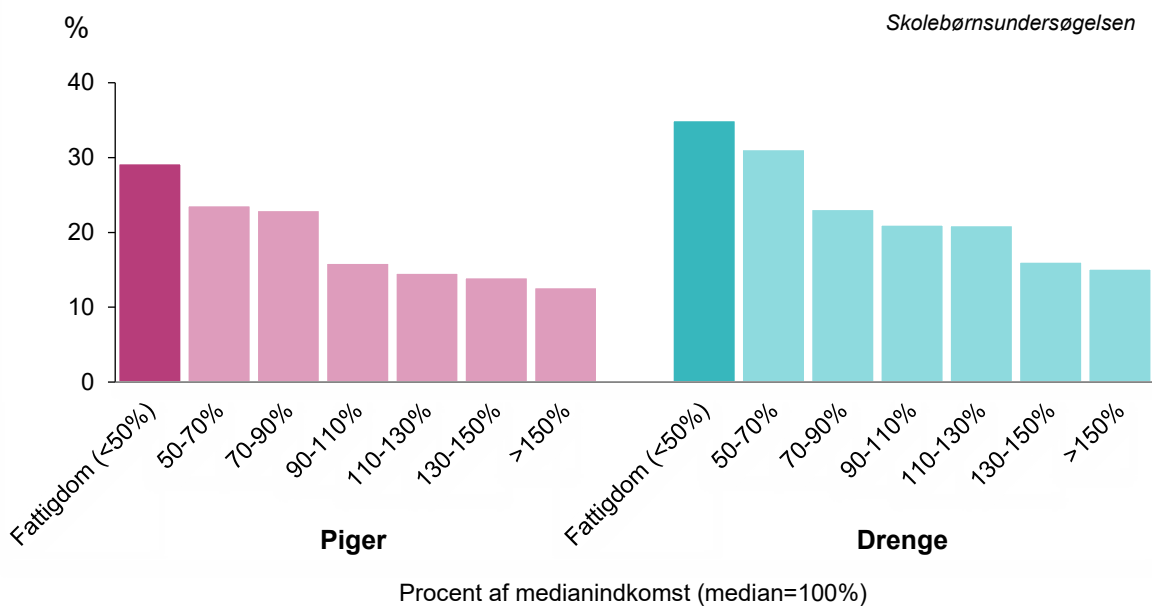
Figur 4.7.1 Andel, som børster tænder mindre end to gange om dagen, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.7.2 Andel, som børster tænder mindre end to gange om dagen, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.7.3 Andel, som børster tænder mindre end to gange om dagen, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4.8 Onlineliv og skærmbrug

En stadig større del af børn og unges hverdag foregår online. Vi har fået flere skærme, og vi bruger dem mere. Onlineliv og digitale medier er derfor i dag en integreret del af børns skole-, familie- og fritidsliv. Som følge heraf er der også et stigende fokus på, hvilken betydning brug af digitale medier og skærme har for børns fysiske, sociale og mentale sundhed. Brug af skærme er blandt andet associeret til stillesiddende adfærd og derfor karakteriseret ved et meget lavt energiforbrug, hvilket har en negativ indflydelse på helbredet (Pedersen 2022). Men brug af digitale medier og skærm sker ikke kun stillesiddende, da brug af blandt andet smartphones også sker på farten. Overdreven brug af skærm mistænkes også for at forstyrre nattesøvn samt have negativ indflydelse på børns mentale sundhed, herunder stress, kropsopfattelse, generelle trivsel samt symptomer på angst og depression (Stiglic & Viner, 2019; Office of the Surgeon General, 2023). Ligeledes kan der være både positive og negative konsekvenser ved at være online sammen med andre frem for fysisk samvær (Kierkegaard et al., 2020).

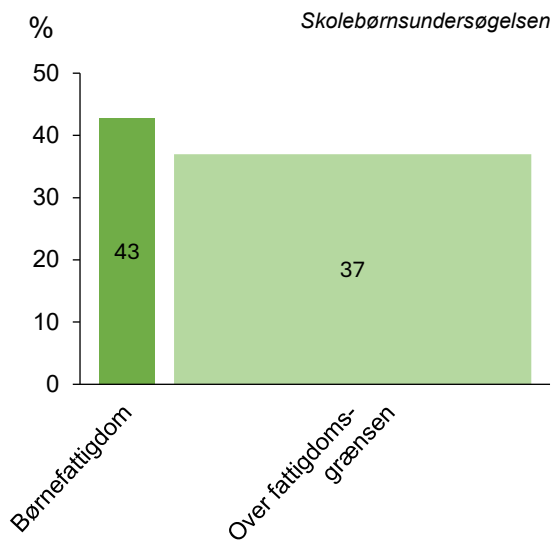
Skærmtid- og aktiviteter

I Skolebørnsundersøgelsen 2022 er det kun eleverne i 9. klasse, som svarer på, hvor meget tid inden for den seneste måned i fritiden de typisk har brugt dagligt på forskellige skærmaktiviteter opdelt på hverdage samt weekend. Skærmaktivitet er grupperet i fem overordnede kategorier: 1) film, serier, YouTube, underholdningsprogrammer, andet fjernsyn; 2) spil og gaming; 3) sociale medier; 4) samtale; og 5) informationssøgning. For hver af de fem kategorier er der 10 svarkategorier med et tidsinterval fra 0 minutter til +7 timer. Elever med daglig skærmtid på mindst fire timer omfatter dem, der bruger mindst fire timer dagligt i fritiden på hverdage på mindst én af følgende skærmaktiviteter: A) Film, serier, YouTube, underholdningsprogrammer og/eller andet fjernsyn, B) Spil på telefon, tablet, spillekonsol eller computer, eller C) Sociale medier eller andre kommunikationstyper (fx Facebook, TikTok, Messenger, Twitter, WhatsApp, Snapchat, Instagram, SMS)

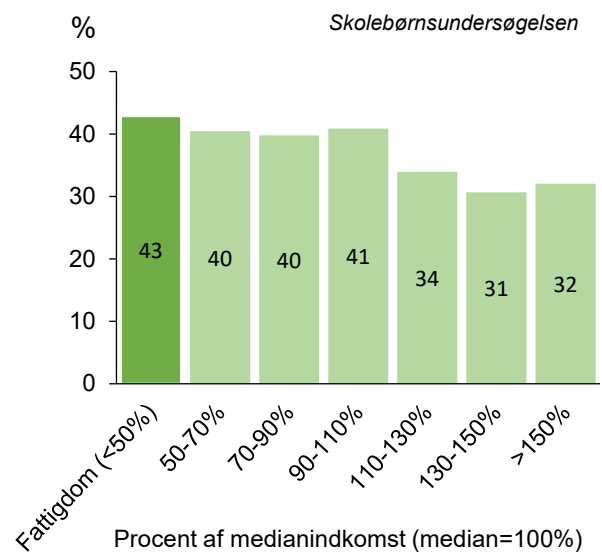
Skærmtid og aktivitet i hverdagen

Figur 4.8.1-4.8.3 viser andelen af elever i 9. klasse, som har mindst 4 timers daglig skærmtid i fritiden i hverdagen, efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 4.8.1, er der en mindre forskel i andelen med mindst 4 timers dagligt skærmbrug blandt børn, der lever i fattigdom, og dem, som ikke gør. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Figur 4.8.2 viser, at andelen med 4 timers skærmtid om dagen er nogenlunde ens blandt elever med en familieindkomst under og omkring indkomstmedianen, mens den er lavere blandt elever, hvor familieindkomsten er over indkomstmedianen. Ser man på den kønsopdelte figur 4.8.3 aspejles dette mønster ikke blandt hverken drenge eller piger, og der ses ingen tydelig gradient.

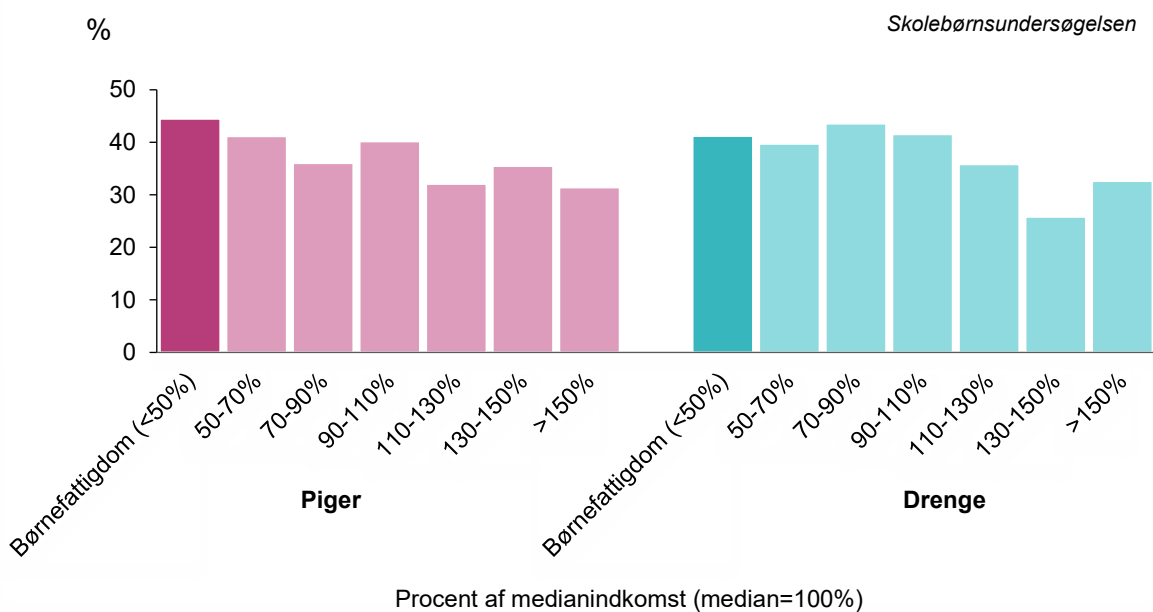
Figur 4.8.1 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i hverdagen, i 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.8.2 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i hverdagen, i 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



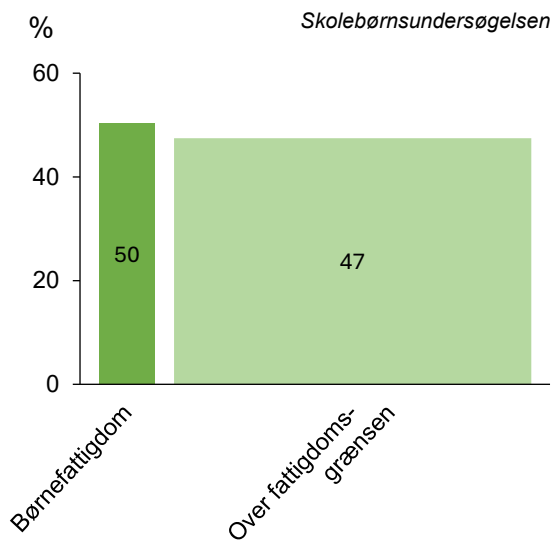
Figur 4.8.3 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i hverdagen, i 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



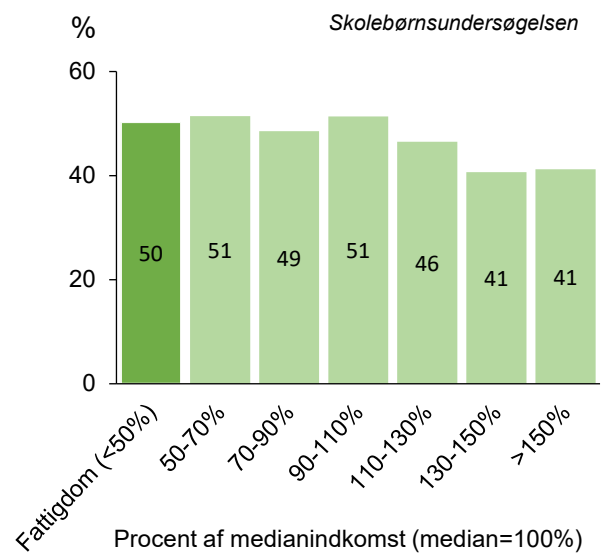
Skærmtid og aktivitet i weekenden

Figur 4.8.4-4.8.6 viser andelen af elever i 9. klasse som har mindst 4 timers daglig skærmtid i fritiden i weekenden efter familiens indkomst. Som det fremgår af alle tre figurer, er der ingen sammenhæng mellem familiens indkomst og skærmaktiviteter i weekenden.

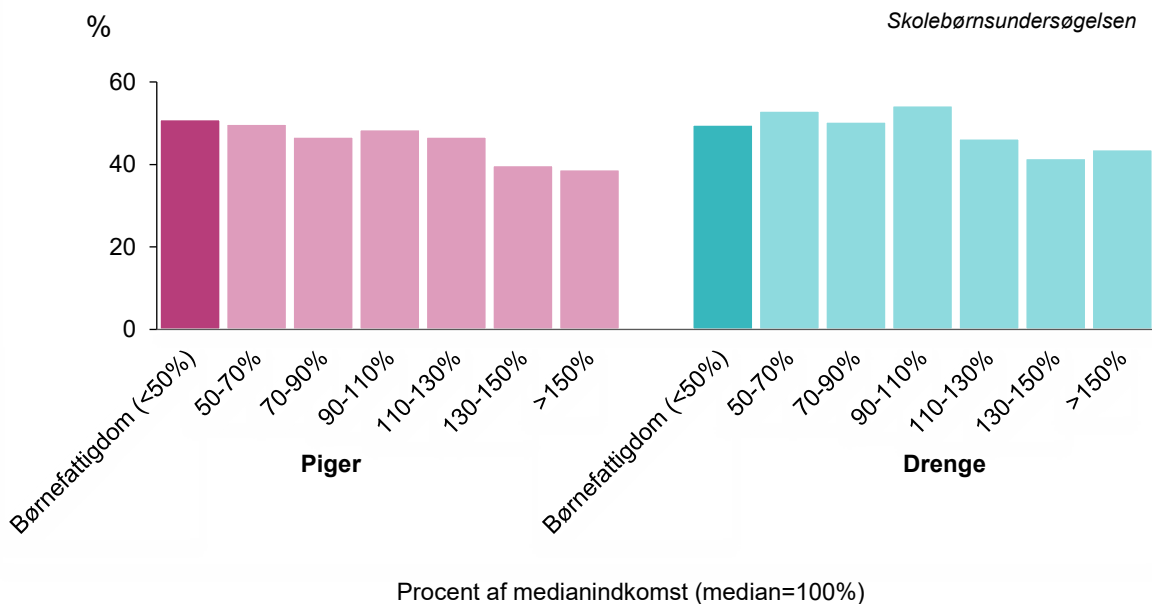
Figur 4.8.4 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i weekenden, i 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.8.5 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i weekenden, i 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.8.6 Andel, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i weekenden, i 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



Online kontakt

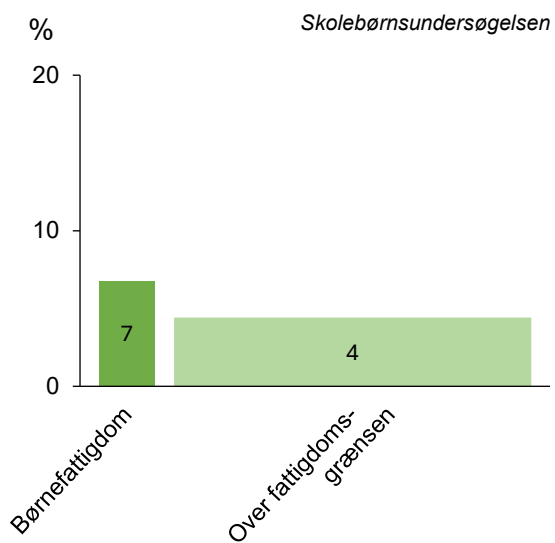
Med smartphones og en for nogle ubegrænset eller ureguleret adgang til sociale medier fylder online kontakt meget i mange børn og unges hverdag. Det er i denne forbindelse relevant at vise forekomsten af de 11-15-åriges online kontakt, hvis man skal have et samlet billede af børnenes sociale relationer og online liv. Det er ligeledes relevant at se på forekomsten af både de børn og unge, som er meget online, og dem, som næsten ikke er. Fx kan dét at være online hele tiden potentielt komme i vejen for udfoldelsen af andre meningsfulde aktiviteter, mens ingen online kontakt kan betyde, at man er afkoblet fra en betydningsfuld del af det sociale liv, der udspiller sig.

Eleverne er derfor blevet spurgt, hvor ofte de er i online kontakt med venner eller andre på medier som Snapchat, Instagram, TikTok, Facetime, WhatsApp, Messenger eller Discord. Eleverne angiver hyppigheden af kontakt med 'Nære venner', 'Venner fra en større vennegruppe', 'Venner, som du har lært at kende online' samt 'Andre end venner (fx forældre, søskende, klassekammerater, lærere)' med udgangspunkt i seks svarkategorier fra 'Aldrig eller næsten aldrig' til 'Næsten hele tiden hver dag', inklusive 'Ved ikke/Har ikke denne kontakt'. Hver elev bliver kategoriseret med udgangspunkt i den relation, de hyppigst har kontakt med. En elev, der næsten hele tiden hver dag er i kontakt med 'Nære venner', kategoriseret derfor som at have online kontakt 'Hele tiden' uanset hyppigheden af kontakt med andre sociale relationer. Ligesom elever, som svarer 'Aldrig eller næsten aldrig' og 'Ved ikke/Har ikke denne kontakt' på spørgsmålet inden for alle fire typer af relationer, er kategoriseret som ikke at have online kontakt på sociale medier.

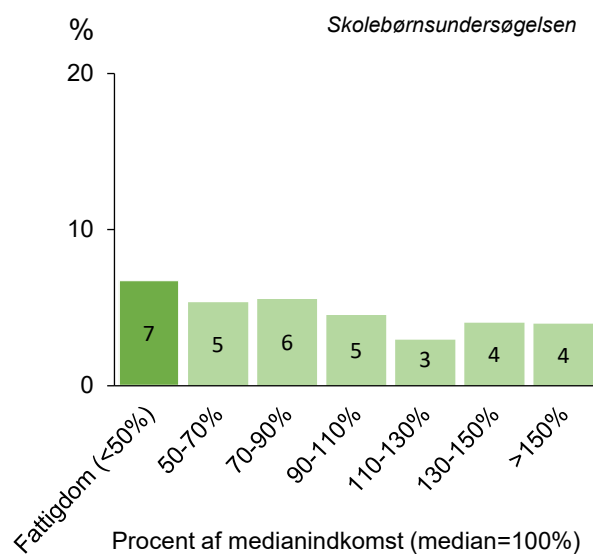
Aldrig/næsten aldrig i online kontakt

Figur 4.8.7-4.8.9 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som aldrig eller næsten aldrig har online kontakt med andre opdelt efter familieindkomst. Figur 4.8.7 viser, at andelen, som ikke har online kontakt med andre, er større blandt elever, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever. Denne forskel er statistisk signifikant. Der er en tendens til en graderet sammenhæng mellem online kontakt og familieindkomst (figur 4.8.8). De kønsopdelte analyser i figur 4.8.9 viser derimod, at der blandt piger er en gradient, hvor andelen, som ikke har online kontakt, falder med stigende indkomst frem til indkomstmedianen. Blandt drenge er mønsteret ikke lige så tydeligt. Generelt er forekomsten af elever, som ingen online kontakt har med andre, lav.

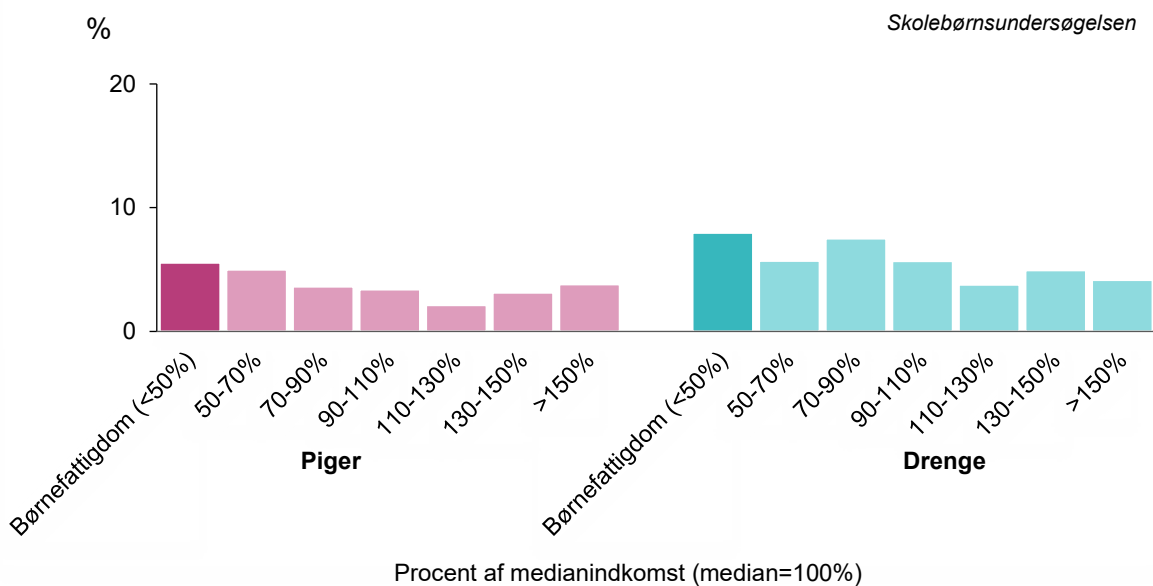
Figur 4.8.7 Andel, som aldrig eller næsten aldrig har online kontakt med andre, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.8.8 Andel, som aldrig eller næsten aldrig har online kontakt med andre, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



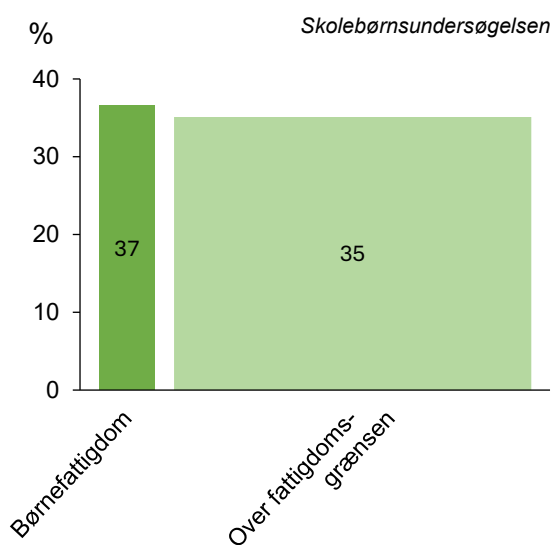
Figur 4.8.9 Andel, som aldrig eller næsten aldrig har online kontakt med andre i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



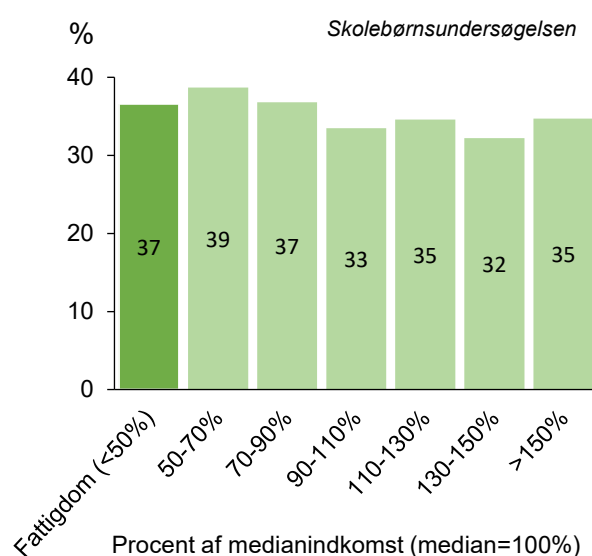
Hele tiden i online kontakt

Figur 4.8.10-4.8.12 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som næsten hele tiden er i online kontakt med andre, efter familiens indkomst. Som det fremgår af alle tre figurer, er der ingen tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og online kontakt med andre. Hyppig online kontakt er altså lige udbredt blandt børn fra forskellige indkomstgrupper, hvilket afspejles både blandt piger og drenge.

