

Skolebørnsundersøgelsen 2010

Redigeret af Mette Rasmussen og Pernille Due



Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed
Statens Institut for Folkesundhed
Syddansk Universitet
København 2011



Skolebørnsundersøgelsen 2010

1. udgave, april 2011

© 2011, Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed (FoBUS)
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

www.si-folkesundhed.dk
www.sdu.dk

Redaktion: Mette Rasmussen og Pernille Due

Manus: Anette Andersen, Pernille Bendtsen, Carina S Brixval, Anne Maj Christensen, Mogens T. Damsgaard, Pernille Due, Pia E.W. Henriksen, Bjørn E. Holstein, Anette Johansen, Charlotte Kjær, Rikke Krølner, Katrine R. Madsen, Charlotte Meilstrup, Malene K. Nelausen, Line Nielsen, Lotus Nielsen, Trine P. Pedersen, Mette Rasmussen, Signe B. Rayce, Jasper Schipperijn, Chalida Svastisalee, Mette Toftager, Mathilde Vinther-Larsen

Figurer: Lotus Nielsen

Forside: Katrine R. Madsen og Mogens T. Damsgaard

Forsidefoto: Colourbox

Elektronisk ISBN 978-87-7899-176-8

Skolebørnsundersøgelsen 2010 er finansieret af Nordea-fonden

Bogen kan hentes på internetadressen: *www.hbsc.dk*

Bogen kan frit kopieres under forudsætning af tydelig kildeangivelse

Bogen må ikke gøres til genstand for salg

[rap10-v3]

Forord

I 2010 gennemførte vi for ottende gang Skolebørnsundersøgelsen. Undersøgelsen udgør det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization (WHO) Collaborative Cross-national Study. I denne rapport præsenterer vi resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen 2010.

Skolebørnsundersøgelsen hører hjemme og gennemføres i *Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed* på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Overlæge og programleder Pernille Due er projektleder, og lektor Mette Rasmussen er viceprojektleder, mens professor Candace Currie fra Edinburgh Universitet er international projektleder. Leder af den internationale databank er professor Oddrun Samdal fra Bergen Universitet, mens Programme Manager Vivian Barnekow Rasmussen fra WHO er forskernetværkets kontaktperson i WHO.

Med denne rapport om Skolebørnsundersøgelsen 2010 viderebringer vi de nyeste tal til alle, som har interesse i at kende og bruge oplysninger om danske børn og unges sundhed. Formålet med rapporten er at beskrive en række vigtige emner i børn og unges liv relateret til sundhed, sundhedsvaner og trivsel. Rapporten giver ingen forklaringer på sammenhænge eller årsager. Forslag til forklaringer finder vi efterfølgende ved dybtgående analyser af data, og resultaterne af disse publicerer vi i videnskabelige artikler. Bagerst i rapporten har vi inkluderet en liste over de videnskabelige artikler, som forskerne bag undersøgelsen gennem årene har publiceret.

Mobning er et tema, som en række af forskerne i Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel gennem en årrække har haft særligt fokus på. I et særskilt kapitel om mobning har vi i denne rapport valgt at præsentere et samlet overblik over resultaterne fra vores forskning i dette særlige tema.

Skolebørnsundersøgelsen fra 2010 er gennemført takket være en bevilling Nordea-fonden. En anden stor tak skylder vi de mange elever, der har deltaget i undersøgelsen samt deres lærere og skoleledelse. Også i denne undersøgelsesrunde har eleverne udvist stor omhu og seriøsitet i deres besvarelser af spørgeskemaet. Deres store engagement, positive interesse og opbakning er afgørende for, at Skolebørnsundersøgelsen i dag har opnået en høj kvalitet og anvendelighed. Desuden en stor tak til professor Bjørn E. Holstein, som med mange års erfaring med Skolebørnsundersøgelsen har bidraget med overordnet planlægning og styring af dataindsamlingen samt den efterfølgende dataoparbejdning og tilbagemelding til de deltagende skoler. Stor tak til projektkoordinatorer Lotus Nielsen, Katrine Rich Madsen og Carina Sjöberg Brixval for deres grundige arbejde med at koordinere, forberede og gennemføre både pilotundersøgelser og selve dataindsamlingen. Ligeledes en stor tak til Mogens Trab Damsgaard for endelig oparbejdning af data således, at vi i dag arbejder med datafiler af høj kvalitet. Endelig tak til de studerende, der har bidraget til dataindsamling, kodning, oparbejdning af datafil og udarbejdelse af rapporter til de medvirkende skoler: Alice Clark, Christina Bæksted, Sanne Ellegaard Jørgensen og Thora Majlund Kjærulff.