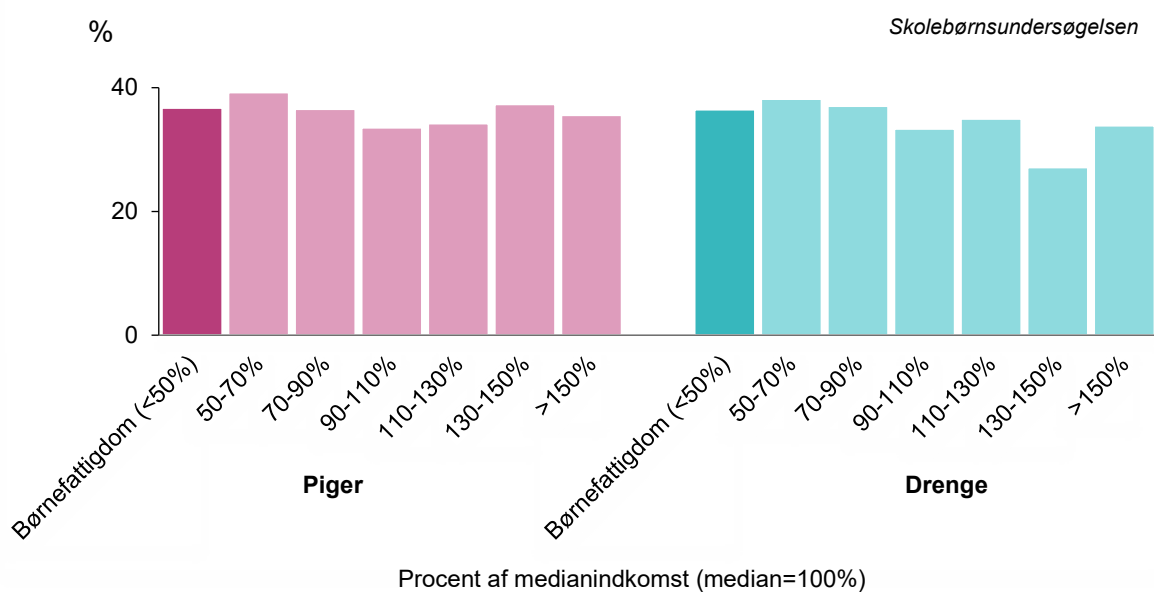
Figur 4.8.10 Andel, som næsten hele tiden er i online kontakt med andre, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.8.11 Andel, som næsten hele tiden er i online kontakt med andre, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.8.12 Andel, som næsten hele tiden er i online kontakt med andre, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

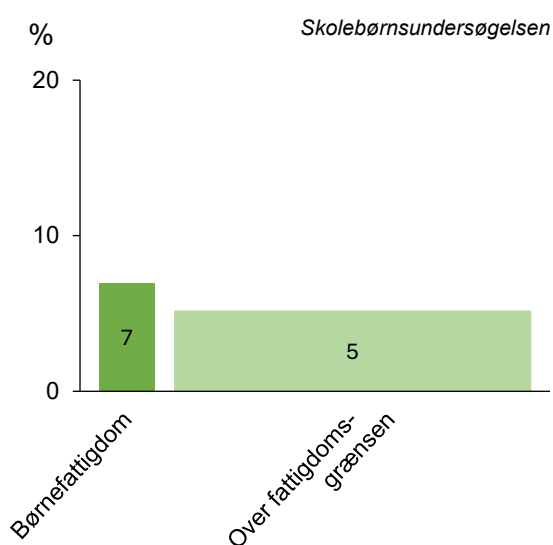


Problematisk brug af sociale medier

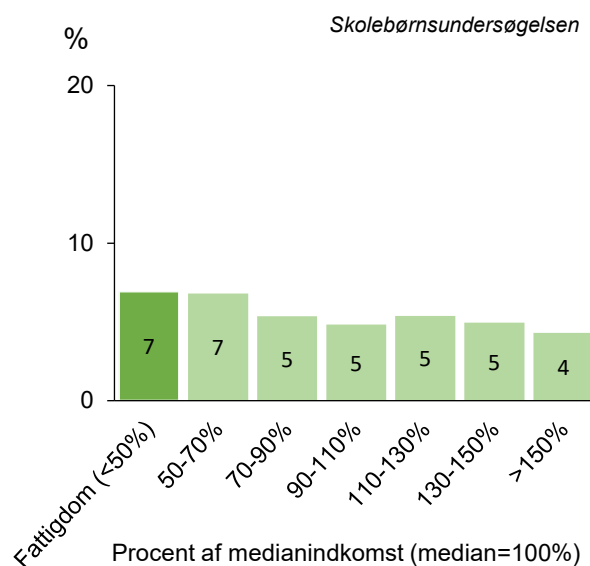
Elever i 5., 7. og 9. klasse er blevet spurgt til deres erfaringer med sociale medier (fx Snapchat, Intragram, TikTok, WhatsApp) inden for de seneste 12 måneder. Eleven skal tage stilling til ni udsagn om brugen af sociale medier, som hver afspejler et aspekt af et problematisk brug. Det er fx udsagn som: '(Har du) ...ofte oplevet, at du kun tænker på, hvornår du kan komme til at bruge sociale medier igen?', '...ofte undgået andre aktiviteter fx fritidsinteresser, sport, fordi du gerne ville på de sociale medier?' og '...haft alvorlige konflikter med dine forældre eller søskende på grund af dit brug af sociale medier?'. Det er muligt at svare enten 'ja' eller 'nej' til hvert udsagn. I overensstemmelse med de internationale HBSC-guidelines svarer 'ja' til 1 point og 'nej' til 0 point, og der udregnes en samlet score på mellem 0 og 9 point, hvor en score fra 6 til 9 point indikerer, at eleven har et problematisk brug af sociale medier (Van den Eijnden et al., 2016).

Figur 4.8.13-4.8.15 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har et problematisk brug af sociale medier. Som det fremgår af alle tre figurer, er der ingen tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og problematisk brug af sociale medier.

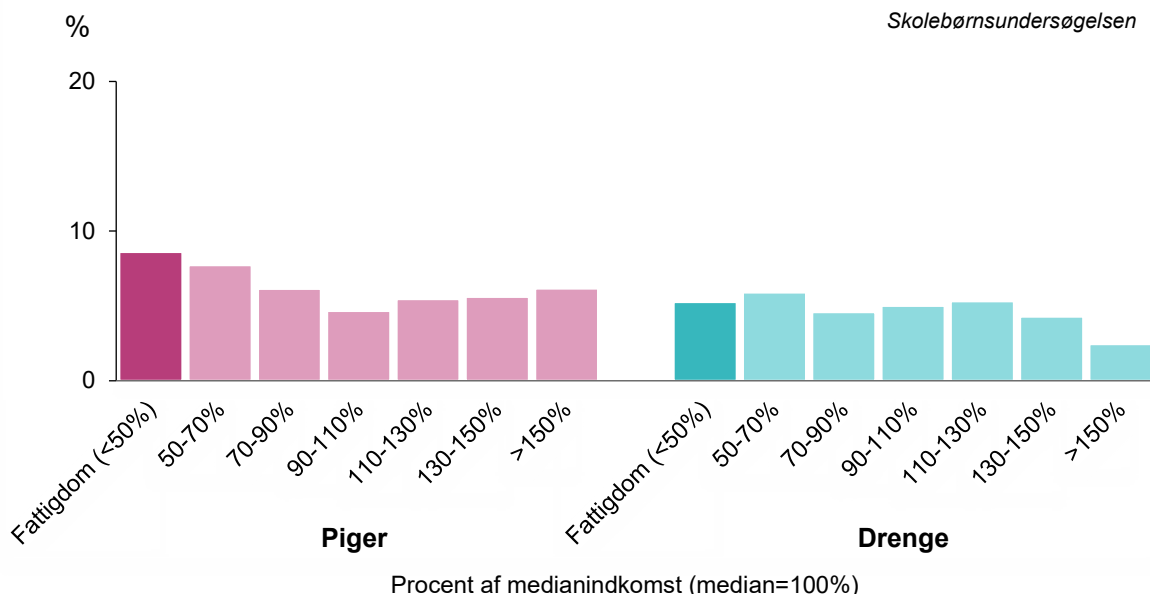
Figur 4.8.13 Andel med problematisk brug af sociale medier i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.8.14 Andel med problematisk brug af sociale medier i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.8.15 Andel med problematisk brug af sociale medier i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



4.9 Søvn

Søvn spiller en helt central rolle for børn og unges sundhed, udvikling og trivsel på både kort og lang sigt (Bruce et al., 2017; Paruthi et al., 2016). Der er en positiv sammenhæng mellem tilstrækkelig søvn og fysisk helbred, mental sundhed, indlæringssevne, opmærksomhed, følelsesregulering og livskvalitet, mens for lidt søvn hænger sammen med opmærksomhedsbesvær, indlæringsvanskeligheder, risiko for skader samt udvikling af overvægt og depression (Matricciani et al., 2019; Paruthi et al., 2016).

Ifølge Sundhedsstyrelsens nyeste anbefalinger om søvn skal 6-13-årige sove 9-11 timer og 14-17-årige 8-10 timer på et døgn med regelmæssige sove- og opvågningstidspunkter (Sundhedsstyrelsen, 2024). Anbefalinger understreger dog, at nogle børn og unge kan nøjes med mindre søvn. Anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen er baseret på anbefalinger om søvnlængde fra den amerikanske søvnorganisation National Sleep Foundation (Whiton, Albert, & National Sleep Foundation, 2015)

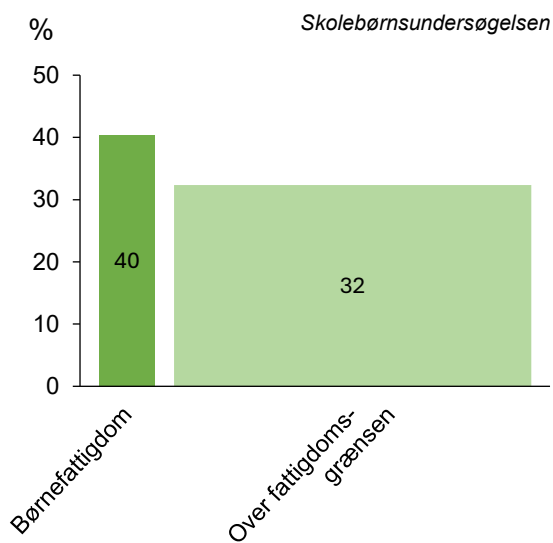
I Skolebørnsundersøgelsen undersøger vi både elevernes søvnlængde om natten, altså søvnkvantiteten, og elevernes søvnkvalitet ved spørgsmål om besvær ved at falde i søvn, og hvordan søvnen kvalitet har været. Resultaterne, som omhandler problemer med at falde i søvn, findes i afsnit '3.2 Fysiske og psykiske symptomer'.

Søvnlængde

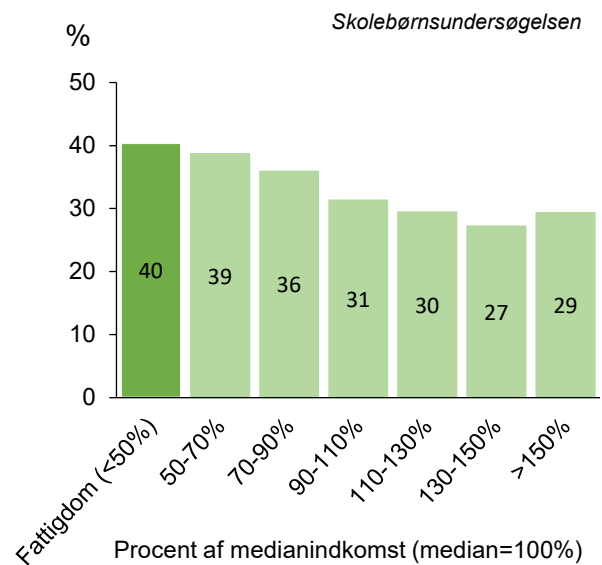
I Skolebørnsundersøgelsen indgår 11-15-årige elever. I denne aldersperiode sker der store ændringer i søvnmønstret på grund af blandt andet store ændringer i biologiske og sociale forhold. Fx forskydes døgnrytmen, så elever i de ældre klasser ofte går senere i seng og således får mindre søvn (Bruce et al., 2017), hvilket også afspejles i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om søvnlængde. Elevernes natlige søvnlængde er beregnet på baggrund af to spørgsmål om, hvornår eleverne går i seng, og hvornår de plejer at vågne, hvis de skal i skole næste dag. Ud fra elevernes besvarelser beregnes den gennemsnitlige nattesøvn, og med baggrund i Sundhedsstyrelsens anbefalinger er elever, som sover for lidt, dem, som sover mindre end 9 timer, hvis de er under 14 år, og mindre end 8 timer, hvis de er 14 år eller derover.

Figur 4.9.1-4.9.3 viser andelen af elever i 5.-9. klasse, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om søvn og således sover for lidt, efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 4.9.1, er der en statistisk signifikant forskel, hvor en større andel sover for lidt blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige børn og unge. Figur 4.9.2 viser, at andelen, som sover for lidt, bliver gradvist mindre med stigende familieindkomst frem til medianindkomsten, hvorefter gradienten udjævnes. Figur 4.9.3 viser, at samme mønster afspejles blandt både drenge og piger.

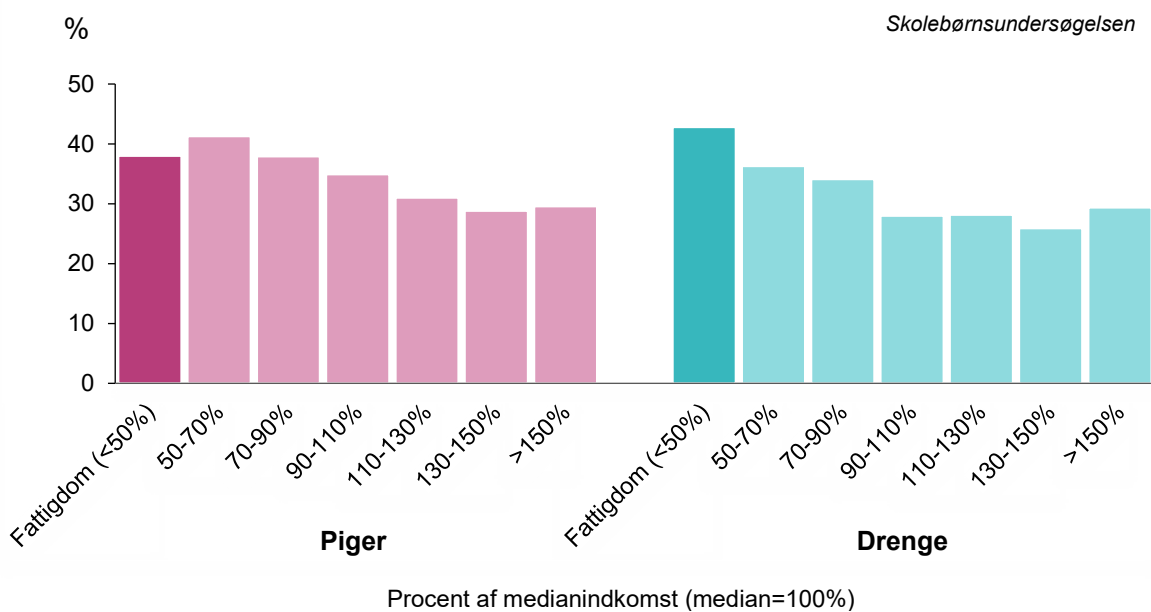
Figur 4.9.1 Andel, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens søvnbefalinger, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 4.9.2 Andel, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens søvnbefalinger, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.9.3 Andel, som ikke lever op til Sundhedsstyrelsens søvnbefalinger, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

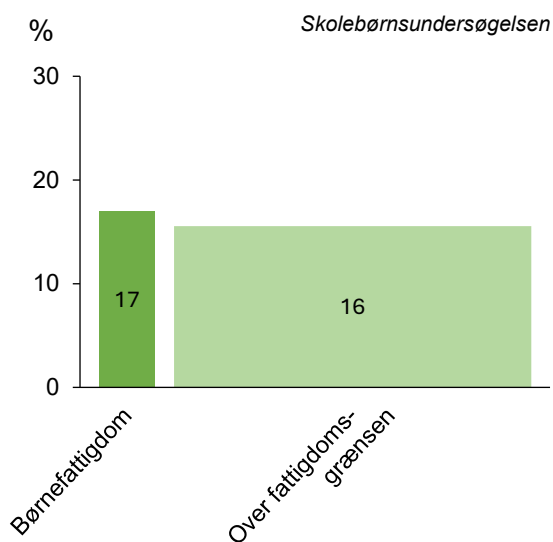


Søvnkvalitet

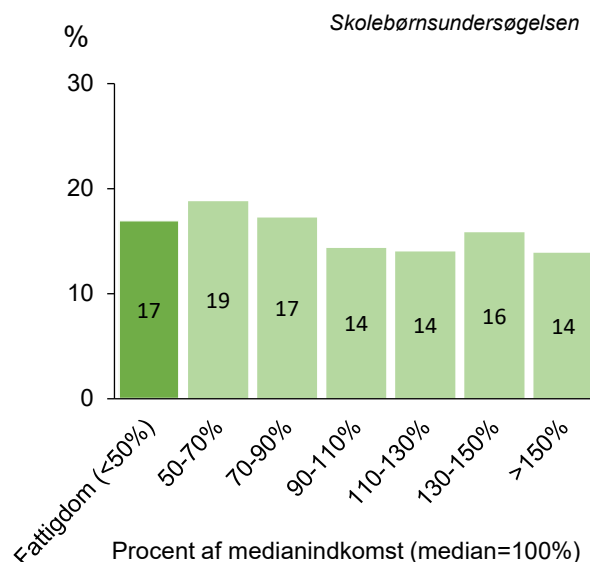
Elevernes søvnkvalitet bliver i Skolebørnsundersøgelsen belyst ud fra to spørgsmål, som afdækker, om de har svært ved at falde i søvn, og hvor tit de sover dårligt eller uroligt om natten. Her viser vi resultaterne for, hvor tit eleverne sover dårligt eller uroligt om natten. Der er fem svarkategorier fra 'Aldrig' til 'Hver nat'. Her viser vi andelen af elever, som angiver at sove dårligt eller urolig mindst flere gange om ugen.

Figur 4.9.4-4.9.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som flere gange om ugen sover dårligt eller uroligt om natten, efter familiens indkomst. Ingen af figurerne indikerer en tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og søvnkvalitet, og forekomsten af elever, som sover dårligt eller uroligt om natten, er således nogenlunde ens på tværs af indkomstgrupper.

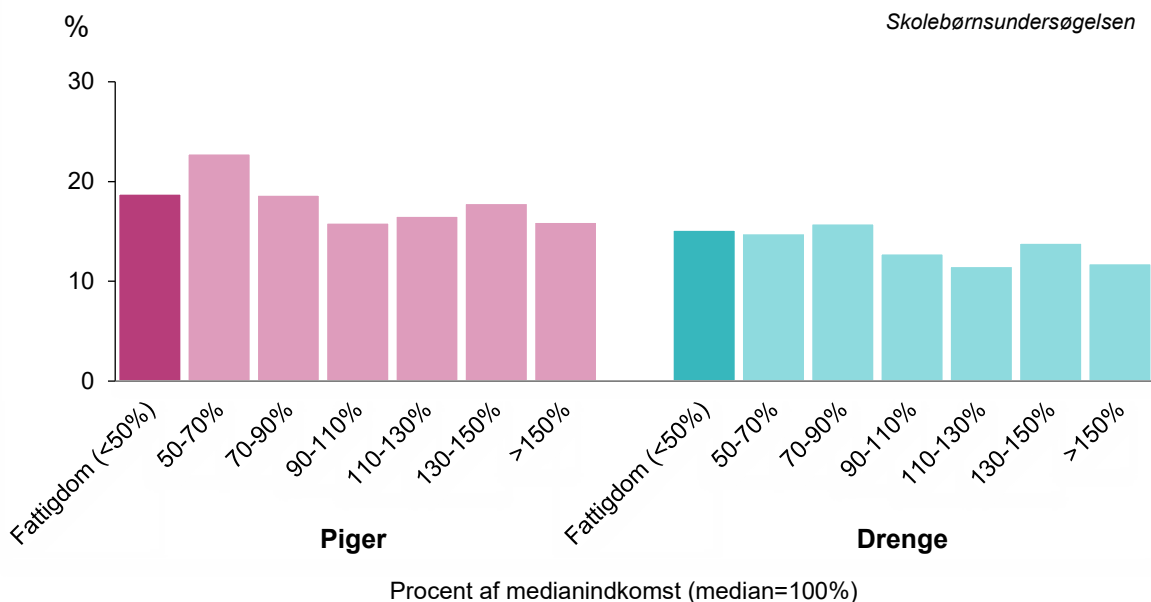
Figur 4.9.4 Andel, som flere gange om ugen sover uroligt eller dårligt, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 4.9.5 Andel, som flere gange om ugen sover uroligt eller dårligt, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 4.9.6 Andel, som flere gange om ugen sover uroligt eller dårligt, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



5 Sociale relationer

I dette kapitel undersøges sammenhængen mellem familiens indkomst og elevernes sociale relationer, herunder deres relationer til familien, til deres venner samt erfaringer med mobning.

Sammenfatning af resultater

Der er sammenhæng med indkomst for flere aspekter af børns sociale relationer, herunder for ikke at tale tillidsfuldt med sin mor, opleve manglende støtte fra familie og venner, samt mobning i skolen, hvor forekomsten er stigende med faldende indkomst for både drenge og piger. Der er til gengæld ingen sammenhæng mellem familiens indkomst og dét at have en tillidsfuld relation til sin bedste ven eller veninde og online mobning. Her er forekomsten således nogenlunde ens på tværs af indkomstgrupper for både drenge og piger.

Kønssforskelle

Der er også steder, hvor sammenhængen med indkomst ser ud til at være forskellig, når vi ser på piger og drenge hver for sig. Det gælder at være fysisk sammen med venner efter skole, hvor andelen, som aldrig er sammen med venner, falder med stigende indkomst for pigerne, mens der ikke er nogen sammenhæng for drenge. Der ser også ud til at være kønssforskelle, når vi ser på ikke at tale tillidsfuldt med sin far, hvor sammenhængen er graderet blandt piger, og blandt drenge er forekomsten højest i de to laveste indkomstgrupper – ligesom der er kønssforskel i dét at være sammen med venner om aftenen, hvor der blandt pigerne ses en graderet sammenhæng frem til indkomstmedianen og blandt drenge ingen sammenhæng med familieindkomst.

5.1 Relationer i familien

Familien er den første sociale sammenhæng, et barn indgår i, og den spiller en vigtig rolle for barnets udvikling, socialisering, sundhed og velbefindende (Collins et al., 2004). I Skolebørnsundersøgelsen undersøges vi tillidsfuld kommunikation med forældre og støtte fra familien som to vigtige aspekter af relationen i familien. En god relation mellem børn og forældre er både en beskyttende faktor for risikoadfærd og en fremmende faktor for mental og fysisk sundhed (Brooks et al., 2015; Collins et al., 2004). Derudover fremmer en god forældre-barn-relation også den unges udvikling af gode relationer til jævnaldrende (Moreno et al., 2009).

Tale tillidsfuldt med forældre

Tillidsfuld kommunikation med forældre er belyst med spørgsmål om, hvor nemt det er for eleverne at tale med deres mor og far om noget, der virkelig plager dem, med fem mulige svarkategorier fra 'Meget nemt' til 'Meget svært' og 'Har ikke/ser ikke'. Her viser vi andelen, som har svært eller meget svært ved at tale med deres mor eller far om noget, der virkelig plager dem. I figurerne viser vi kun besvarelser fra de elever, som har og ser deres mor/far.

Tale tillidsfuldt med mor

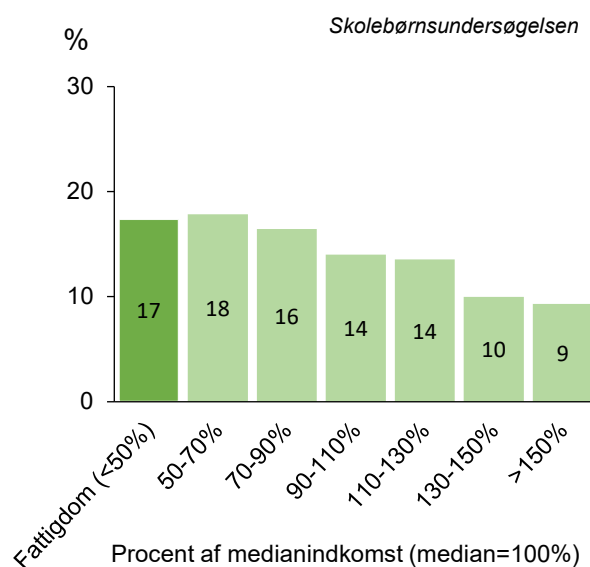
I figur 5.1.1-5.1.3 ses andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, der har svært eller meget svært ved at tale med deres mor om ting, som virkelig plager dem, opdelt efter familiens indkomst. Der er en lille men statistisk signifikant forskel i andelen af elever, som har svært ved at tale tillidsfuldt med mor,

hvor andelen er større blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever (figur 5.1.1). Figur 5.1.2 viser et gradvist fald i andelen, der har svært ved at tale tillidsfuldt med mor, med stigende familieindkomst. Figur 5.1.3 viser sammenhængen for drenge og piger, hvor gradienten ses tydeligst blandt drenge. Mønsteret er tilsvarende blandt piger, dog er andelen størst blandt piger i den næstlaveste indkomstgruppe.

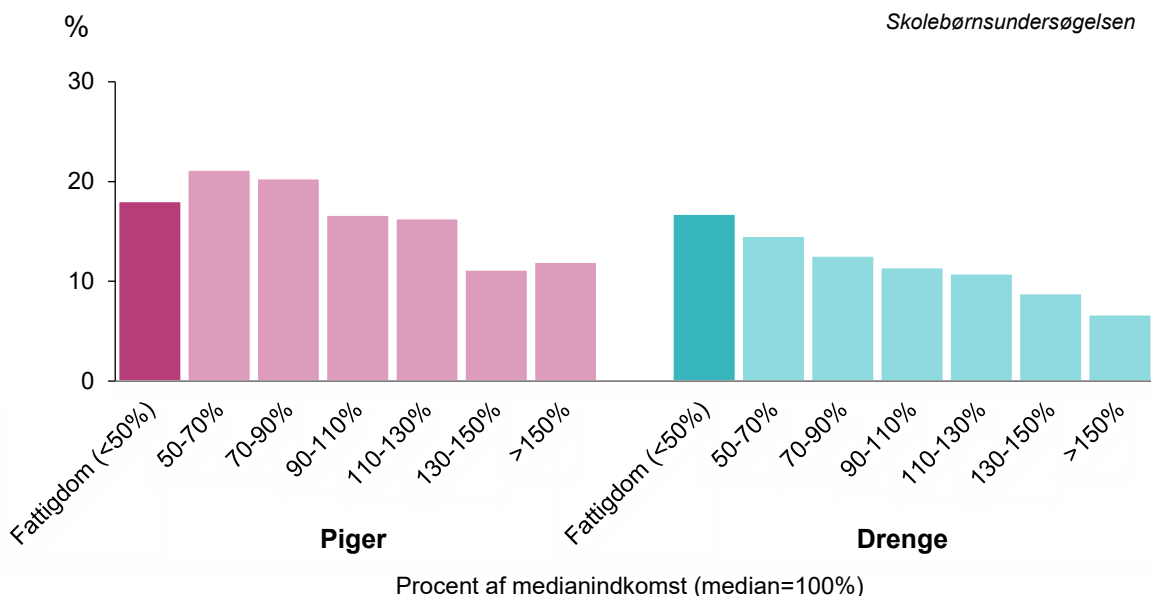
Figur 5.1.1 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med mor, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 5.1.2 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med mor, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



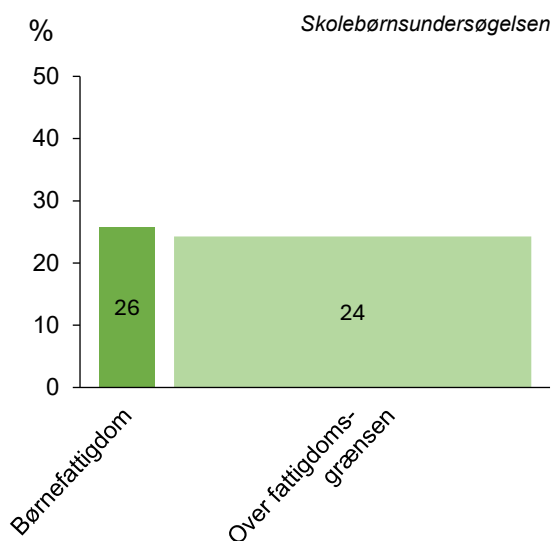
Figur 5.1.3 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med mor, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



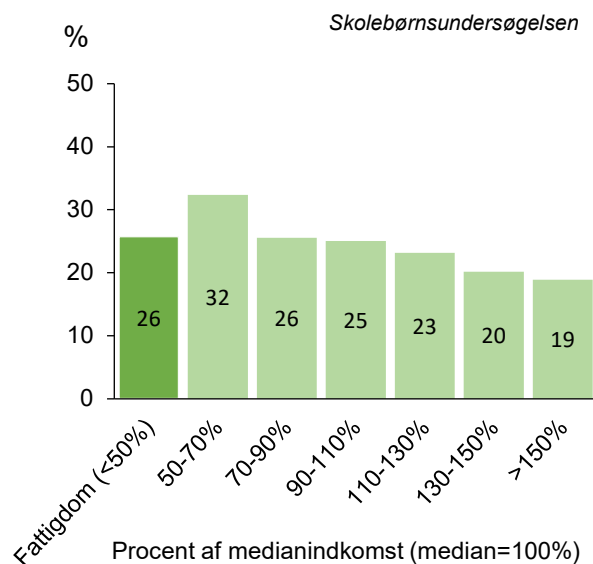
Tale tillidsfuldt med far

Figur 5.1.4-5.1.6 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har svært eller meget svært ved at tale med deres far om noget, der virkelig plager dem, opdelt efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 5.1.4, er der ingen forskel i andelen, som har svært ved at tale tillidsfuldt med deres far, på tværs af de to indkomstgrupper. Ser man derimod på figur 5.1.5 er andelen, som har svært ved at tale med far, størst blandt eleverne fra den næstlaveste indkomstgruppe og derfra faldende med stigende familieindkomst. Figur 5.1.6 viser sammenhængen for drenge og piger hver for sig, og her afspejles mønsteret blandt pigerne, mens andelen, der har svært ved at tale med sin far, blandt drengene er højest blandt de to laveste indkomstgrupper og mindre blandt de øvrige elever. Dertil ses en generel tendens, hvor en større andel piger end drenge har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med deres far uanset familieindkomst.

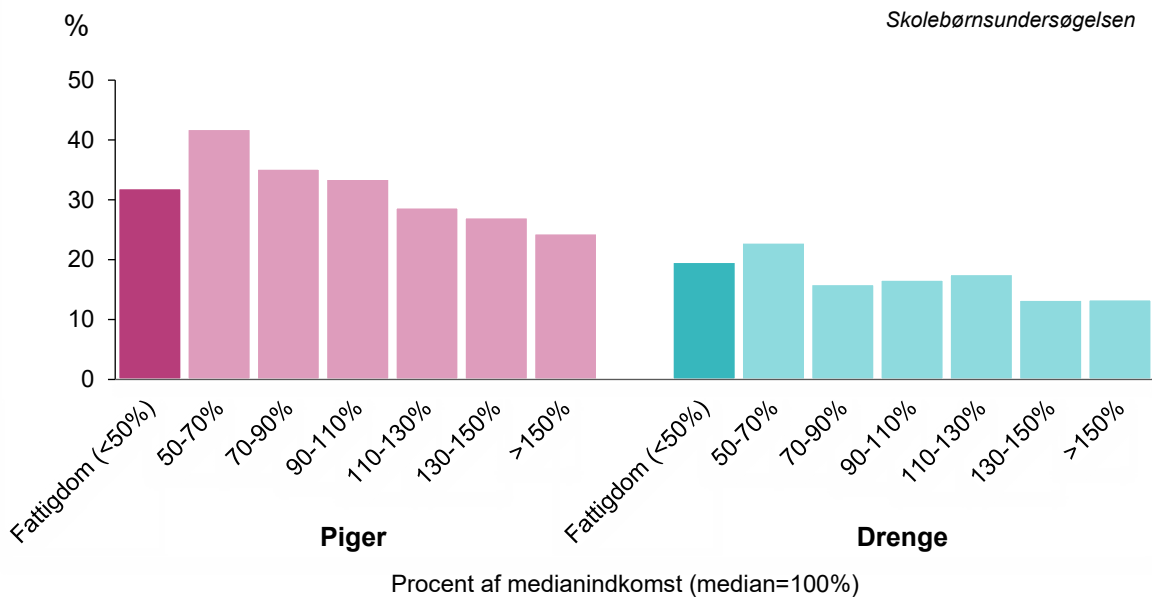
Figur 5.1.4 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med far, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 5.1.5 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med far, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.1.6 Andel, der har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med far, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



Støtte fra familien

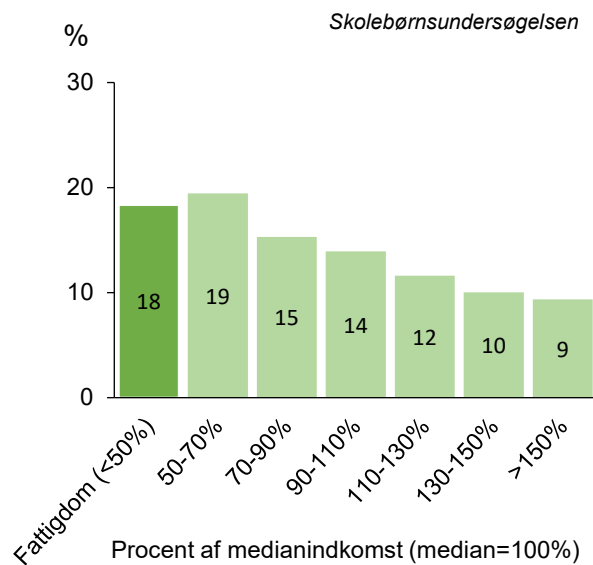
Støtte fra familien vurderes med udgangspunkt i fire udsagn: 1) 'Min familie forsøger virkelig at hjælpe mig', 2) 'Jeg får den følelsesmæssige hjælp og støtte, jeg har brug for, fra min familie', 3) 'Jeg kan tale med min familie om mine problemer', og 4) 'Min familie vil gerne hjælpe mig med at træffe beslutninger'. Eleverne angiver deres svar på en numerisk skala, hvor 1 svarer til 'Helt enig', og 7 svarer til 'Helt uenig'. På baggrund af elevernes besvarelser udregnes der en samlet score, hvorefter eleverne inddeles i lav, middel og høj støtte som, anbefalet i den internationale HBSC-protokol (Inchley et al., 2018). Her viser vi andelen af elever, som oplever lav eller middel grad af støtte fra familien.

Figur 5.1.7-5.1.9 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som oplever lav eller middel støtte fra familien, efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 6.1.7, er der en større andele elever, som oplever lav eller middel grad af støtte, blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever. Denne forskel er statistisk signifikant. Af figur 5.1.8 ses en gradient, hvor andelen, som oplever lav eller middel støtte fra familien, falder med stigende familieindkomst. Gradient kan genfindes blandt både drenge og piger. Blandt piger er andelen, som oplever lav eller middel støtte fra familien, dog størst blandt eleverne i den næstlaveste indkomstgruppe (figur 5.1.9).

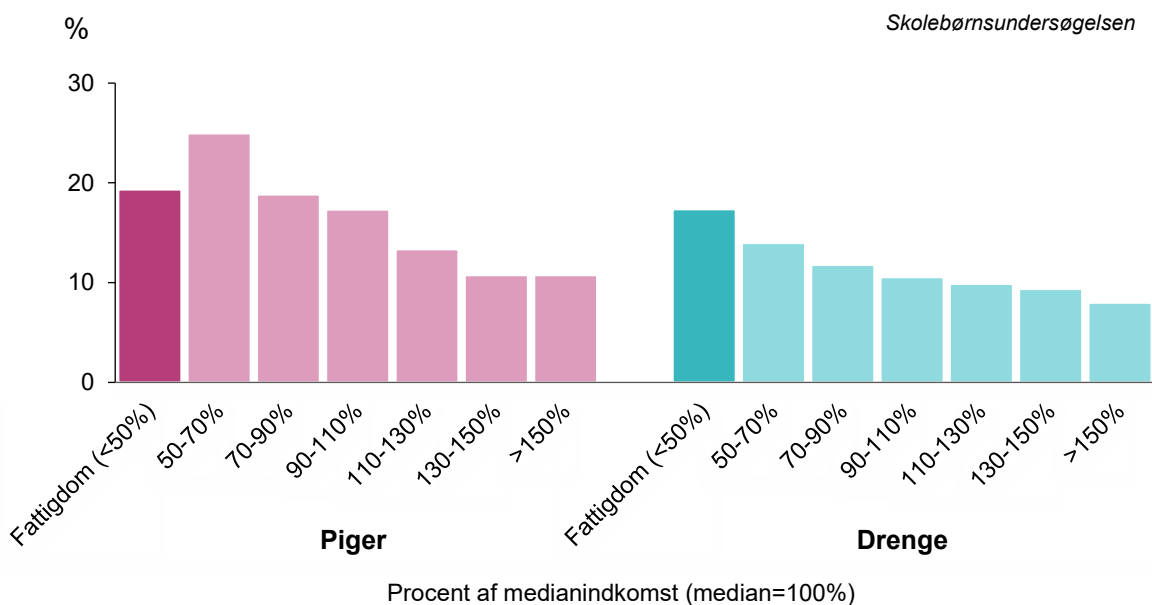
Figur 5.1.7 Andel, der oplever lav eller middel støtte fra familien, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 5.1.8 Andel, der oplever lav eller middel støtte fra familien, med i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.1.9 Andel, der oplever lav eller middel støtte fra familien, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



5.2 Relationer med venner

Fra 5. til 9. klasse forandres børns og unges sociale liv, og venner og jævnaldrende får en anden og mere betydningsfuld rolle (Patton et al., 2016). Et vigtigt kvalitetsparameter i et socialt netværk er, om man har personer, man kan tale tillidsfuldt med, når livet er svært.

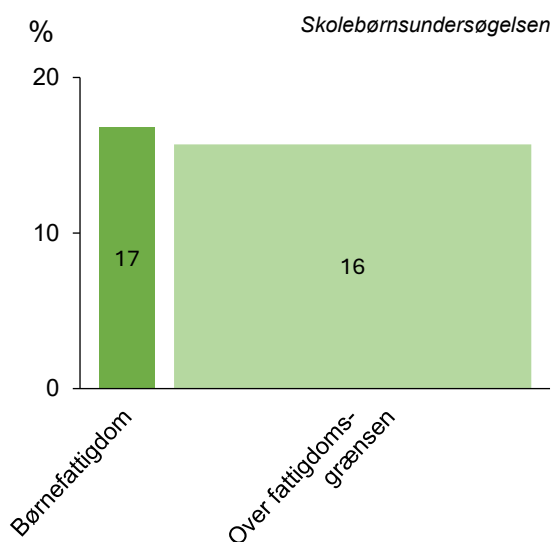
Dette afsnit omhandler mange af de vigtige mål for relationer til venner: Hvem man taler tillidsfuldt med, om man oplever støtte fra venner, samt hvor hyppigt man er fysisk sammen med venner. Andre vigtige mål omkring relationer og relationel trivsel er beskrevet i afsnittene om ensomhed (3.6), online kontakt (4.8), relationer i familien (5.1), mobning (5.3) og støtte fra lærere og klassekammerater (6.3).

Tillidsfuld relation til bedste ven eller veninde

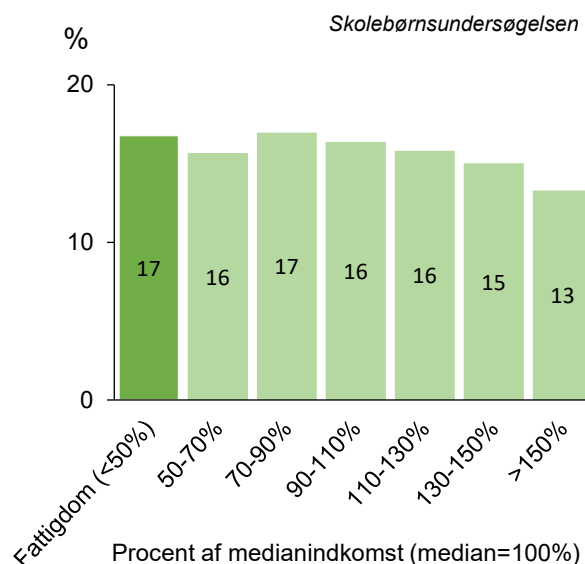
For at undersøge om eleverne kan betro sig til deres nærmeste venner eller veninder, bliver de spurgt, hvor nemt det er for dem at tale med deres bedste ven eller veninde, hvis der er noget, som virkelig plager dem. Hertil kan de svare én af fem kategorier fra 'Meget nemt' til 'Meget svært' og 'Har ikke/ser ikke'. I figurene viser vi kun besvarelser fra de elever, som har/ser deres venner.

Figur 5.2.1-6.2.3 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med deres bedste ven eller veninde, efter familiens indkomst. Som det fremgår af alle tre figurer, er der ingen sammenhæng mellem tillidsfuld relation til ven eller veninde og familiens indkomst. Dét at have svært ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde er altså lige udbredt blandt børn fra forskellige indkomstgrupper, hvilket afspejles både blandt piger og drenge.