Rapporten er forfattet af en række medarbejdere i Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og redigeret og sat op af undertegnede og Lotus Nielsen, Mogens Trab Damsgaard og Katrine Rich Madsen samt Tove Eiberg Nilsson fra Forskningsprogrammet Sundhedsfremme og Forebyggelse.

København, april 2011

Mette Rasmussen og Pernille Due

Indholdsfortegnelse

1	Om Skolebørnsundersøgelsen 2010	1
	<i>Pernille Due, Mette Rasmussen</i>	
1.1	Undersøgelsens baggrund og formål	1
1.2	Undersøgelsens organisation	2
1.3	Gennemførelse af undersøgelsen i Danmark 2010	4
1.4	Undersøgelsens teoretiske baggrund	5
1.5	Skolebørnsundersøgelsen som del af et internationalt forskningsprojekt	7
2	Sociale og demografiske faktorer	9
	<i>Mogens T Damsgaard, Bjørn E Holstein, Pernille Due, Rikke Krølner, Katrine R Madsen</i>	
2.1	Køn og klassetrin	9
2.2	Familieform	9
2.3	Migrationsstatus	10
2.4	Familiesocialgruppe	10
3	Helbred og trivsel	12
3.1	Helbred og trivsel blandt børn og unge	12
	<i>Line Nielsen, Malene K Nelausen, Mogens T Damsgaard</i>	
3.2	Selv vurderet helbred	12
	<i>Charlotte Kjær, Pia EW Henriksen</i>	
3.3	Symptomer	14
	<i>Signe B Rayce, Katrine R Madsen</i>	
3.4	Skader	22
	<i>Katrine R Madsen, Bjørn E Holstein</i>	
3.5	Vægt- og kropsopfattelse	24
	<i>Mette Rasmussen, Carina S Brixval, Pernille Due</i>	
3.6	Livstilfredshed	28
	<i>Malene K Nelausen, Charlotte Meilstrup, Line Nielsen</i>	
3.7	Skoletilfredshed	29
	<i>Charlotte Meilstrup, Line Nielsen, Malene K Nelausen, Mette Rasmussen</i>	
4	Sundhedsadfærd	32
4.1	Sundhedsadfærd blandt børn og unge	32
	<i>Bjørn E Holstein</i>	
4.2	Tobaksrygning	32
	<i>Lotus Nielsen, Anette Andersen, Mette Rasmussen</i>	
4.3	Vandpiberygning	36
	<i>Lotus Nielsen, Anette Andersen</i>	
4.4	Alkoholforbrug	38
	<i>Pernille Bendtsen, Anette Andersen, Mathilde Vinther-Larsen</i>	
4.5	Hashrygning	42
	<i>Lotus Nielsen, Anette Johansen</i>	
4.6	Fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet	44
	<i>Bjørn E Holstein, Signe B Rayce, Pia EW Henriksen, Mogens T Damsgaard, Jasper Schipperijn, Mette Toftager</i>	
4.7	Stillesiddende adfærd	47
	<i>Bjørn E Holstein, Pia EW Henriksen, Mette Toftager</i>	