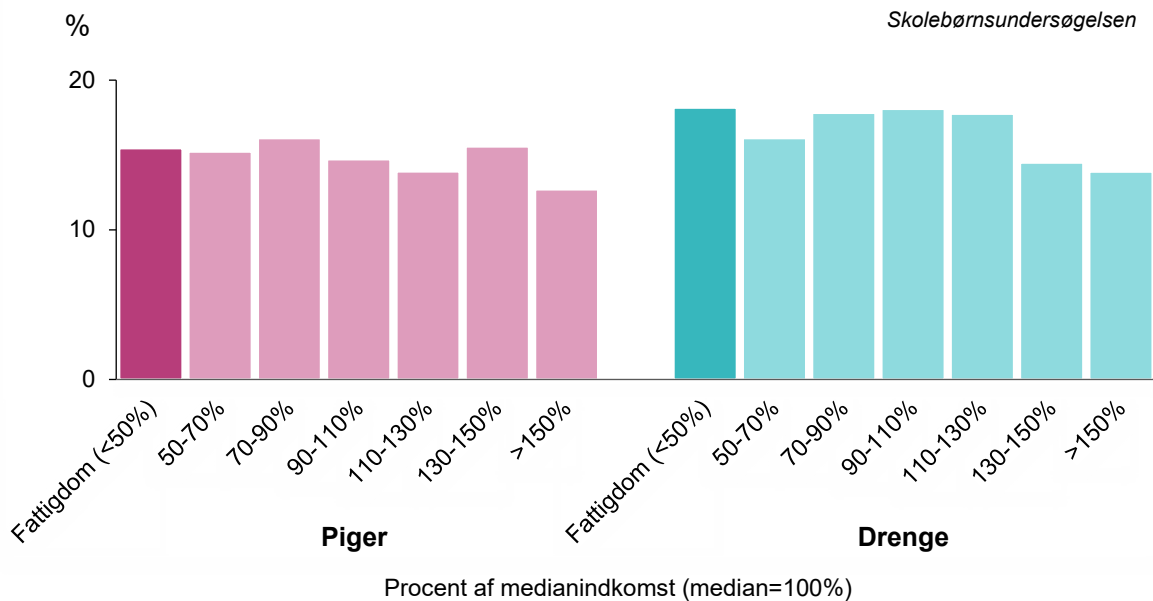
Figur 5.2.1 Andel, som har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 5.2.2 Andel, som har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.2.3 Andel, som har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

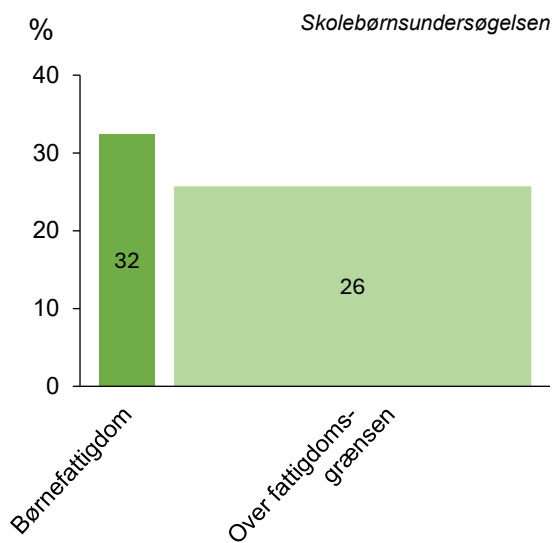


Støtte fra venner

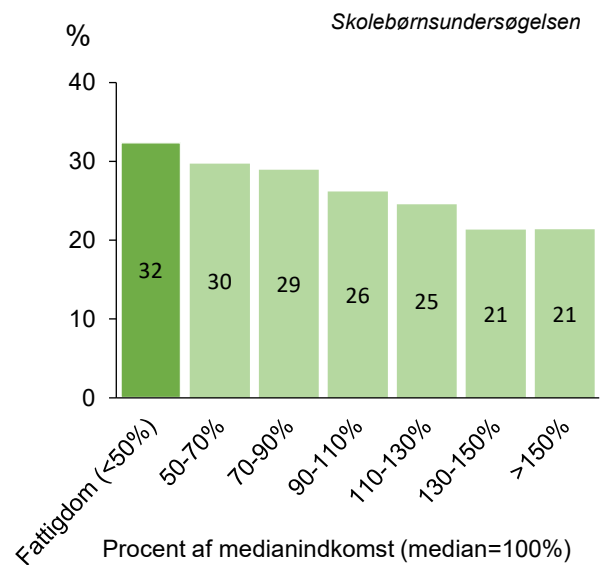
Støtte fra venner vurderes med udgangspunkt i fire udsagn: 1) 'Mine venner forsøger virkelig at hjælpe mig', 2) 'Jeg kan regne med mine venner, når der er noget, der går galt', 3) 'Jeg har venner, som jeg kan dele mine sorger og glæder med', og 4) 'Jeg kan tale med mine venner om mine problemer'. Eleverne angiver deres svar på en numerisk skala, hvor 1 svarer til 'Helt enig', og 7 svarer til 'Helt uenig'. På baggrund af elevernes besvarelser udregnes der en samlet score, hvorefter eleverne inddeles i lav, middel og høj støtte som anbefalet i den internationale HBSC-protokol (Inchley et al., 2018).

Figur 5.2.4-5.2.6 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som oplever lav eller middel støtte fra deres venner efter familiens indkomst. Det fremgår af figur 5.2.4, at der er en større andel elever med lav eller middel støtte blandt dem, som lever i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 5.2.5 viser en gradient, hvor andelen falder med stigende familieindkomst – en gradient, som afspejles blandt både piger og drenge (figur 5.2.6).

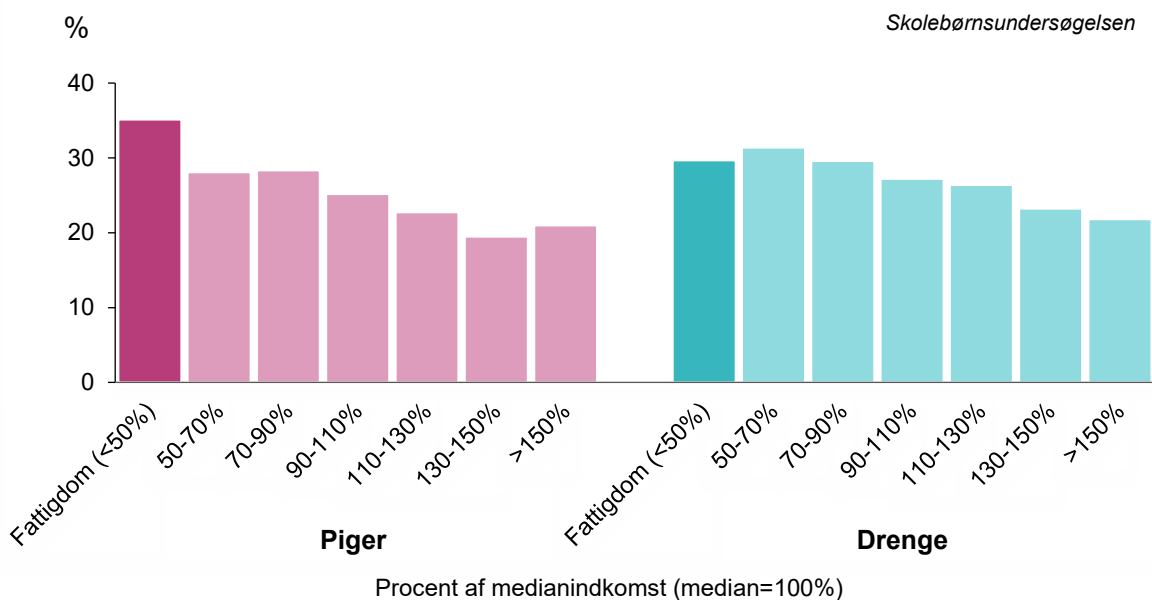
Figur 5.2.4 Andel, som oplever lav eller middel støtte fra venner, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 5.2.5 Andel, som oplever lav eller middel støtte fra venner, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.2.6 Andel, som oplever lav eller middel støtte fra venner, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

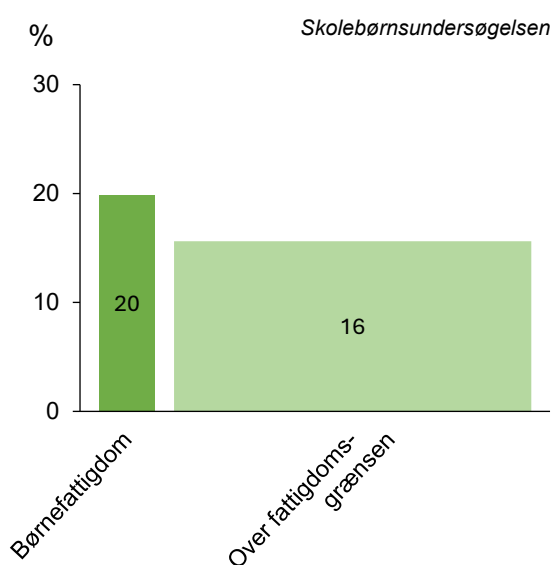


Sammen med venner i hverdage

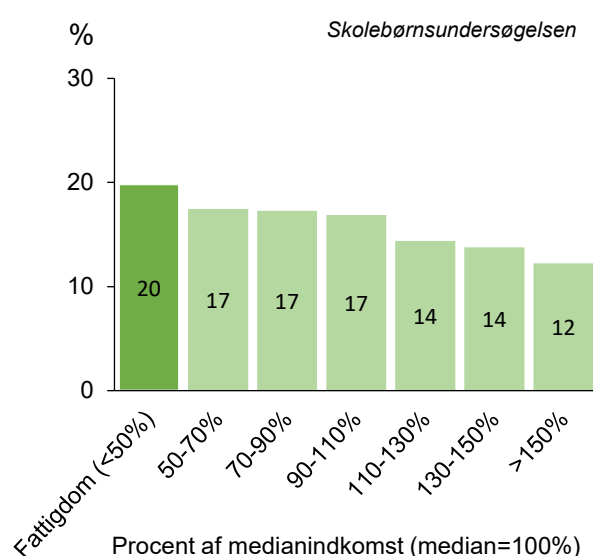
Eleverne er blevet spurgt, hvor mange hverdage om ugen de normalt er sammen med venner lige efter skole, med svarkategorier fra 'Ingen dage' til 'Fem dage'.

Figur 5.2.7-5.2.9 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som ikke er sammen med venner efter skole, opdelt efter familieindkomst. Figur 5.2.7 viser, at andelen er større blandt dem, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med de øvrige. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 5.2.8 viser en gradient, hvor andelen falder med stigende familieindkomst. Gradienten afspejles blandt piger frem til indkomstmedianen, mens der ikke ses en tydelig sammenhæng blandt drenge.

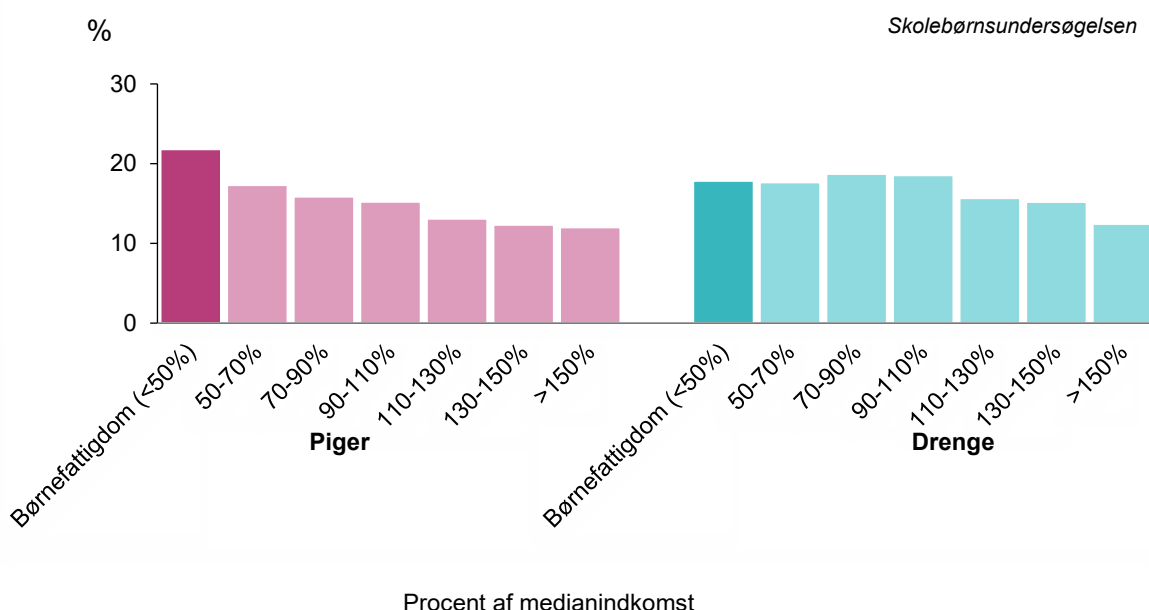
Figur 5.2.7 Andel, som ikke er sammen med venner efter skole i hverdage, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 5.2.8 Andel, som ikke er sammen med venner efter skole i hverdage, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.2.9 Andel, som ikke er sammen med venner efter skole i hverdage, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)

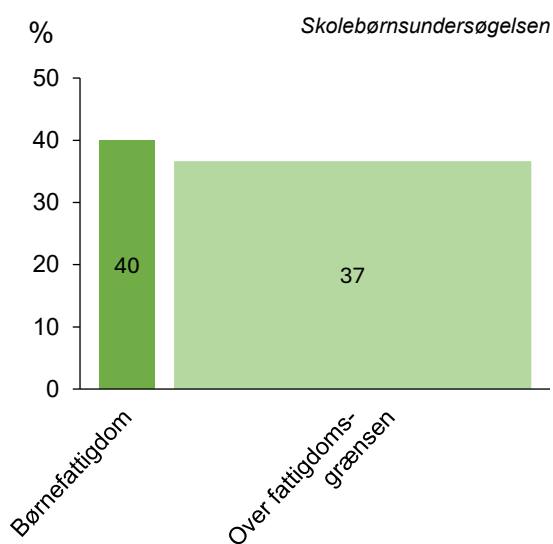


Sammen med venner om aftenen

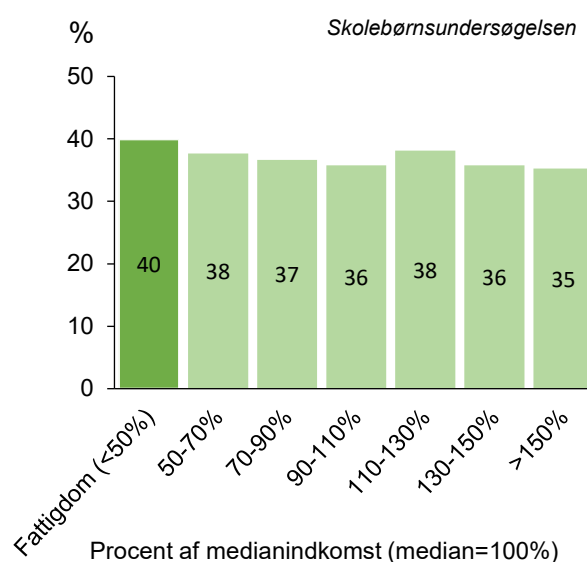
Eleverne får også et spørgsmål om, hvor mange aftener om ugen de er ude med venner, med svarkategorier rangerende fra 'Ingen aftener' til 'Syv aftener'.

Figur 5.2.10 - 5.2.12 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som aldrig er ude med venner om aftenen, opdelt efter familieindkomst. Figur 5.2.10 og 5.2.11 viser ingen tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og om hvorvidt eleverne er sammen med venner om aftenen. Ser man derimod på sammenhængen for drenge og piger hver for sig, er der blandt pigerne et fald i andelen, som aldrig er sammen med venner om aftenen, med stigende familieindkomst frem indkomstmedianen, hvorefter gradienten udjævnes. Blandt drenge er der ingen sammenhæng, og således er andelen af drenge, som er sammen med venner om aftenen, nogenlunde ens på tværs af familieindkomst.

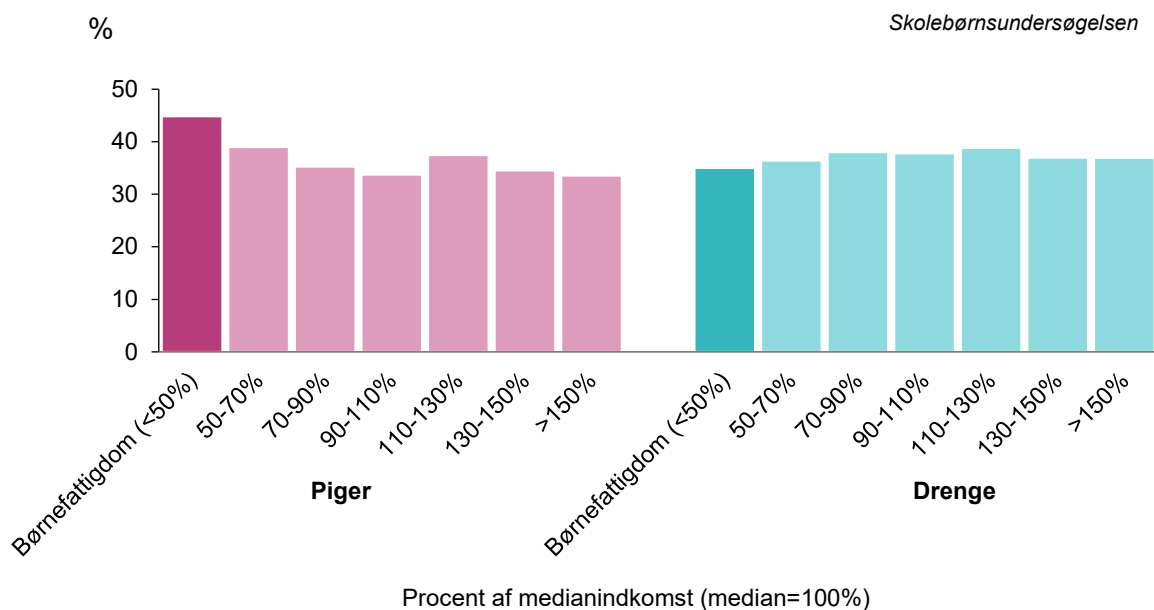
Figur 5.2.10 Andel, som ingen aftener er ude med venner, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 5.2.11 Andel, som ingen aftener er ude med venner, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 5.2.12 Andel, som ingen aftnener er ude med venner, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



5.3 Mobning

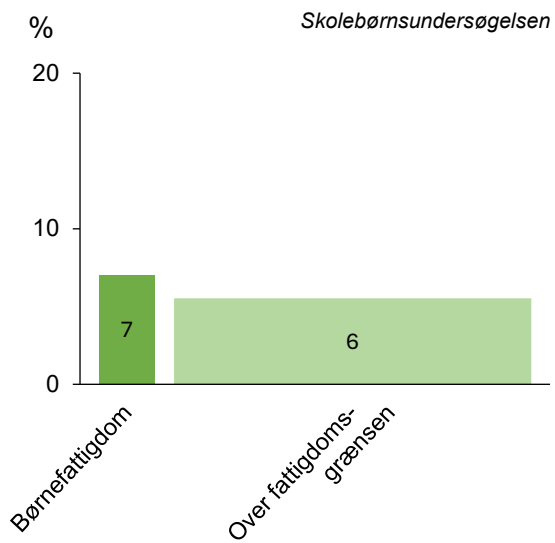
I Skolebørnsundersøgelsen defineres mobning i overensstemmelse med Smith (2016), hvor mobning er, når man gentagne gange bliver holdt udenfor, drillet, slået eller generet på en væmmelig måde. Der er en del forskning om mobning, som entydigt viser, at det kan have alvorlige konsekvenser for den, som bliver mobbet. Ofre for mobning har forhøjet forekomst af smerter, psykiske symptomer, ensomhed, risikoadfærd og mistro (Due et al., 2005; Moore et al., 2017; Quinn et al., 2016). Disse konsekvenser begrænser sig ikke til skoletiden, men fortsætter ind i voksenlivet (Gorman et al., 2021; Klomek et al., 2015).

I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi eleverne om deres erfaringer med mobning i to vigtige kontekster i børns liv: Skolen og online. Vi spørger både ind til deres erfaringer med at blive mobbet selv og deres erfaringer med at mobbe andre. Skolebørnsundersøgelsens spørgsmål om mobning indledes med en beskrivelse af, hvad mobning er, i henhold til Smith's (2016) definition. Dernæst afdækker vi med fire spørgsmål, hvor ofte inden for de sidste par måneder eleverne har været 1) udsat for mobning i skolen, 2) været med til at mobbe andre i skolen, 3) udsat andre for mobning online, eller 4) været med til at mobbe andre online. Eleverne svarer ud fra de følgende fem svarkategorier: 'Jeg er ikke blevet mobbet', 'Det er sket én eller to gange', '2-3 gange om måneden', 'Ca. en gang om ugen' og 'Flere gange om ugen'. I denne rapport angiver vi andelen, som har været udsat for eller deltaget i mobning mindst 2-3 gange om måneden.

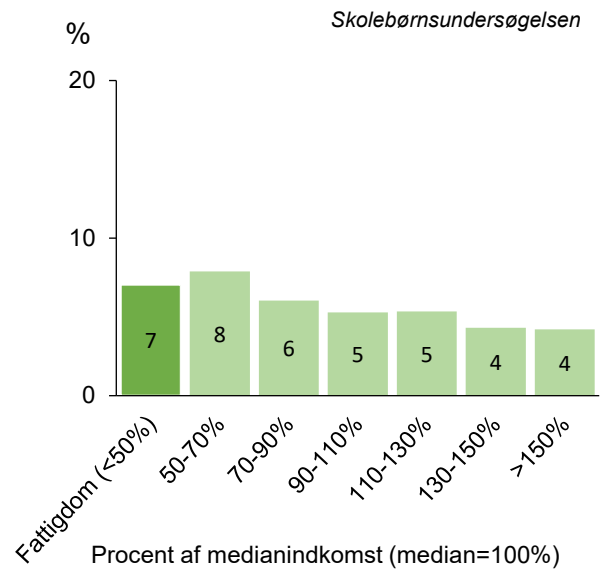
Udsat for mobning i skolen

Figur 5.3.1-5.3.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som er blevet mobbet i skolen, opdelt efter familieindkomst. Der er ikke en tydelig forskel i andelen, der mobbes i skolen, når man sammenligner elever, som lever i fattigdom, og dem, som ikke gør. Ser man derimod på sammenhængen mellem familiens indkomst og mobning i skolen i figur 5.3.2, ses det, at andelen, der mobbes, er gradvist faldende fra de to laveste indkomstgrupper til den højeste. Mønstrer afspejles blandt piger, mens er ikke lige så entydigt blandt drenge (figur 5.3.3).

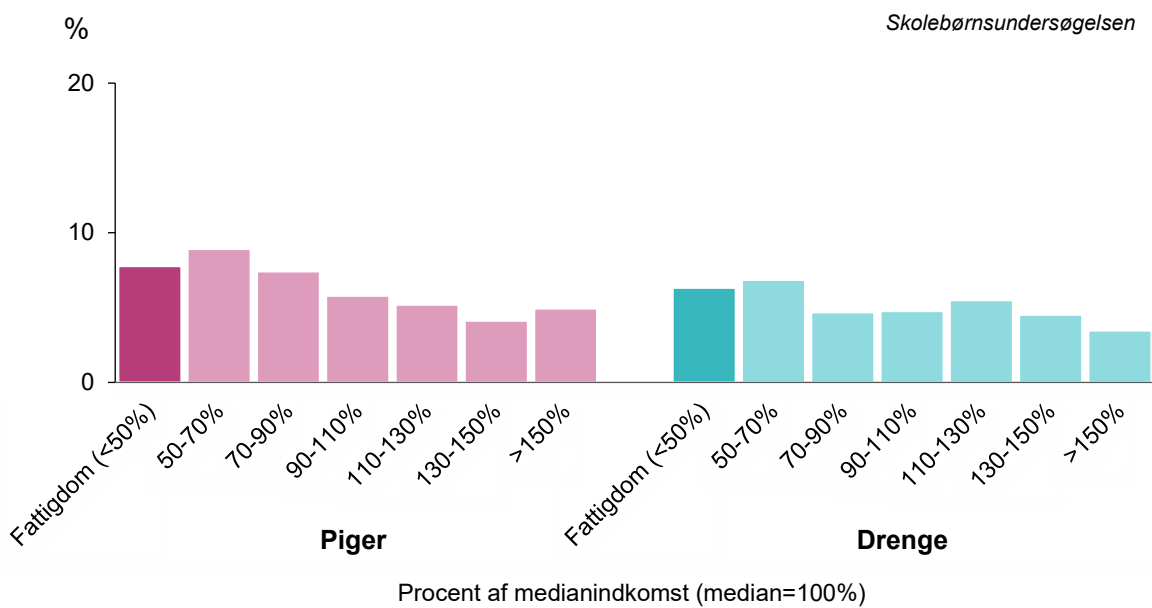
Figur 5.3.1 Andel, som er blevet mobbet i skolen mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 5.3.2 Andel, som er blevet mobbet i skolen mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



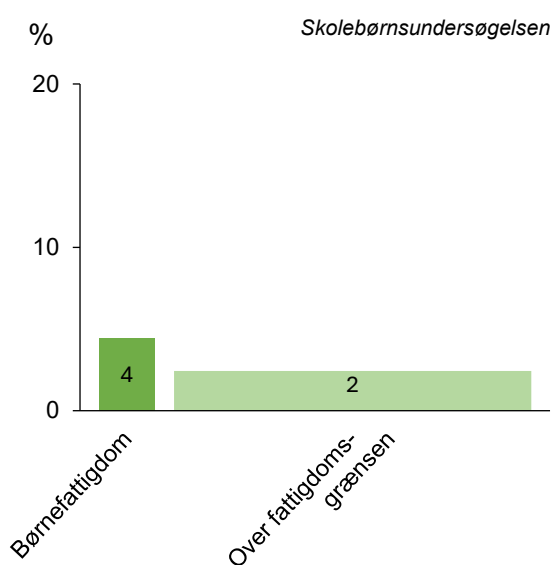
Figur 5.3.3 Andel, som er blevet mobbet i skolen mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



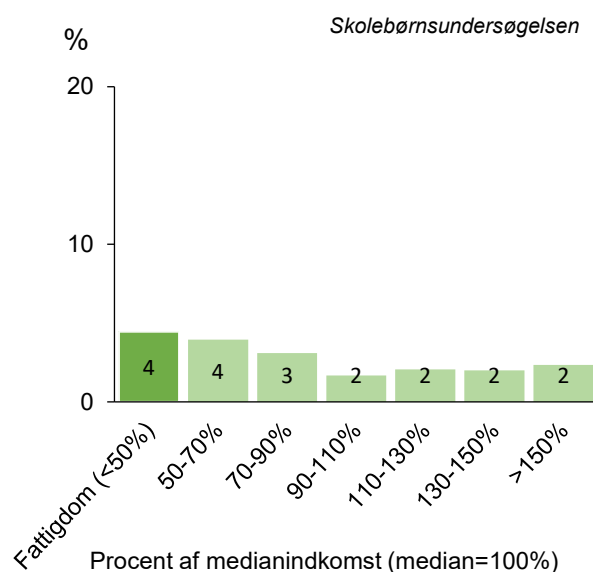
Deltaget i mobning i skolen

Figur 5.3.4-5.3.5 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har mobbet andre i skolen, opdelt på familieindkomst. Figur 5.3.4 viser, at andelen, der har mobbet andre, er næsten dobbelt så stor blandt dem, der lever under fattigdomsgrænsen, i forhold til de øvrige elever. Forskellen er statistisk signifikant. Forekomsten er dog under 5 % uanset familieindkomst. Figur 5.3.5 viser, at forekomsten er højest i de tre laveste indkomstgrupper. Det er ikke muligt at vise sammenhængen mellem familiens indkomst og mobning i skolen for drenge og piger separat, da forekomsten er baseret på færre end 10 besvarelser.

Figur 5.3.4 Andel, som har mobbet andre i skolen mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)*



Figur 5.3.5 Andel, som har mobbet andre i skolen mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)

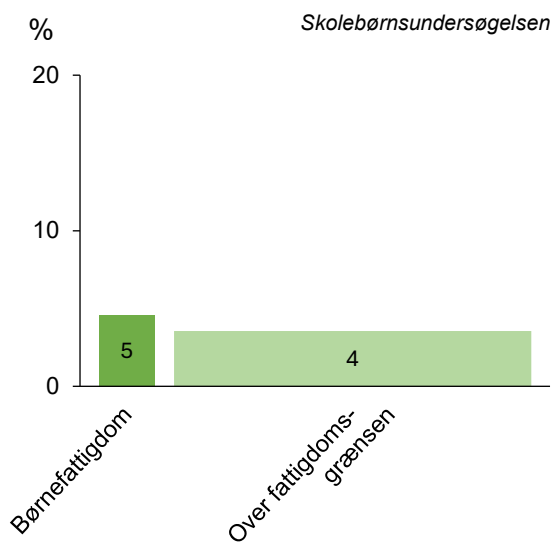


Udsat for mobning online

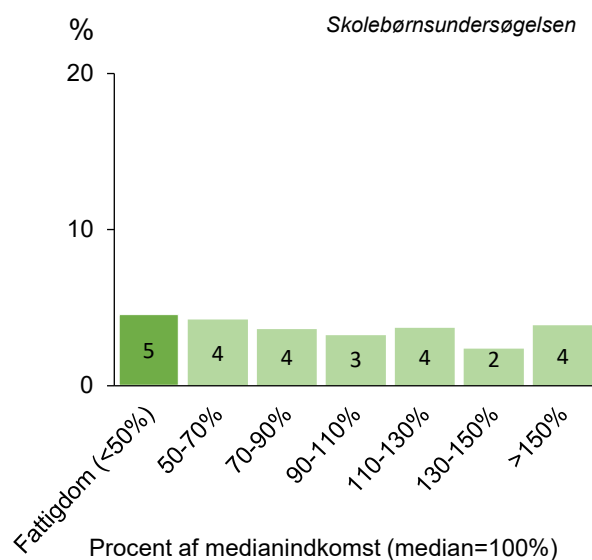
I tillæg til at definere, hvordan mobning forstås i Skolebørnsundersøgelsens spørgeskema, giver vi i spørgsmålene om online mobning følgende eksempler: 'fx at nogen sendte grimme beskeder til dig, eller delte pinlige billeder af dig uden din tilladelse'.

Figur 5.3.6-5.3.7 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som er blevet mobbet online, opdelt på familieindkomst. Som det fremgår af figurerne er der ingen tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og at være udsat for online mobning. Online mobning er altså lige udbredt blandt børn fra forskellige indkomstgrupper. Det er ikke muligt at vise sammenhængen mellem familiens indkomst og online mobning for drenge og piger separat, da forekomsten er baseret på færre end 10 besvarelser.

Figur 5.3.6 Andel, som er blevet mobbet online mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



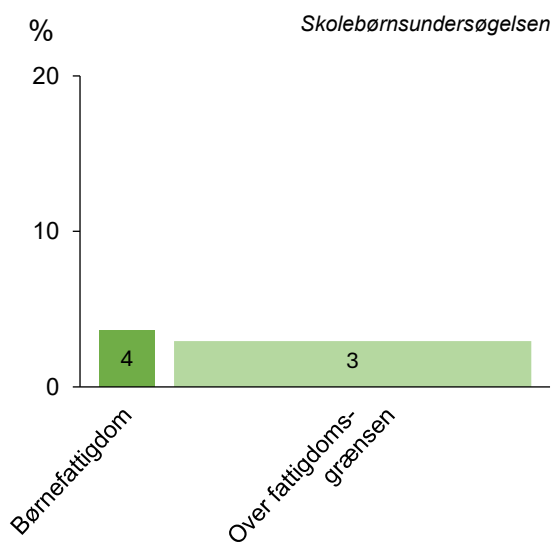
Figur 5.3.7 Andel, som er blevet mobbet online mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



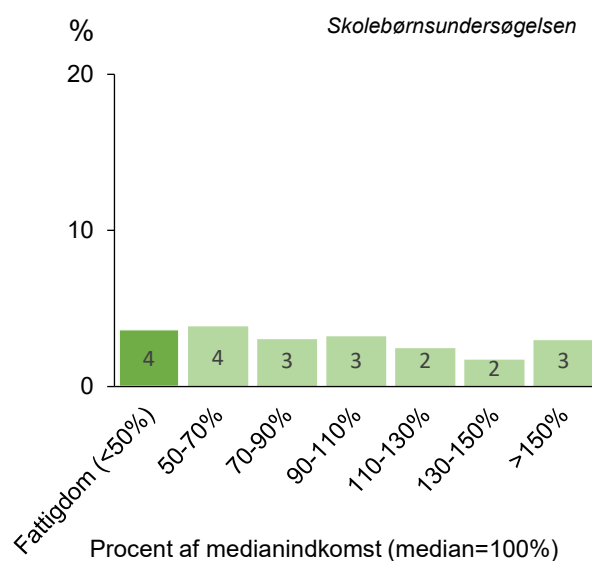
Deltaget i mobning online

Figur 5.3.8-5.3.9 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som har mobbet andre online, opdelt efter familieindkomst. Andelen, der har mobbet andre online mindst et par gange om måneden, er forholdsvis lav og næsten den samme på tværs af indkomstgrupper. Det er ikke muligt at vise sammenhængen mellem familiens indkomst og deltagelse i online mobning for drenge og piger separat, da forekomsten er baseret på færre end 10 besvarelser.

Figur 5.3.8 Andel, som har mobbet andre online mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 5.3.9 Andel, som har mobbet andre online mindst et par gange om måneden, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



6 Skoleliv

I dette kapitel undersøges sammenhængen mellem familiens indkomst og elevernes skoleliv, herunder skoletilfredshed, pres af skolearbejdet samt oplevelsen af støtte fra lærere og klassekammerater.

Sammenfatning af resultater

Når vi ser på de fire forskellige aspekter af børns skoleliv, er der en gradueret sammenhæng mellem familiens indkomst og lav skoletilfredshed og skolepres, hvor forekomsten er stigende med faldende indkomst for både drenge og piger. For oplevelsen af høj støtte fra klassekammerater og lærere, ses også en gradueret sammenhæng med en stigende forekomst af høj støtte med stigende familieindkomst for både drenge og piger.

Kønssforskelle

De kønsopdelte analyser viser, at der ikke umiddelbart er forskel i sammenhængen mellem indkomst og de udvalgte aspekter af skoleliv for drenge og piger.

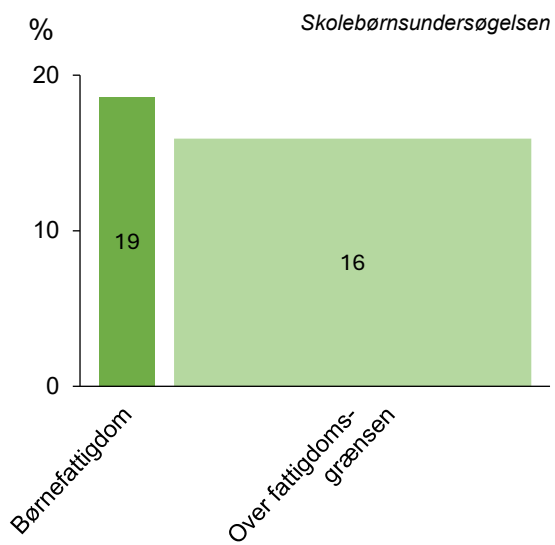
6.1 Skoletilfredshed

Foruden at være en central indikator for børn og unges oplevelse af deres hverdag i skolen er graden af skoletilfredshed afgørende for en række trivselsparametre og sundheds- og risikoadfærdstyper. Således er lav skoletilfredshed associeret med øget forekomst, af fysiske og psykiske symptomer som fx hovedpine, mavepine, nervøsitet og indsovningsbesvær (Horanicova et al., 2022), ligesom elever med lav skoletilfredshed hyppigere er involveret i slåskampe og har mere skolefravær end elever med høj skoletilfredshed (Horanicova et al., 2022).

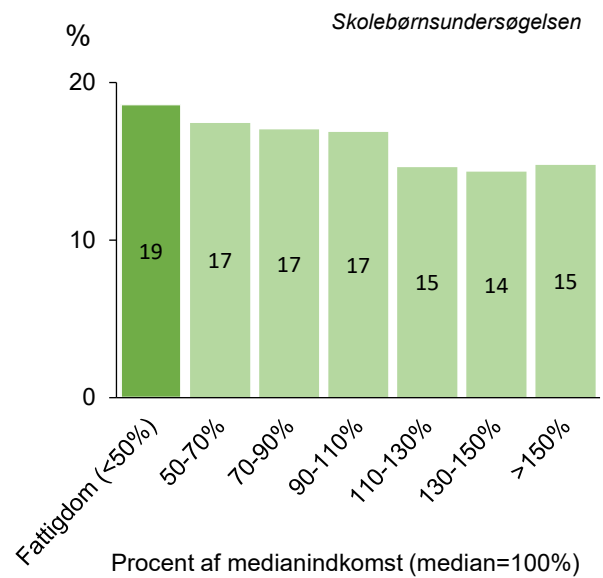
Elevernes skoletilfredshed er målt med et spørgsmål om, hvad eleverne synes om skolen. Spørgsmålet lyder 'Hvad synes du om skolen for øjeblikket?'. Hertil kan eleverne vælge mellem følgende svarkategorier: 'Jeg kan virkelig godt lide den', 'Jeg synes, den er nogenlunde', 'Jeg kan ikke rigtig lide den' og 'Jeg kan slet ikke lide den'.

Figur 6.1.1-6.1.3 viser andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, som ikke rigtigt eller slet ikke kan lide skolen, efter familiens indkomst. Der er ingen tydelig forskel i forekomsten blandt elever, som vokser op i fattigdom, sammenlignet med de øvrige elever (figur 6.1.1). Figur 6.1.2 viser til gengæld en gradient, hvor der ses et lille men gradvist fald i andelen med stigende familieindkomst. Dette mønster kan genfindes, men er ikke lige så tydeligt, når vi ser på drenge og piger hver for sig.

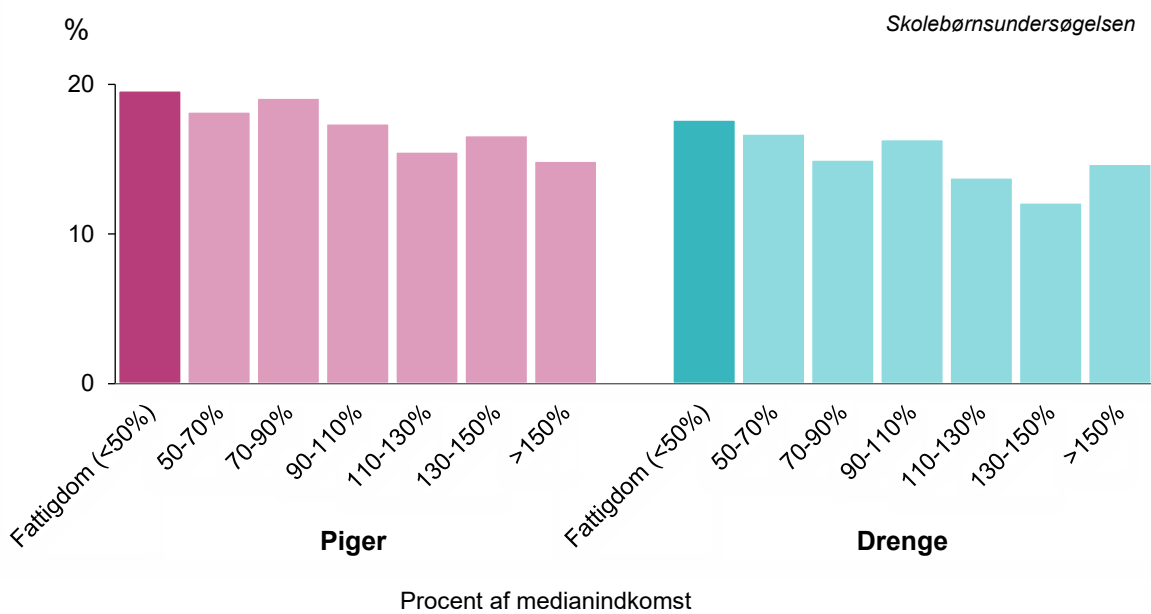
Figur 6.1.1 Andel, som ikke rigtig eller slet ikke kan lide skolen, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 6.1.2 Andel, som ikke rigtig eller slet ikke kan lide skolen, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 6.1.3 Andel, som ikke rigtig eller slet ikke kan lide skolen, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



6.2 Pres af skolearbejde

Elevens oplevede pres af skolearbejde anvendes ofte som en indikator for skolerelateret stress. Blandt elever, som oplever et stort pres af skolearbejdet, ses blandt andet en sammenhæng med reduceret livstilfredshed (Cosma et al., 2020; Wahlström et al., 2021) og også en øget forekomst af fysiske og psykiske symptomer (Sonmark et al., 2016; Cosma et al., 2020).

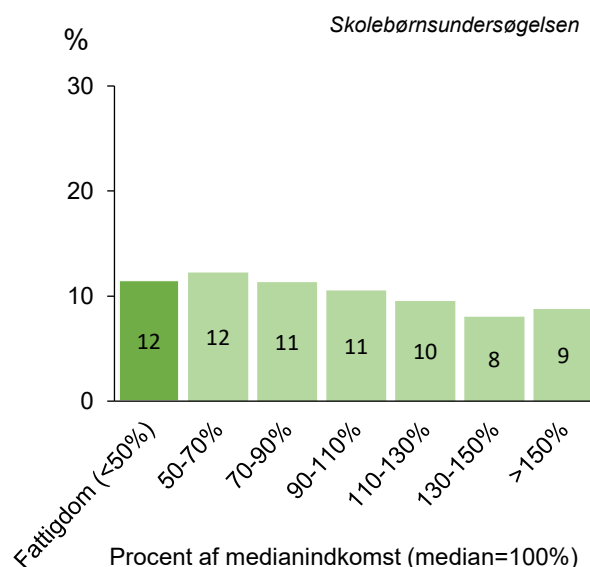
Elevernes oplevede pres af skolearbejde måles ved spørgsmålet 'Hvor presset føler du dig af det skolearbejde, du skal lave (både i skolen og lektier hjemme)?' med følgende fire svarkategorier: 'Slet ikke', 'En lille smule', 'Noget' og 'Meget'.

Figur 6.2.1-6.2.3 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som føler sig meget presset af skolearbejde, efter familiens indkomst. I figur 6.2.1 ses der ikke en tydelig sammenhæng mellem familiens indkomst og skolepres, hvorimod figur 6.2.2 viser antydningen af en graderet sammenhæng, hvor forekomsten af skolepres falder med indkomst. Dette mønster afspejles blandt både drenge og piger (figur 6.2.3).

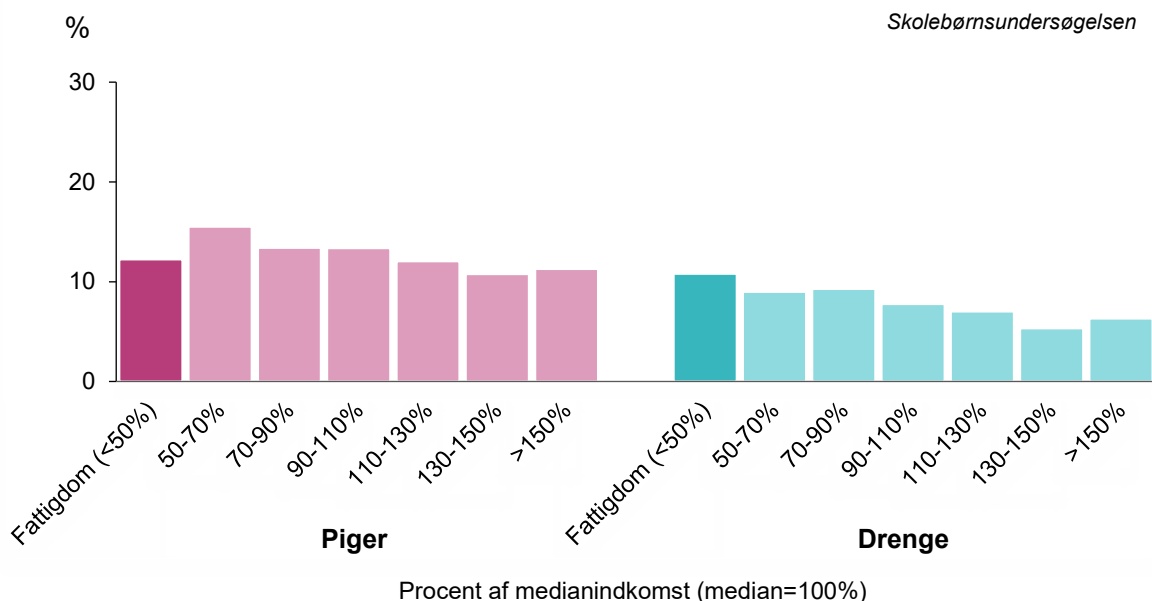
Figur 6.2.1 Andel, som føler sig meget presset af skolearbejde, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet %)



Figur 6.2.2 Andel, som føler sig meget presset af skolearbejde, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet %)



Figur 6.2.3 Andel, som føler sig meget presset af skolearbejde, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



6.3 Støtte fra lærere og klassekammerater

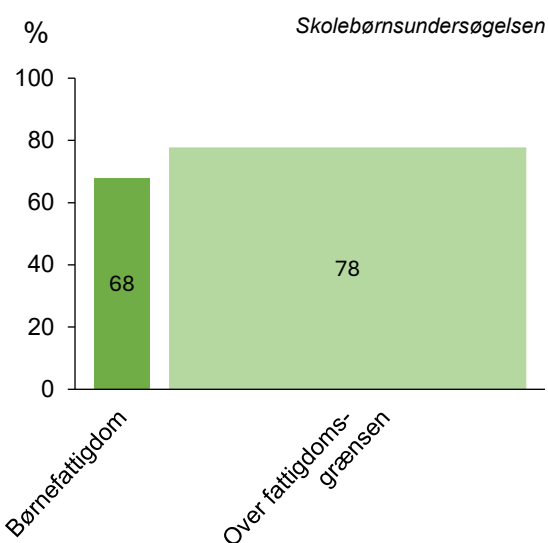
Støtte fra lærere og klassekammerater spiller en afgørende rolle for elevernes almene skoletrivsel (Jiang et al., 2013; Muscará et al., 2018; Horanicova et al., 2020) og livstilfredshed (Siddall et al., 2013, Wahlström et al. 2021). Ligeledes viser undersøgelser, at elever, som oplever en lav grad af støtte fra klassekammerater, har en øget risiko for en række fysiske symptomer (Torsheim & Wold, 2001) og dårlig mental sundhed, herunder en række psykiske symptomer på angst og depression (Freeman et al., 2012; García-Moya et al., 2015; Matos et al., 2003). Yderligere viser forskning, at elever, som oplever en høj grad af lærer-støtte, i mindre grad drikker alkohol tidligt (McCarty et al., 2012), ryger cigaretter og bruger hash (Perra et al., 2012).