4.8	Kostvaner.....	51
	<i>Chalida Svastisalee, Rikke Krølner, Trine P Pedersen, Mette Rasmussen</i>	
4.9	Måltidsmønstre	56
	<i>Trine P Pedersen, Chalida Svastisalee, Rikke Krølner, Mette Rasmussen</i>	
4.10	Lægemiddelforbrug	59
	<i>Anette Andersen, Anne Maj Christensen, Bjørn E Holstein</i>	
4.11	Seksualadfærd.....	64
	<i>Lotus Nielsen, Anette Johansen</i>	
4.12	Søvn	65
	<i>Katrine R Madsen, Trine P Pedersen, Bjørn E Holstein</i>	
4.13	Tandbørstning	69
	<i>Lotus Nielsen, Anette Johansen</i>	
5	Sociale relationer	72
	<i>Pia EW Henriksen, Pernille Due</i>	
5.1	Relationer til forældre og venner	72
6	Mobning	81
	<i>Pernille Due, Carina S Brixval, Bjørn E Holstein</i>	
7	Social ulighed i levekår, helbred, trivsel og sundhedsadfærd.....	84
	<i>Rikke Krølner, Mogens T Damsgaard, Anette Andersen, Bjørn E Holstein, Pernille Due</i>	
8	Perspektiver	92
	<i>Mette Rasmussen, Bjørn E Holstein, Pernille Due</i>	
8.1	Hovedresultater	92
8.2	Metoderne.....	97
8.3	Handling påkrævet!	98
9	Publikationer	101
9.1	Artikler i videnskabelige tidsskrifter	101
9.2	Ph.d.-afhandlinger	109
9.3	Bøger, rapporter og artikler (uden peer-review)	109
9.4	Speciale- og masterafhandlinger	111

1 Om Skolebørnsundersøgelsen 2010

1.1 Undersøgelsens baggrund og formål

I denne rapport beskriver vi børn og unges sundhed. Men sundhed er et komplekst fænomen, så i praksis definerer vi det ved følgende fire dimensioner:

- et godt helbred uden symptomer, skader og alvorlig sygdom
- en god evne til at fungere i relation til familie, skole og kammerater
- god trivsel i skolen, de nære omgivelser og i livet i det hele taget
- en god sundhedsadfærd.

Børn og unges sundhed er vigtig for folkesundheden. For det første er det en etisk udfordring for samfundet at sikre sunde og velfungerende børn og unge. For det andet er der en stor risiko for, at helbredsproblemer og risikoadfærd i barndom og ungdom fortsætter ind i voksenlivet (Due et al., 2011). Disse udfordringer er baggrunden for Skolebørnsundersøgelsen og for det enestående forskningssamarbejde mellem børneforskere i mange lande, som Skolebørnsundersøgelsen er den danske del af.

Det internationale forskningssamarbejde har nu fungeret i mere end tyve år med World Health Organization (WHO) som medspiller. Forskningsprojektets Internationale navn er *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization Collaborative Cross-national Study* (www.hbsc.org). Studiet bygger på sammenlignelige undersøgelser af store repræsentative udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever med ca. fire års mellemrum i et stort antal lande. I 2010 deltog 41 lande i undersøgelsen.

Projektet har fire overordnede formål.

- For det første at skabe større indsigt i unge menneskers opfattelse af eget helbred og trivsel og større forståelse af sammenhængen mellem helbred, sundhedsadfærd, trivsel og levestandard.
- For det andet at give et samlet billede af børn og unges sundhedsadfærd fx ryge-, drikke-, motions-, kost- og tandplejeadfærd.
- For det tredje at skabe større indsigt i, hvorledes sundhedsadfærd hænger sammen med andre forhold i elevernes liv, fx deres sociale relationer, familieliv, skoleliv, almene levestandard, helbred og almene trivsel.
- For det fjerde skal undersøgelsen producere ny viden, som kan anvendes i det sundhedsfremmende arbejde blandt børn og unge.

Undersøgelsen danner basis for grundforskning om skolebørns helbred, sundhedsadfærd og trivsel og involverer derigennem en stor gruppe nationale og internationale forskere med meget forskellige faglige baggrunde. Som en del af undersøgelserne udvikles der løbende nye målemetoder, nye begreber og nye hypoteser om mulige sammenhænge og årsager til helbreds- og adfærdsrelaterede problemer. Samtidig udgør undersøgelsen en løbende monitorering af børn og unges trivsel, adfærd og helbred. Da undersøgelsen gennemføres med jævne mellemrum, giver det mulighed for at følge ændringerne i disse fænomener over tid. Desuden er det forskning med tydelige anvendelsesmuligheder, idet skoler, kommuner, regioner, ministerier og organisationer løbende anvender data som baggrund

for indsatser overfor problemstillinger, som undersøgelsen har påpeget som særligt væsentlige eller som værende i en særlig ugunstig udvikling.