Støtte fra klassekammerater

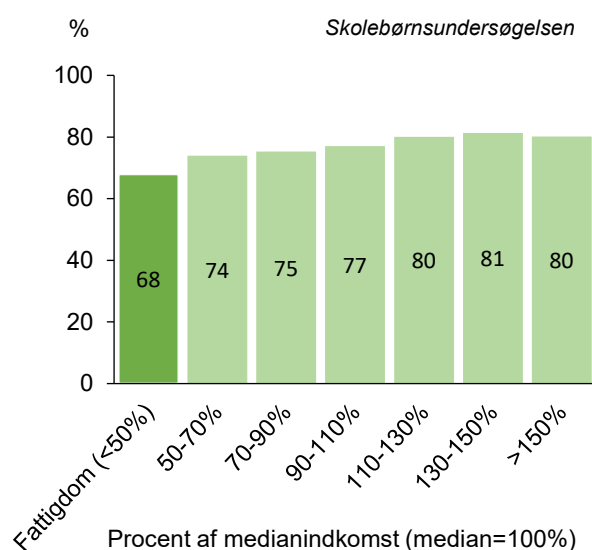
Eleverne svarer på tre spørgsmål om, hvordan de oplever støtte fra klassekammerater: 1) 'Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen', 2) 'De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme', og 3) 'Andre elever accepterer mig, som jeg er'. Til disse udtalelser har eleverne kunnet svare 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig' eller 'Helt uenig'. På baggrund af de tre spørgsmål er der udregnet en samlet score med værdier fra 3 til 15, hvor de elever, som oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, er kendetegnet ved en score på 11-15.

Figur 6.3.1-6.3.3 viser andelen af elever i 5., 7., og 9. klasse, som oplever en høj grad af støtte fra deres klassekammerater, opdelt efter familieindkomst. De fleste børn oplever høj grad af støtte fra deres klassekammerater. Der er dog en mindre andel elever, som oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, blandt dem, som lever i børnefattigdom, sammenlignet med de øvrige elever (figur 6.3.1). Denne forskel er statistisk signifikant. Figur 6.3.2 viser, at sammenhængen er gradueret, hvor der er en gradvis stigning i andelen, som oplever høj støtte fra klassekammerater, med stigende familieindkomst. Figur 6.3.3 viser, at denne gradient afspejles blandt både piger og drenge.

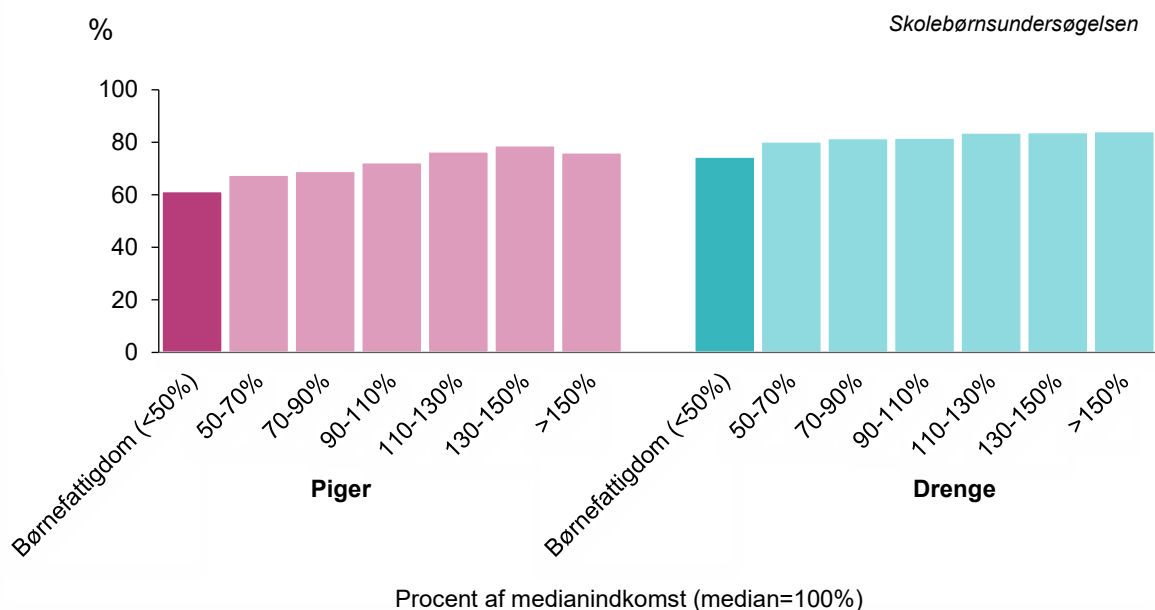
Figur 6.3.1 Andel, som oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet%)*



Figur 6.3.2 Andel, som oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet%)



Figur 6.3.3 Andel, som oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, med i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet%)

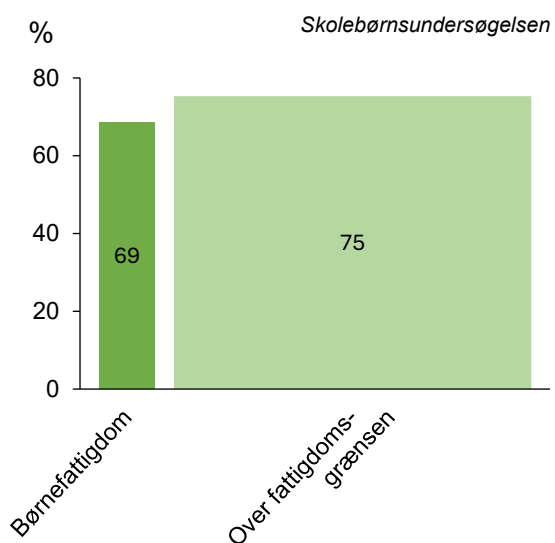


Støtte fra lærere

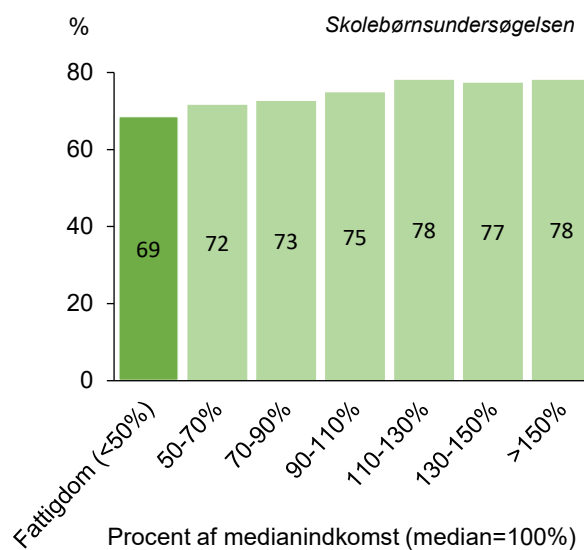
Eleverne bliver også spurgt om deres oplevelse af støtte fra lærerne gennem tre tilsvarende spørgsmål: 1) 'Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er', 2) 'Jeg føler, at mine lærere tager sig af mig', og 3) 'Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere'. Hertil har eleverne haft følgende fem svarmuligheder fra 'Helt enig' til 'Helt uenig'. På baggrund af svar på de tre spørgsmål er der dannet en sumskala fra 3 til 15, hvor andelen som oplever en høj grad af støtte fra lærere er kendetegnet ved en score på 11-15.

Figur 6.3.4-6.3.6 viser andelen af 11-15-årige, som oplever høj grad af støtte fra deres lærere efter familiens indkomst. Som det fremgår af figur 6.3.4, er andelen, som oplever høj grad af lærerstøtte, højere blandt elever, som lever over fattigdomsgrænsen, sammenlignet med børn og unge som lever i fattigdom. Forskellen er statistisk signifikant. Figur 6.3.5 viser en sammenhæng mellem en høj grad af lærerstøtte og indkomst, hvor andelen, som oplever en høj grad af lærerstøtte, stiger med stigende familieindkomst. Dette mønster kan genfindes hos både drenge og piger (figur 6.3.6).

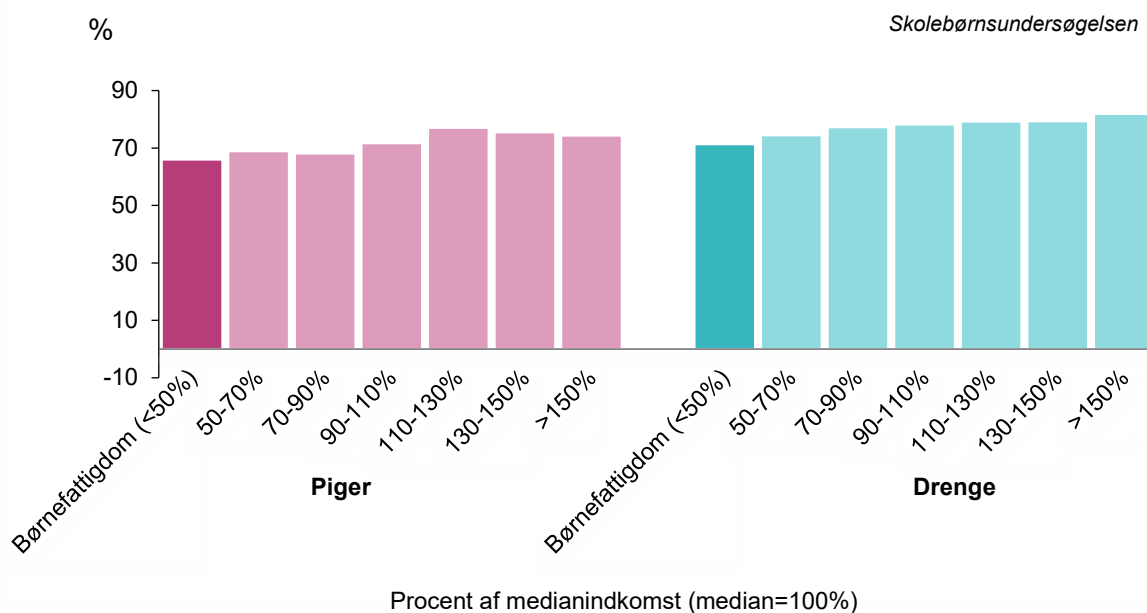
Figur 6.3.4 Andel, som oplever høj grad af støtte fra lærere, i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom (vægtet%)*



Figur 6.3.5 Andel, som oplever høj grad af støtte fra lærere, i 5., 7. og 9. klasse efter familieindkomst (vægtet%)



Figur 6.3.6 Andel, som oplever høj grad af støtte fra lærere, i 5., 7. og 9. klasse efter køn og familieindkomst (vægtet %)



7 Perspektivering

7.1 Rapportens hovedfund

Der findes mange studier, der dokumenterer, at der er social ulighed i børns sundhed. De fleste af disse studier anvender forældres uddannelse, materielle goder i hjemmet eller forældres erhvervsposition som indikatorer på social baggrund (Inchley et al., 2023; Viner et al., 2012; Holstein et al., 2024). Der er færre, særligt danske og nordiske studier, som undersøger betydningen af familiens indkomst på børns sundhed, særligt undersøgelser hvor flere aspekter af børns sundhed og sociale liv belyses. Rapportens overordnede formål er derfor at undersøge, i hvilken udstrækning børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv hænger sammen med familiens disponible indkomst, herunder også dét at leve i børnefattigdom.

Der er meget national og international forskning, der bekræfter betydelige kønsforskelle i piger og drenges sundhed og sociale liv (Madsen et al., 2023; Rakić et al., 2024; Cosma et al., 2023; Børns Vilkår, 2021). Men om sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed er ens for drenge og piger, er stort set ikke undersøgt i tidligere studier. Rapporten undersøger derfor også, om sammenhængene er forskellige for drenge og piger.

Rapportens resultater kan sammenfattes i fire hovedfund.

1. Familiens indkomst er en gennemgribende faktor i børn og unges sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv

Børn fra familier med lave indkomster har alt i alt flere problemer med sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Vigtige eksempler er, at børn fra familier med lav indkomst oftere har dårligt selvvurderet helbred, oftere har overvægt, oftere føler sig ensomme, oftere har lav selvformåen. De er mindre fysisk aktive, deltager sjældnere i organiseret idræt, sover mindre, spiser mindre frugt og grønt, drikker mere sodavand og spiser mere fastfood, og med hensyn til måltidsvaner springer de oftere morgenmaden over og spiser sjældnere et måltid sammen med deres familie. De oplever mindre støtte fra deres familie og venner, har mindre fysisk samvær med deres venner efter skoletid og er mindre tilfredse med deres skole.

Flere tidligere undersøgelser fra Danmark og de nordiske lande viser samme tendens, at børn og unge fra familier med lav indkomst har ringere sundhed og sundhedsadfærd (Benjaminsen et al., 2016; Bøe et al., 2017; Carlerby et al., 2012; Hjalmarsson, 2018; Lund et al., 2017; Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022; Plenty & Mood, 2016; Pryor, 2019). Et særligt træk ved Skolebørnsundersøgelsen er dens bredde: Den dækker mange flere facetter af børns sundhed og sociale liv end tidligere studier, og kan derfor præsentere det ovennævnte ret omfangsrige billede af betydningen af lav indkomst for børnenes sundhed og hverdagsliv.

2. Forskellige måder at måle indkomstulighed giver forskellige indsigter

Rapporten viser to måder at beskrive sammenhængen mellem lav indkomst og børns sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Først sammenligner vi de ca. 7 % af børn, som i denne rapport lever i fattigdom, med de øvrige 93 %, som ikke lever i fattigdom. Børn, der vokser op i fattigdom, har på mange måder betydeligt ringere sundhed og socialt liv end de øvrige børn. Nogle markante eksempler er, at de har betydelig højere forekomst af lavt selvvurderet helbred, overvægt, lav livstilfredshed, ensomhed, lav selvformåen, fysisk inaktivitet, manglende deltagelse i

organiseret idræt, mindre indtag af frugt og grøntsager, højere indtag af fastfood og sodavand. De springer markant oftere morgenmaden over, sover mindre og oplever mindre støtte fra deres familie. Flere af disse observationer ses også i andre undersøgelser (Benjaminsen et al., 2016; Bøe et al., 2017; Carleby et al., 2012; Hjalmarsson, 2018; Lund et al., 2017; Møller et al., 2025; Ottosen et al., 2022; Plenty & Mood, 2016; Pryor, 2019).

I to tilfælde er sammenhængen mellem indkomst og sundhed omvendt af, hvad rapporten ellers finder. Det gælder for to typer af alkoholadfærd, hvor forekomsten af elever, som ofte drikker alkohol, og som har prøvet at være fulde, er højest blandt eleverne i de højere indkomstgrupper og lavest blandt de 11-15-årige, som vokser op i børnefattigdom. Det er velkendt, at sammenhængen mellem socialgruppe og unges alkoholvaner hænger omvendt sammen (Madsen et al. 2023; Bendtsen et al., 2018). Undersøgelserne har dog primært været baseret på forældres uddannelse eller socialgruppe og ikke deres indkomst.

Men denne observation, at børn, som lever i fattigdom, har flere problemer med sundheden, fortæller kun en del af historien. Derfor undersøger vi også, om der er sammenhæng mellem familiens indkomst og sundhed blandt de 93 % af alle børn, som ikke lever i fattigdom, ved at opdele dem i yderligere seks indkomstgrupper. Vi finder, at sammenhængen mellem indkomst og sundhed oftest kan beskrives som en gradient, en trinvis bedre sundhed og socialt liv jo højere familiens indkomst er. Undersøgelsen viser mange markante eksempler på en sådan gradient, fx i forekomsten af lavt selv vurderet helbred, overvægt, ensomhed, lav selvformåen, fysisk inaktivitet, manglende deltagelse i organiseret idræt og tandbørstning.

Når man illustrerer betydningen af familiens indkomst ved at opdele majoriteten af børn, som ikke lever i fattigdom, i flere grupper, får man mere at vide. Man får øje på, at der inden for de 93 %, der ikke lever i børnefattigdom, også er store forskelle i sundhed. Definitionen af børnefattigdom er veldefineret og anvendt i både forskning og forebyggende og sundhedsfremmende indsatser (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2024; Mødrehjælpen, 2024). Denne undersøgelse bekræfter, at børnefattigdom er en vigtig faktor i beskrivelsen af børns sundhed og sociale liv, men at man lærer mere ved at supplere med analyser, hvor familieindkomst opdeles i flere grupper.

Opdelingen af indkomstvariablen i syv grupper viser også, at sammenhængen mellem indkomst og de forskellige aspekter af børns sundhed og sociale liv har forskellige mønstre. Fx ser vi i nogle tilfælde en tærskelværdi, hvor forekomsten af sundhedsproblemer er ens og højest i de to laveste indkomstgrupper eller blandt børn, som lever i familier under indkomstmedianen. Det gælder fx lav selvformåen, hvor forekomsten er højest blandt drenge i indkomstgrupper frem til indkomstmedianen sammenlignet med de øvrige drenge. Dette illustrerer, at tærsklen for eller mønsteret i, hvordan indkomst hænger sammen med børns liv, ændrer sig afhængigt af, hvilken indikator vi undersøger.

3. Nogle aspekter af børn og unges sundhed og sociale liv hænger ikke sammen med familiens indkomst

Der er også aspekter af børns sundhed og sociale liv, hvor der ikke er tydelig sammenhæng med familiens indkomst. Det gælder fx indsovningsbesvær, brug af skærm og sociale medier samt fysiske og psykiske symptomer som rygsmærter, svimmelhed og nervøsitet, som er cirka lige udbredt blandt børn fra forskellige indkomstgrupper. Det er ikke alle aspekter af børns sundhed og sociale liv, som er undersøgt i relation til familiens indkomst i andre danske undersøgelser, men der er dog lignende resultater, når man ser på sammenhængen mellem forældres uddannelse og børn og unges psykiske symptomer (Madsen et al. 2023).

4. Kønsforskelle i sammenhængen mellem indkomst og sundhed

Rapporten viser, at sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed og sociale liv er ens for piger og drenge for langt de fleste indikatorer. Der er dog markante undtagelser. Fx er der en sammenhæng mellem familieindkomst og lavt selvvalueret helbred blandt piger, men ikke blandt drenge. Og der er en sammenhæng mellem familieindkomst og ensomhed blandt piger, men ikke i samme grad for drenge. Derudover stiger andelen af piger, som er fysisk sammen med venner efter skole, med stigende indkomst, mens der ikke ser ud til at være en sammenhæng med indkomst for drenge. Der er meget lidt forskning på dette område, og det vil derfor være yderst relevant at undersøge disse kønsforskelle nærmere i fremtidige studier.

Rapporten bekræfter også, at drenge og piger overordnet set har forskellige *niveauer* af problemer med sundhed og sundhedsadfærd og andre belastninger. Det gælder fx en højere forekomst af lavt selvvalueret helbred, emotionelle symptomer (være ked af det, være irriteret/i dårligt humør, være nervøs), ensomhed og lavt niveau af fysisk aktivitet blandt piger sammenlignet med drenge. I denne rapport er fokus imidlertid på forskelle i *mønstrene* mellem familieindkomst, fattigdom og pigers og drenges sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Disse kønsforskelle i forekomsten af sundhedsproblemer er velkendte fra mange andre danske og nordiske undersøgelser af børns sundhed (Madsen et al. 2023; Rakić et al., 2024; Cosma et al., 2023; Børns Vilkår, 2021).

Familieindkomst og børnefattigdom er relevante og vigtige baggrundsfaktorer til beskrivelser af børns sundhed, sundhedsadfærd og sociale liv. De to baggrundsfaktorer er forskellige, og har hver deres anvendelse. Bruger man børnefattigdom, er det for at rette spotlyset mod en gruppe med særligt vanskelige forhold, men børnefattigdom giver ikke fuldt overblik over betydningen af indkomst for børns sundhed. Bruger man familiens indkomst som baggrundsvariabel, får man et bredere billede af betydningen af økonomiske vilkår for børns sundhed. Forskningen om socioøkonomisk ulighed i børns sundhed anvender også andre baggrundsfaktorer, fx forældres uddannelse, materielle goder i hjemmet, forældres erhvervsposition eller arbejdsmarkedstilknytning. Disse baggrundsfaktorer er relateret til familieindkomst, men afspejler andre facetter af de samfundsmæssige kræfter, der former børns sundhed.

7.2 Styrker og svagheder ved metode og data

Rapporten er baseret på data fra Skolebørnsundersøgelsen, som er en stor, repræsentativ undersøgelse baseret på et tilfældigt udtræk af danske folke-, fri- og privatskoler, og derfor har vi mulighed for at udtale os om, hvordan familieindkomst og sundhed hænger sammen blandt danske børn i 5., 7. og 9. klasse. De seneste år har der været en stigende udfordring med at sikre deltagelse af skoler i spørgeskemaundersøgelser. Dette afspejles i deltagerprocenten på skoleniveau, som var 23 % i 2018 og 16 % i 2022. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, om de skoler, som vælger at deltage, afviger fra de skoler, som takker nej. Skolernes begrundelse for ikke at deltage i både 2018 og 2022 var typisk tidspress, et nødvendigt fokus på skolens kerneopgaver eller en nylig deltagelse i en lignende undersøgelse. Derudover blev dataindsamlingen i 2022 gennemført lige efter genåbningen af skoler efter COVID-19, hvilket har haft betydning for svarprocenten på både skole- og elevniveau. Med udgangspunkt i de primære årsager til at takke nej er det dog vores vurdering, at deltagelsesprocenten på skoleniveau ikke nødvendigvis introducerer større fejlkilder i datamaterialet.

Kombinationen af spørgeskemadata og registerdata gør denne undersøgelse unik og særlig velegnet til at sige noget om, hvordan indkomst hænger sammen med børn og unges sundhed. Skolebørnsundersøgelsen baserer sig på besvarelser fra eleverne selv, og det betragter vi

generelt som en styrke. Det er elevernes synspunkter og oplevelser, vi indhenter information om, og dette er afgørende, når vi ønsker at beskrive børn og unges sundhed, sundhedsadfærd og sociale liv. Information om forældres indkomst vurderes at kunne indhentes mere validt og præcist fra registre end fra eleverne selv. Skolebørnsundersøgelsen er del af det internationale Health Behaviour in School-aged Children forskningsnetværk, hvilket bidrager til at sikre kvaliteten og validiteten af de metoder og spørgsmål, som anvendes i undersøgelsen (Inchley et al., 2018). Derudover gennemfører den danske forskergruppe bag Skolebørnsundersøgelsen løbende valideringsarbejde for at sikre valide og relevante data (Román et al., 2024; Toftager et al., 2024; Rasmussen et al., 2013).

Information om familiens årlige samlede disponible indkomst efter skat er udelukkende baseret på den familie, som eleverne deler folkeregisteradresse med, og der tages således ikke højde for indkomst hos eventuelle juridiske forældre, som eleven ikke deler folkeregisteradresse med, men som eleven eventuelt bor helt eller delvist sammen med. Der er således ikke gennemført analyser, som tager højde for, at elever, hvis forældre fx er skilt, kan leve i to økonomisk meget forskellige familier, hvilket kan føre til misklassifikation af enkelte elever.

Den inkluderede indkomst er udelukkende baseret på oplysninger fra skattevæsenet, hvilket kan føre til misklassifikation for familier, hvor en del af indkomsten stammer fra sort arbejde. Herudover er fattigdom målt objektivt, og det er derfor usikkert, i hvilken grad denne fattigdom er udtryk for en subjektiv oplevet fattigdom. Således kan børn i nogle familier, som i denne undersøgelse er identificeret som fattige, have en anden oplevelse af, om de er fattige eller ej. Den anvendte metode til at fastsætte fattigdomsgrænsen har dog tidligere vist sig at ligge tæt på et minimumsbudget udarbejdet af Rockwoolfonden (Danmarks Statistik, 2018). Desuden kan det at have en indkomst, der er så lav, at det klassificeres som fattigdom, opleves forskelligt afhængigt af årsagen til den lave indkomst. Fattigdom kan således være et resultat af en investering i fremtiden, som fx for studerende eller selvstændige, eller et bevidst valg om at leve med begrænsede ressourcer. Om den lave indkomst er et resultat af et aktivt valg eller ej hos forældrene, vil sandsynligvis påvirke, hvordan fattigdommen håndteres i familien, og om den har negative konsekvenser for børnene.

I denne undersøgelse har formålet udelukkende være at beskrive sammenhænge mellem indkomst og børn og unges sundhed. Resultaterne er således ikke udtryk for årsagssammenhænge, hvor vi kontrollerer for andre sociale eller socioøkonomiske forhold som herkomst, beskæftigelse og uddannelse, som hænger tæt sammen med indkomst og børns sundhed – eller andre relevante forhold, der påvirker børns liv. Dette vil kræve et andet studiedesign med en nøje udvælgelse af relevante forhold for hver selvstændig sammenhæng, der undersøges. Vi kan således på baggrund af resultaterne konkludere, at der bør være særlig opmærksomhed på de grupper af børn og unge, som lever i fattigdom og på grænsen hertil. Vi kan ikke sige noget om, at forskellene i forekomsten af problemer udelukkende skyldes indkomst. Det kan også skyldes forældrenes beskæftigelse, deres kulturelle baggrund eller herkomst eller andre relevante forhold, som hænger sammen med indkomst. Det kunne derfor i yderligere undersøgelser være relevant og informativt at undersøge, hvordan familiens indkomst i kombination med andre socioøkonomiske forhold påvirker børn og unges sundhed, da dette vil give os større indsigt i de socioøkonomiske mekanismer, der former børns sundhed og sociale liv.

7.3 Implikationer for forskning

Information om familiens disponible indkomst er indhentet fra Indkomststatistikregisteret i året inden, eleverne besvarede Skolebørnsundersøgelsen. Det giver os viden om, hvilken betydning familiens aktuelle indkomst har for børnenes sundhed og sociale liv. Der er imidlertid litteratur, som

peger på, at længden af den tid, som børn og unge har levet i fattigdom, har betydning for problemernes omfang (Møller et al., 2025; Séguin et al., 2007). Der er ligeledes litteratur, der peger på, at børn, som lever på grænsen til fattigdom, eller som oplever svingende økonomisk stabilitet, ligeledes også har øget risiko for at opleve helbredsmæssige eller økonomiske udfordringer sammenlignet med øvrige senere i livet (Kraka, 2023). Det er yderligere relevant at undersøge, hvilken betydning længden af perioden i fattigdom samt dét at vokse op i en familie med variation i indkomsten over tid har for de forskellige aspekter af børns liv, som vi undersøger i denne rapport.

Som nævnt indebærer denne kilde til information om fattigdom, at fattigdom er målt objektivt, og det er således uvist, i hvilken grad denne fattigdom også er udtryk for en selvoplevet fattigdom. Der kan således være familier, der er identificeret som familier i fattigdom i denne undersøgelse, men hvor børnenes ikke selv opfatter sig sådan eller ikke er opmærksomme på, at de lever i en familie med et mindre økonomisk råderum. Det kunne derfor være relevant i fremtidige dataindsamlinger af Skolebørnsundersøgelsen at spørge eleverne, hvordan de selv oplever familiens indkomst i forhold til andre familier eller venner. Denne subjektive vurdering af fattigdom eller indkomst vil give et andet indblik i sammenhængen mellem familiens indkomst og børns sundhed. Ligeledes kunne det være relevant at undersøge, hvordan den økonomiske sammensætning af elever i klasser påvirker fx børns sundhed og trivsel. Her vil man kunne få større indsigt i, hvordan indkomst kan have betydning i den vigtige kontekst, som skoleklassen udgør.

Der findes meget lidt forskning, der undersøger, om sammenhængen mellem familiens indkomst og børn og unges sundhed er forskellige for drenge og piger, ligesom vi undersøger her. Det vil derfor være vigtigt at gennemføre yderligere analyser, som kan be- eller afkræfte de fund, vi har, og eventuelt gennemføre yderligere analyser, som kan bidrage til at afdække årsagerne til disse kønsforskelle. Det kunne fx være gennem interview med børn og unge.

7.4 Implikationer for praksis

Fundene fra rapporten peger på, at børn og unge, der vokser op i fattigdom og i familier med lav indkomst, er i en særligt sårbar position, og at de på en række forhold har dårligere sundhed end andre børn. Samtidig viser rapporten, at de belastninger, som former sundheden for børn i fattigdom, fx materielle afsavn, mange samtidige belastninger og økonomisk utryghed, med stor sandsynlighed også kan gælde blandt børn og unge, som ikke lever i fattigdom, men med aftagende styrke jo højere familieindkomst. Denne økonomiske ulighed i børns sundhed er et eksempel på en problematik, der kræver strukturel forebyggelse. Strukturel forebyggelse handler om at skabe samfundsmæssige rammer og vilkår, der fremmer et godt helbred og sundhed (Rod et al., 2024). Et relevant eksempel er indførelse af gratis skolemad i skolerne, så alle børn uanset baggrund får et sundt måltid hver dag. Det vil med stor sandsynlighed bidrage til at reducere den sociale ulighed i kostvaner, vi ser i denne undersøgelse, og det er derfor positivt, at regeringen nu har afsat midler på finansloven til at afprøve denne ordning (Børne- og Undervisningsministeriet, 2024).

Strukturel og universel forebyggelse kan suppleres med selektive indsatser, der har særligt fokus på de børn, som vokser op i fattigdom eller på grænsen hertil (Sundhedsstyrelsen, 2005). I planlægningen af selektive indsatser er det dog afgørende, at det indledningsvist afdækkes, hvem den relevante målgruppe er. For nogle indikatorer af børn og unges sundhed og sociale liv er den etablerede grænse for børnefattigdom relevant at anvende til at definere indsatsens målgruppe, mens det for andre indikatorer er vigtigt også at inkludere børn i yderligere indkomstgrupper, da disse i tilsvarende grad er udfordret af sundhedsproblemer. Et eksempel fra denne rapport på meningsfuld anvendelse af børnefattigdomsgrænsen i planlægningen af selektive indsatser er

livstilfredshed og ensomhed, mens det fx i forhold til familiemåltider og indtag af sodavand er vigtigt at målrette indsatserne mod en bredere defineret målgruppe. Anvendes fattigdomsgrænsen som standard definition af målgruppen, kan man risikere at overse en gruppe af børn og unge som i tilsvarende omfang oplever sundhedsproblematikker.

I 2024 er 24 danske organisationer gået sammen om en handleplan til et Danmark uden børnefattigdom (Børn i Fattigdom? Nej tak, 2024). Resultater fra denne undersøgelse kan forhåbentlig anvendes til at informere og perspektivere handleplanen, både i forhold til at nuancere viden om, hvordan familiens indkomst har betydning for børn og unges sundhed og sociale liv, samt med mere viden og nysgerrighed om at indtænke og undersøge kønsperspektivet.

Referencer

- Ahlborg, M., Svedberg, P., Nyholm, M., Morgan, A., & Nygren, J. M. (2017). Socioeconomic inequalities in health among Swedish adolescents—Adding the subjective perspective. *BMC Public Health*, 17(1), 838. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4863-x>
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press.
- Bengtsson, J., Elsenburg, L. K., Andersen, G. S., Larsen, M. L., Rieckmann, A., & Rod, N. H. (2023). Childhood adversity and cardiovascular disease in early adulthood: A Danish cohort study. *European Heart Journal*, 44(7), 586–593. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac607>
- Bendtsen, P., Andersen, A., Damsgaard, M. T., Due, P., Rasmussen, M., & Holstein, B. E. (2018). Brief report: Trends in social inequality in drunkenness among Danish adolescents, 1991–2014. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 79(4), 561–566.
- Benjaminsen, L., Enemark, M. H., & Birkelund, J. F. (2016). *Fattigdom og afsavn: Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige*. SFI.
- Benjaminsen, L., Jensen, D. C., & Skov, P. R. (2022). *Det midlertidige børnetilskud - spørgeskemaundersøgelse om børn og voksnes afsavn og familiernes økonomiske situation*.
- Birge, M., Duffy, S., Miler, J. A., & Hajek, P. (2018). What proportion of people who try one cigarette become daily smokers? A meta-analysis of representative surveys. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(13), 1427–1433. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty069>
- Brooks, F., Zaborskis, A., Tabak, I., Alcón, M. D. C. G., Zemaitiene, N., de Roos, S., & Klemnera, E. (2015). Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *European Journal of Public Health*, 25(suppl_2), 46–50. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv156>
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997). The effects of poverty on children. *Future of Children*, 7(2), 55–71.
- Bruce, E. S., Lunt, L., & McDonagh, J. E. (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clinical Medicine (London)*, 17(5), 424–428. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-5-424>
- Bøe, T., Petrie, K. J., Sivertsen, B., & Hysing, M. (2019). Interplay of subjective and objective economic well-being on the mental health of Norwegian adolescents. *SSM - Population Health*, 9, 100471–100471. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100471>
- Bøe, T., Skogen, J. C., Sivertsen, B., Hysing, M., Petrie, K. J., Dearing, E., & Zachrisson, H. D. (2017). Economic volatility in childhood and subsequent adolescent mental health problems: A longitudinal population-based study of adolescents. *BMJ Open*, 7(9), e017030. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017030>

Børne- og Undervisningsministeriet. (2024, 22. november). *Finanslov for 2025: Trecifret millionbeløb til forsøgsordning med skolemad*. Uddannelses- og Forskningsministeriet. <https://www.uvm.dk/aktuelt/nyheder/uvm/2024/nov/241122-finanslov-for-2025>

Børn i Fattigdom? Nej tak. (2024). *Danmark uden børnefattigdom: Udspil til handleplan mod børnefattigdom*. Mødrehjælpen. <https://moedrehjaelpen.dk/wp-content/uploads/2024/11/Danmark-uden-boernefattigdom-udspil-til-handleplan-mod-boernefattigdom.pdf>

Børns Vilkår. (2021). *Livstilfredshed og psykisk trivsel blandt børn i fjerde og syvende klasse*. <https://bornsvilkar.dk/wp-content/uploads/2021/03/ANALYSE-FRA-BOeRNS-VILKAAr-%E2%80%A2-MARTS-2021.pdf>

Carlerby, H., Englund, E., Viitasara, E., Knutsson, A., & Gådin, K. G. (2012). Risk behaviour, parental background, and wealth: A cluster analysis among Swedish boys and girls in the HBSC study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(4), 368–376. <https://doi.org/10.1177/1403494812449926>

Cole, T. J., & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 7(4), 284–294. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x>

Collins, W. A., & Laursen, B. (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. xxx–xxx). John Wiley & Sons.

Cooper, K., & Stewart, K. (2021). Does household income affect children's outcomes? A systematic review of the evidence. *Child Indicators Research*, 14(3), 981–1005. <https://doi.org/10.1007/s12187-020-09782-0>

Corell, M., Friberg, P., Petzold, M., Jonsson, U., Rasmussen, F., & Hjern, A. (2024). Socioeconomic inequalities in adolescent mental health in the Nordic countries in the 2000s – A study using cross-sectional data from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Archives of Public Health*, 82, 20. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01240-5>

Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., et al. (2023). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, Central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey* (Vol. 1). World Health Organization Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>

Cosma, A., Stevens, G., Martin, G., Duinhof, E. L., Walsh, S. D., García-Moya, I., Költö, A., Gobina, I., Canale, N., Catunda, C., Inchley, J., & de Looze, M. (2020). Cross-national time trends in adolescent mental well-being from 2002 to 2018 and the explanatory role of schoolwork pressure. *Journal of Adolescent Health*, 66(1), 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.021>

Costello, E. J., Erkanli, A., Copeland, W., & Angold, A. (2010). Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA*, 303(19), 1954–1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.621>

Danmarks Statistik - statistikbanken.dk. Relativ fattigdom efter varighed, alder, tid og enhed 2024

- Danmarks Statistik. (2018). *Bag om relativ fattigdom*. Danmarks Statistik. https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=arbejde-loen-og-indkomst&fo=sdgfattig_metodenotat--pdf&ext={2}
- Drummond, B. K., Brosnan, M. G., & Leichter, J. W. (2017). Management of periodontal health in children: Pediatric dentistry and periodontology interface. *Periodontology 2000*, 74(1), 158–167. <https://doi.org/10.1111/prd.12164>
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhainn, S. N., Scheidt, P., Currie, C., & The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross-sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2), 128–132. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki100>
- Duncan, G. J., Magnuson, K., Kalil, A., & Ziol-Guest, K. (2012). The importance of early childhood poverty. *Social Indicators Research*, 108(1), 87–98. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9867-9>
- Duncan, G. J., Yeung, W. J., Brooks-Gunn, J., & Smith, J. R. (1998). How much does childhood poverty affect the life chances of children? *American Sociological Review*, 63(3), 406–423. <https://doi.org/10.2307/2657556>
- El-Khoury, F., Rieckmann, A., Bengtsson, J., Melchior, M., & Rod, N. H. (2021). Childhood adversity trajectories and PTSD in young adulthood: A nationwide Danish register-based cohort study of more than one million individuals. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.034>
- Freeman, J. G., Samdal, O., Băban, A., & Bancila, D. (2012). The relationship between school perceptions and psychosomatic complaints: Cross-country differences across Canada, Norway, and Romania. *School Mental Health*, 4(2), 95–104. <https://doi.org/10.1007/s12310-012-9075-0>
- Fødevarestyrelsen (2021). De officielle kostråd. <https://foedevarestyrelsen.dk/kost-og-foedevarer/alt-om-mad/de-officielle-kostraad>
- García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., & Moreno, C. (2015). Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal*, 74(6), 641–654. <https://doi.org/10.1177/0017896914549682>
- Giménez-Legarre, N., Miguel-Berges, M. L., Flores-Barrantes, P., Santaliestra-Pasías, A. M., & Moreno, L. A. (2020). Breakfast characteristics and its association with daily micronutrients intake in children and adolescents – A systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 12(10), Article 3201. <https://doi.org/10.3390/nu12103201>
- Goosby, B. J., Bellatorre, A., Walsemann, K. M., & Cheadle, J. E. (2013). Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological Inquiry*, 83(3), 505–536. <https://doi.org/10.1111/soin.12019>
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534–539. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>

Gorman, E., Harmon, C., Mendolia, S., Staneva, A., & Walker, I. (2021). Adolescent school bullying victimization and later life outcomes. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 83(5), 1048–1076. <https://doi.org/10.1111/obes.12424>

Grotvedt, L., Stigum, H., Hovengen, R., & Graff-Iversen, S. (2008). Social differences in smoking and snuff use among Norwegian adolescents: A population-based survey. *BMC Public Health*, 8, Article 162. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-162>

Harrison, M. E., Norris, M. L., Obeid, N., Fu, M., Weinstangel, H., & Sampson, M. (2015). Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Canadian Family Physician*, 61(2), 96–106.

Hetlevik, Ø., Meland, E., Hufthammer, K. O., Breidablik, H. J., Jahanlu, D., & Vie, T. L. (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of ‘multi-illness’ in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM – Population Health*, 11, 100604. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100604>

Hjalmarsson, S. (2018). Poor kids? Economic resources and adverse peer relations in a nationally representative sample of Swedish adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(1), 88–104. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0747-8>

Hjalmarsson, S., Fallesen, P., & Plenty, S. (2023). Not next to you: Peer rejection, sociodemographic characteristics and the moderating effects of classroom composition. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(6), 1191–1205. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01758-x>

Holstein, B. E., Damsgaard, M. T., Pedersen, T. P., Rasmussen, M., Román, J. E. I., Toftager, M., & Rich Madsen, K. (2024). Persistent social inequality in adolescent health indicators 1991–2022: Trend study from Denmark. *International Journal of Public Health*, 69, 1607698. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1607698>

Horanicova, S., Husarova, D., Geckova, A. M., Klein, D., van Dijk, J. P., de Winter, A. F., & Reijneveld, S. A. (2020). Teacher and classmate support may keep adolescents satisfied with school and education. Does gender matter? *International Journal of Public Health*, 65(10), 1423–1429. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01465-4>

Horanicova, S., Husarova, D., Gecková, D. M., De Winter, A. F., & Reijneveld, S. A. (2022). School satisfaction and its associations with health and behavioural outcomes among 15-year-old adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11514. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811514>

Hrafnhildur Gunnarsdóttir, Gunnel Hensing, Lene Povlsen, Max Petzold, Relative deprivation in the Nordic countries—child mental health problems in relation to parental financial stress, *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 2, April 2016, Pages 277–282, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv191>

Inchley, J., Currie, D., Budisavljević, S., Torsheim, T., Jaastad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, A., Samdal, O., & Weber, M. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada: International report. Volume 1. Key findings*. WHO Regional Office for Europe.

Inchley, J., Currie, D., Cosma, A., & Samdal, O. (Eds.). (2018). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*. CAHRU.

Inchley, J. C., Willis, M., Mabelis, J., Brown, J., & Currie, D. B. (2023). Inequalities in health complaints: 20-year trends among adolescents in Scotland, 1998–2018. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1095117. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1095117>

Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K. B., Nielsen, L., & Nordentoft, M. (2020). *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder* [Mental health and illness among children and adolescents aged 10-24 years - prevalence, distribution, and prevention options]. [Report in Danish].

Jiang, X., Huebner, E. S., & Siddall, J. (2013). A short-term longitudinal study of differential sources of school-related social support and adolescents' school satisfaction. *Social Indicators Research*, 114(3), 1073–1086. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0116-x>

Klomek, A. B., Sourander, A., & Elonheimo, H. (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 930–941. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00223-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00223-2)

Kraka. (2022). *En fremtid i fattigdom 2.0*. Kraka. https://kraka.dk/wp-content/uploads/analyse_kraka_en_fremtid_i_fattigdom_2.0.pdf

Kraka. (2023). *En fremtid i fattigdom – Nye perspektiver på børnefattigdom i Danmark 2.0* [Analyse]. Kraka. https://kraka.dk/sites/default/files/public/analyse_kraka_en_fremtid_i_fattigdom_2.0.pdf

Lacey, R. E., Howe, L. D., Kelly-Irving, M., Bartley, M., & Kelly, Y. (2022). The clustering of adverse childhood experiences in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: Are gender and poverty important? *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5-6), 2218–2241. <https://doi.org/10.1177/0886260520935096>

Langøy, A., Smith, O. R. F., Wold, B., Samdal, O., & Haug, E. M. (2019). Associations between family structure and young people's physical activity and screen time behaviors. *BMC Public Health*, 19(1), 433. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6740-2>

Lee, A. R., Kingdon, C. C., Davie, M., Hawcutt, D., & Sinha, I. P. (2023). Child poverty and health inequalities in the UK: A guide for paediatricians. *Archives of Disease in Childhood*, 108(2), 94–101. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-323671>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Lesner, R. (2023). Konsekvenser af børnefattigdom. *Samfundsøkonomen*, (2).

Lesner, R. V. (2018). The long-term effect of childhood poverty. *Journal of Population Economics*, 31(3), 969–1004. <https://doi.org/10.1007/s00148-017-0674-8>

- Levin, K. A., & Currie, C. (2014). Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Social Indicators Research*, 119(2), 1047–1063. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0507-4>
- Liming, K. W. (2019). Examining the differing effects of economic hardship and poor maternal wellbeing on cumulative exposure to adverse childhood experiences. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 307–321. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0230-z>
- Liu, Y., Wang, M., Tynjälä, J., Villberg, J., Lv, Y., & Kannas, L. (2016). Socioeconomic differences in adolescents' smoking: A comparison between Finland and Beijing, China. *BMC Public Health*, 16(1), 805. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3476-0>
- Loft, L., & Waldfoegel, J. (2021). Socioeconomic status gradients in young children's well-being at school. *Child Development*, 92(1), e91–e105. <https://doi.org/10.1111/cdev.13453>
- Lund, T. J., Dearing, E., & Zachrisson, H. D. (2017). Is affluence a risk for adolescents in Norway? *Journal of Research on Adolescence*, 27(3), 628–643. <https://doi.org/10.1111/jora.12304>
- Madsen, K. R., Ibáñez Román, J. E., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Kristoffersen, M. J., Pedersen, T. P., Michelsen, S. I., Rasmussen, M., & Toftager, M. (2023). *Skolebørnsundersøgelsen 2022. Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7. og 9. klasse i Danmark* (Rapport). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. https://www.sdu.dk/sif/rapporter/2023/skoleboernsundersoegelsen_2022
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3–14. <https://doi.org/10.1007/BF03173522>
- Matricciani, L., Paquet, C., Galland, B., Short, M., & Olds, T. (2019). Children's sleep and health: A meta-review. *Sleep Medicine Reviews*, 46, 136–150. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.04.011>
- Mazur, J., Szkulciecka-Dębek, M., Dzielska, A., Drozd, M., & Małkowska-Szcutnik, A. (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Archives of Medical Science*, 14(1), 182–189. <https://doi.org/10.5114/aoms.2016.63020>
- McCarty, C. A., Rhew, I. C., Murowchick, E., McCauley, E., & Stoep, A. V. (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 351–357. <https://doi.org/10.1037/a0025938>
- Milligan, K., & Stabile, M. (2011). Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), 175–205. <http://www.jstor.org/stable/41238107>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Moreno, C., Sánchez-Queija, I., Muñoz-Tinoco, V., de Matos, M. G., Dallago, L., Bogt, T. T., Camacho, I., & Rivera, F. (2009). Cross-national associations between parent and peer

communication and psychological complaints. *International Journal of Public Health*, 54(4), 235–242. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8056-6>

Muscarà, M., Pace, U., Passanisi, A., D'Urso, G., & Zappulla, C. (2018). The transition from middle school to high school: The mediating role of perceived peer support in the relationship between family functioning and school satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 27(9), 2690–2698. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1126-7>

Myhr, A., Vesterbekkmo, R. K., Samarawickrema, I., & Sund, E. R. (2024). Trends in Norwegian adolescents' substance use between 2014 and 2022: Socioeconomic and gender differences. *BMC Public Health*, 24(1), 2482. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19983-9>

Mødrehjælpen. (2024). *Danmark uden børnefattigdom: Udspil til handleplan mod børnefattigdom*. Mødrehjælpen. <https://moedrehjaelpen.dk/wp-content/uploads/2024/11/Danmark-uden-boernefattigdom-udspil-til-handleplan-mod-boernefattigdom.pdf>

Møller, S. P., Pisinger, V. S. C., Christensen, A. I., & Tolstrup, J. S. (2019). Socioeconomic position and alcohol-related harm in Danish adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(9), 839–845. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211634>

Møller, S. P., Pommerencke, L. M., Madsen, K. R., & Pedersen, T. P. (2025). *Børnefattigdom og børns udvikling, trivsel og sundhed* (Temarapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed).

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Board on Children, Youth, and Families, & Committee on Exploring the Opportunity Gap for Young Children from Birth to Age 8. (2023). In R. Hutton & L. Allen (Eds.), *Closing the opportunity gap for young children*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/26743>

Nielsen, L., Damsgaard, M. T., Voss, I., & Madsen, K. R. (2023). *Veje til social ulighed i børn og unges sundhed* [Paths to social inequality in children and adolescents' health]. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. (Report for Sundhedsstyrelsen)

Nordentoft, M., Ege, P., Erritzøe, D., Hjortshøj, C., Lange, P., & Pedersen, M. U. (2015). *Cannabis og sundhed* (1st ed.). Vidensråd for Forebyggelse

Office of the Surgeon General. (2023). *Social media and youth mental health: The U.S. Surgeon General's advisory*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/sg-youth-mental-health-social-media-advisory.pdf>

Ottosen, M. H., Andreasen, A. G., Dahl, K. M Lausten, M., Rayce, S. B., & Tagmose, B. B. (2022). *Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022*.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *CO2.2: Child poverty*. OECD Family Database. https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/CO_2_2_Child_Poverty.pdf

Parikka, S., Levalahti, E., Martelin, T., & Laatikainen, T. (2018). Single-parenthood and perceived income insufficiency as challenges for meal patterns in childhood. *Appetite*, 127, 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.04.005>

Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., Quan, S. F., Rosen, C. L., Troester, M. M., & Wise, M. S. (2016).

Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: Methodology and discussion. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1549–1561. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6288>

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Wandfogel, J., Wickremarathne, D., Arroyo, C., Bhutta, Z., Fatusi, A. O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., & Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

Pedersen, J. (2022). *Recreational screen media use and its effect on physical activity, sleep, and mental health in families with children* [Unpublished manuscript].

Pedersen, M. U., & Pedersen, M. M. (2020). *Unges trivsel og brug af rusmidler i Gentofte kommune*.

Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.). (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. John Wiley & Sons.

Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363–377. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>

Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K., & McCrystal, P. (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence*, 35(2), 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.007>

Pisinger, C., Vestbo, J., Borch-Johnsen, K., & Jørgensen, T. (2005). Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study: The Inter99 study. *Preventive Medicine*, 40(3), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.015>

Plenty, S., & Mood, C. (2016). Money, peers and parents: Social and economic aspects of inequality in youth wellbeing. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(7), 1294–1308. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0430-5>

Pommerencke, L. M., Pant, S. W., Madsen, K. R., Laursen, B., & Pedersen, T. P. (2022). *Social ulighed i børn og unges udvikling, sundhed og trivsel: Temarapport fra Databasen Børns Sundhed* [Social inequality in children and adolescents' development, health and wellbeing: Thematic report from the Children's Health Database]. Databasen Børns Sundhed & Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Povlsen, L., Regber, S., Fosse, E., Karlsson, L. E., & Gunnarsdottir, H. (2018). Economic poverty among children and adolescents in the Nordic countries. *Scandinavian journal of public health*, 46(20_suppl), 30–37. <https://doi.org/10.1177/1403494817743894>

Pryor, L., Strandberg-Larsen, K., Nybo Andersen, A. M., Hulvej Rod, N., & Melchior, M. (2019). Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Social Science & Medicine*, 220, 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.023>

Qualter, P., Brown, S. L., Rotenberg, K. J., Vanhalst, J., Harris, R. A., Goossens, L., Bangee, M., & Munn, P. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1283–1293.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>

Quinn, C. A., Fitzpatrick, S., Bussey, K., Hides, L., & Chan, G. C. K. (2016). Associations between the group processes of bullying and adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 62, 6–13.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.011>

Rakić, J. G., Hamrik, Z., Dzielska, A., Felder-Puig, R., Oja, L., et al. (2024). *A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, Central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey* (Vol. 4). World Health Organization Regional Office for Europe.

<https://iris.who.int/handle/10665/376772>

Rambøll. (2024). *Undersøgelse af afsavn blandt økonomisk trængte børnefamilier*.

Rasmussen, M., Holstein, B. E., Melkevik, O., & Damsgaard, M. T. (2013). Validity of self-reported height and weight among adolescents: The importance of reporting capability. *BMC Medical Research Methodology*, 13, 85. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-85>

Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M., & the HPHFG. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54(2), 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5413-x>

Renneberg CK, Rask CU, Bernstorff M, Rytter D, Hansen SN, Bech BH. Self-rated health in preadolescent children as a predictor for hospital contacts and redeemed prescriptions: the Danish National Birth Cohort 1996–2002. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2025;0(0).

doi:[10.1177/14034948251313590](https://doi.org/10.1177/14034948251313590)

Rod, N. H., Bast, L. S., Diderichsen, F., Grøntved, A., Gyrd-Hansen, D., Pisinger, C., Rod, M. H., Schipperijn, J., Tetens, I., Toft, U., & Tolstrup, J. (2024). *Strukturel forebyggelse – med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet* (pp. 1–160). Vidensråd for Forebyggelse.

Rod, N. H., Bengtsson, J., Budtz-Jørgensen, E., Clipet-Jensen, C., Taylor-Robinson, D., Andersen, A. N., Dich, N., & Rieckmann, A. (2020). Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 396(10249), 489–497.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30621-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30621-8)

Rod, N. H., Bengtsson, J., Elsenburg, L. K., Taylor-Robinson, D., & Rieckmann, A. (2021). Hospitalisation patterns among children exposed to childhood adversity: A population-based cohort study of half a million children. *Lancet Public Health*, 6(11), e826–e835.

[https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00158-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00158-4)

Román, J. E. I., Madsen, K. M., Toftager, M., Damsgaard, M. T., Rasmussen, M., Pedersen, T. P., Holstein, B. E., & Madsen, K. R. (2024). *Udvikling og validering af spørgsmål til Skolebørnsundersøgelsen. Pilotundersøgelse af spørgsmål om helbred, trivsel og sundhedsadfærd til elever i 5., 7., og 9. klasse*. Statens Institut for Folkesundhed.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Rosendahl Jensen, H. A., Davidsen, M., Rossen Møller, S., Ibáñez Román, J. E., Kragelund, K., Christensen, A. I., & Ekholm, O. (2022). *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2021*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. https://www.sst.dk/~media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Sengupta, K., Christensen, L. B., Mortensen, L. H., Skovgaard, L. T., & Andersen, I. (2017). Trends in socioeconomic inequalities in oral health among 15-year-old Danish adolescents during 1995–2013: A nationwide, register-based, repeated cross-sectional study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 45(5), 458–468. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12310>

Séguin, L., Nikiéma, B., Gauvin, L., Zunzunegui, M. V., & Xu, Q. (2007). Duration of poverty and child health in the Quebec Longitudinal Study of Child Development: Longitudinal analysis of a birth cohort. *Pediatrics*, 119(5), e1063–e1070. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1750>

Siddall, J., Huebner, E. S., & Jiang, X. (2013). A prospective study of differential sources of school-related social support and adolescent global life satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 107–114. <https://doi.org/10.1111/ajop.12010>

Skogen, J. C., Bøe, T., Finserås, T. R., Sivertsen, B., Hella, R. T., & Hjetland, G. J. (2022). Lower subjective socioeconomic status is associated with increased risk of reporting negative experiences on social media: Findings from the “LifeOnSoMe” study [Original research]. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.873463>

Skogen, J. C., Sivertsen, B., Hysing, M., Heradstveit, O., & Bøe, T. (2019). Economic circumstances in childhood and subsequent substance use in adolescence - A latent class analysis: The youth@hordaland study. *Frontiers in Psychology*, 10, 1115. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01115>

Smith, P. K. (2016). Bullying: Definition, types, causes, consequences and intervention. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 519–532. <https://doi.org/10.1111/spc3.12255>

Sonmark, K., Godeau, E., Augustine, L., Bygren, M., & Modin, B. (2016). Individual and contextual expressions of school demands and their relation to psychosomatic health: A comparative study of students in France and Sweden. *Child Indicators Research*, 9(1), 93–109. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9317-2>

Stiglic, N., & Viner, R. M. (2019). Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 9(1), e023191. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191>

Sundhedsstyrelsen. (2005). *Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (Version 1.0). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>

Sundhedsstyrelsen. (2023). *Fysisk aktivitet for børn og unge (5–17 år): Viden om sundhed og forebyggelse* (Version 2.0). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk>

Sundhedsstyrelsen. (2024). *Anbefalinger for søvnlængde: Til alle aldersgrupper*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk>

Tetens, I., Bilot-Jensen, A., Hermansen, K., Mølgaard, C., Nyvad, B., Rasmussen, M., Sabinsky, M., Toft, U., & Wistoft, K. (2018). *Fremme af sunde mad- og måltidsvaner blandt børn og unge* [Promotion of healthy food and meal habits among children and adolescents]. Vidensråd for Forebyggelse.

Toftager, M., Brønd, J. C., Román, J. E. I., Kristensen, P. L., Damsgaard, M. T., Grøntved, A., & Madsen, K. R. (2024). *Måling af fysisk aktivitet blandt elever i 5.-9. klasse – overensstemmelse mellem selvrapporateret og accelerometermålt fysisk aktivitet i Skolebørnsundersøgelsen*. SDU.
Tolstrup, J. S., Kruckow, S., Becker, U., Andersen, O., Sawyer, S. M., Katikireddi, S. V., & Møller, S. P. (2023). Socioeconomic inequalities in alcohol-related harm in adolescents: A prospective cohort study of 68,299 Danish 15–19-year-olds. *EClinicalMedicine*, 62, 102129. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102129>

Tolstrup, J., Demant, J., Grønbæk, M., Møller, S., Pedersen, M., & Pisinger, V. (2019). *Unge alkoholkultur – et bidrag til debatten* [Youth alcohol culture – a contribution to the debate]. Vidensråd for Forebyggelse.

Tolstrup, J., Møller, S. P., Grønbæk, M., Hviid, S. S., & Askgaard, G. (2021). Harmful consequences of heavy episodic drinking in young people in Denmark. *Ugeskrift for Læger*, 183(14).

Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701–713. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0416>

Torsheim, T., Nygren, J. M., Rasmussen, M., Due, P., Holstein, B. E., & the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study group. (2017). Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 150–156. <https://doi.org/10.1177/1403494817734733>

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living*. University of California Press.

Van den Eijnden, R. J., Lemmens, J. S., & Valkenburg, P. M. (2016). The social media disorder scale. *Computers in Human Behavior*, 61, 478–487. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.038>

Vestbo, J., Andreasen, J. T., Bast, L. S., Lund, L., & Pisinger, C. H. (2022). *Nikotinforgbrug blandt børn og unge. Konsekvenser og forebyggelse* [Nicotine use among children and adolescents. Consequences and prevention] (1st ed.). Vidensråd for Forebyggelse.

Vestbo, J., Pisinger, C., Bast, L., & Gyrd-Hansen, D. (2018). *Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker?* [Prevention of smoking among children and adolescents. What works?]. Vidensråd for Forebyggelse.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641–1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

Voelker, D. K., Reel, J. J., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149–158. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S68344>

Wahlström, J., Låftman, S. B., Modin, B., & Löfstedt, P. (2021). Psychosocial working conditions in school and life satisfaction among adolescents in Sweden: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5337. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105337>

Wang, K., Niu, Y., Lu, Z., Duo, B., Effah, C. Y., & Guan, L. (2023). The effect of breakfast on childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*, 10, Article 1222536. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1222536>

Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2014). The role of friends and peers in adolescent body dissatisfaction: A review and critique of 15 years of research. *Journal of Research on Adolescence*, 24(4), 564–590. <https://doi.org/10.1111/jora.12137>

Wells, L., Nermo, M., & Östberg, V. (2017). Physical inactivity from adolescence to young adulthood: The relevance of various dimensions of inequality in a Swedish longitudinal sample. *Health Education & Behavior*, 44(3), 376–384. <https://doi.org/10.1177/1090198116672040>

Whitehead, R., Berg, C., Cosma, A., Gobina, I., Keane, E., Neville, F., Ojala, K., & Kelly, C. (2016). Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: Evidence from 33 countries. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.003>

Whiton, K., Albert, S. M., & National Sleep Foundation. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>

Østhus, S., Mäkelä, P., Norström, T., & Rossow, I. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*

Bilag

Sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv blandt elever i 5., 7. og 9. klasse efter børnefattigdom og årstal for spørgeskemabesvarelse, N=9.415. Antal besvarelser samt køns- og aldersstandardiserede procent.

		2018 N=3.653			2022 N=5.762				
		Procent			Procent				
		Antal besvarelser på spørgsmålet	Børnefattigdom (<50% af medianen)	Over fattigdomsgrænse n (≥50% af medianen)	Chi ² *	Antal besvarelser på spørgsmålet	Børnefattigdom (<50% af medianen)	Over fattigdomsgrænse n (≥50% af medianen)	Chi ² *
Sundhed									
Selvurderet helbred	Dårligt eller nogenlunde selvurderet helbred	3607	19	12,9	0,01	5679	21,3	15,4	0,00
Symptomer	Hovedpine næsten hver uge eller hyppigere	3602	29,5	26,2	0,23	5695	36,2	33,1	0,25
	Mavepine næsten hver uge eller hyppigere	3580	17,6	14,1	0,11	5658	23,7	20,5	0,17
	Rygsmarter næsten hver uge eller hyppigere	3540	21,7	22,5	0,77	5622	32	28,1	0,13
	Ked af det næsten hver uge eller hyppigere	3554	32,2	25,5	0,02	5654	34,7	33,3	0,60
	Irritabel eller dårligt humør næsten hver	3575	38,5	41,2	0,38	5658	50,7	50,9	0,92

	uge eller hyppigere								
	Nervøs næsten hver uge eller hyppigere	3564	32,9	32,8	0,99	5647	46,8	39,2	0,01
	Svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere	3580	39	40,6	0,59	5655	46,2	46,3	0,99
	Svimmelhed næsten hver uge eller hyppigere	3583	18,1	16,5	0,50	5677	22,9	23,4	0,82
	Mindst ét symptom næsten hver dag	3628	29,2	24,4	0,07	5723	32	31,4	0,82
Vægtstatus	Overvægt/svær overvægt	3264	18,6	10,4	0,00	5197	16,8	11	0,00
Livstilfredshed	Lav livstilfredshed	3634	18,2	11	0,00	5707	21	13,9	0,00
Kropsopfattelse	Føler sig for tyk	3619	36,5	30,4	0,04	5697	36,6	34	0,34
	Føler sig for tynd	3619	15	12,2	0,19	5697	14,1	14,1	0,97
Ensomhed	Føler sig ensom ofte eller meget ofte	3610	10,2	5,7	0,00	5348	15,3	8,6	0,00
Selvverd	Lavt selvværd	3077	25,8	21,5	0,13	5325	36,2	31,8	0,11
Selvformåen	Lav selvformåen	3016	17,9	10,9	0,00	5173	23	16,4	0,00
Sundhedsadfærd									
Tobak	Ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere	3588	9,4	7,9	0,42	5681	8,2	6,4	0,20

Alkohol	Drikker alkohol mindst ugentligt	3597	4,6	8,2	0,05	5689	4,8	9,5	0,01
	Har været fuld mindst to gange	3577	12	16,2	0,10	5677	11,5	17,2	0,01
Hash	Har prøvet at tage hash**	926				1592	10,4	10,1	0,91
Fysisk aktivitet	Mindst 7 timer med hård fysisk aktivitet i fritiden ugentligt	3283	12,1	18	0,02	5327	10	18,1	0,00
	0 timer med hård fysisk aktivitet i fritiden	3283	14,4	8,8	0,00	5327	13,6	8,1	0,00
	Deltager ikke i organiseret idræt	2902	34,5	19,8	0,00	4945	34	23,6	0,00
Kostvaner	Spiser højst frugt og/eller grøntsager én gang om ugen	3605	10,8	6,7	0,01	5702	11,5	7,2	0,00
	Spiser slik og/eller chokolade dagligt	3545	10,1	6	0,01	5612	7,9	8,4	0,76
	Drikker sodavand med sukker dagligt	3538	12,5	6,2	0,00	5599	10,3	6,1	0,00
	Fastfood mindst to gange ugentligt	3564	27,9	13,5	0,00	5652	27,5	15	0,00
Måltidsvaner	Springer mindst tre morgenmåltider over på hverdagen	3618	36,4	18,7	0,00	5700	43,8	23,8	0,00
	Spiser måltider med familien cirka én dag	3604	11,5	8,1	0,05	5693	12,9	7,5	0,00

	om ugen eller sjældnere								
Tandbørstning	Børster tænder mindre end to gange om dagen	3614	28,7	18,1	0,00	5700	35,5	20,9	0,00
Online liv og skærmb brug	Mindst 4 timer dagligt på skærmmaktivitet er på hverdage	879	36,7	37,5	0,90	1539	48,9	36,4	0,02
	Mindst 4 timer dagligt på skærmmaktivitet er i weekender	881	46,5	47,1	0,93	1540	54,1	47,9	0,25
	Har ingen kontakt med andre på sociale medier	3398	8,8	5,1	0,01	5458	4,7	3,8	0,40
	Er hele tiden i kontakt med andre på sociale medier	3398	37,4	35,6	0,57	5458	35,8	34,6	0,67
	Problematisk brug af sociale medier	3283	6,5	3,7	0,03	3471	7,6	7,5	0,94
Søvn	Sover færre timer end anbefalet om natten	3084	41,1	31	0,00	5349	39,7	33,6	0,03
	Sover dårligt eller uroligt om natten flere gange om ugen	3096	14,6	14,5	0,95	5370	19,3	16,6	0,22
Sociale relationer									
Relationer i familien	Har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med mor	3437	17,7	12	0,01	5398	17,1	15,7	0,52

	Har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med far	3317	24,1	23,2	0,74	5248	27,4	25,3	0,44
	Oplever middel eller lav støtte fra familien	3441	11	7,7	0,07	5468	25,6	19,1	0,00
Relationer med venner	Har svært eller meget svært ved at tale tillidsfuldt med bedste ven/veninde	3327	13,1	13,4	0,91	5268	20,5	18	0,28
	Oplever middel eller lav støtte fra venner	3444	28,8	21,6	0,01	5463	35,9	29,8	0,02
	Er ikke sammen med venner efter skole***	3374	20,4	17,4	0,23	5526	19,2	13,8	0,01
	Er ikke sammen med venner om aftenen***	3371	44,4	41	0,07	5530	35,5	32,2	0,49
Mobning	Udsat for mobning i skolen	3550	7,2	4,8	0,07	5636	6,8	6,3	0,67
	Deltaget i mobning i skolen	3556	5,5	2,2	0,00	5634	3,4	2,7	0,42
	Udsat for mobning online	3552	4,2	2,2	0,04	5626	4,9	4,9	0,98
	Deltaget i mobning online**	3542				5608	3,8	4,2	0,75
Skoleliv									
Skole-tilfredshed	Kan slet ikke eller ikke rigtigt lide skolen	3586	16,6	14,4	0,33	5679	20,6	17,5	0,15

Pres af skolearbejde	Føler sig meget eller noget presset af skolearbejde	3585	11	9,8	0,55	5675	12,1	10,7	0,43
Støtte fra lærere og elever	Oplever ikke høj støtte fra klassekammerater	3543	67.9	79.5	0,00	5643	67.9	76	0,00
	Oplever ikke høj støtte fra lærere	3550	65.4	75.4	0,00	5649	71.8	75.2	0,16

*Chi² test for forskel ml. børnefattigdom vs. ikke børnefattigdom. **Tallene vises ikke, da forekomsten er baseret på færre end 10 besvarelser. ***Eleverne er i 2022 blevet bedt om at tælle fritidsaktiviteter med, mens dette ikke er specificeret i 2018.