1.2 Undersøgelsens organisation

Det internationale samarbejde: En gruppe forskere fra England, Finland og Norge startede i 1983 et internationalt netværk af forskere fra fem lande, som gennemførte den første HBSC-undersøgelse i 1983-1985. Kort efter indledte forskerne et samarbejde med WHO som international samarbejdspartner blandt andet for at lette samarbejdet mellem lande i vest- og østblokken. Der er siden gennemført syv HBSC-undersøgelser: i 1986/1988 i 13 lande, i 1989/1991 i 16 lande, i 1993/1994 i 25 lande, i 1997/1998 i 29 lande, i 2001/2002 i 35 lande, i 2005/2006 i 41 lande og i 2009/10 ligeledes i 41 lande. Det danske HBSC-team har deltaget, siden studiet startede, og undersøgelsen er dermed udført her i landet i alt otte gange med 3-4 års mellemrum.

Professor Candace Currie fra universitetet i Edinburgh blev i 1995 valgt som international koordinator af det internationale netværk af forskere. Den tidligere danske projektleder Bjørn E. Holstein og den nuværende danske projektleder Pernille Due har været medlem af den internationale styregruppe i en lang årrække. Siden 2006 har det danske studies viceprojektleder Mette Rasmussen siddet i den internationale styregruppe og siden 2009 har Pernille Due været international vice-koordinator.

Den internationale projektledelse sikrer koordineringen og organiseringen af undersøgelsen og sørger for, at den videnskabelige kvalitet er på højt internationalt niveau. Mere end 100 forskere arbejder mellem hver undersøgelsesrunde med at udvikle og planlægge næste rundes dataindsamling. Ledelsen godkender i detaljer hvert enkelt lands planer for udvælgelse af skoler og elever, for dataindsamling, spørgeskemaets udformning, kvaliteten af oversættelsen fra den engelske standardversion til over 30 sprog og kvaliteten af data. Lederen af den internationale databank, professor Oddrun Samdal fra universitetet i Bergen, sikrer opbygningen af et internationalt datasæt af høj kvalitet.

I hvert deltagerland skal forskerne udvælge et repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever og derefter i skoler gennemføre dataindsamlingen blandt ca. 4.500 elever på en internationalt standardiseret måde således, at data er sammenlignelige. I 2009/2010 deltog følgende 41 lande: Albanien, Armenien, Belgien (fransktalende del + Flandern), Canada, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Grønland, Holland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Makedonien, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, Rusland, Skotland, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz, Tjekkiet, Tyrkiet, Tyskland, Ukraine, Ungarn, USA, Wales og Østrig. Tabel 1.2.a beskriver indsamlingstidspunkt samt antal deltagende lande og elever i hver af de otte undersøgelsesrunder.

Undersøgelsen gennemføres frivilligt og anonymt og ingen af de elever, som udfylder det anvendte spørgeskema, kan efterfølgende identificeres. Kun forskergruppen bag undersøgelsen kender identiteten af de deltagende skoler. Hver skole modtager efter endt dataindsamling en skolerapport med skolens egne resultater sammenlignet med landsdata. Kun skolerne får skolerapporterne at se.

Det nationale samarbejde: Forskningsprojektet udføres i Danmark af Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Undersøgelsen har siden de tidligste undersøgelsesrunder været gennemført af den samme gruppe forskere, som dog tidligere har været tilknyttet Københavns Universitet. Der er tætte samarbejdsrelationer til andre forskergrupper i Danmark. Disse inkluderer Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Århus Universitet, Det Farmaceutiske Fakultet ved Københavns Universitet samt det internationale forskningsstudie The Hvidøre Study Group, der har som formål at forbedre behandlingen af diabetes hos børn. Ligeledes er der tætte samarbejdsrelationer med Århus Kommune og PsykiatriFonden. Derudover bruger mange fagpersoner data i det lokale, regionale og nationale sundhedsfremmende arbejde med børn og unge, og brugen af data til forskning, sundhedsplanlægning og almen oplysning har været stigende igennem årene.

Tabel 1.2.a HBSC-undersøgelsen 1983-2010

Survey	International dataindsamling, skoleår	Antal lande	Omtrentligt antal elever, internationalt	Dataindsamling i Danmark	Antal elever i Danmark
1	1983/1984	5	35.000	Dec 1984-jan 1985	679
2	1985/1986	13	55.000	Apr-maj 1988	1.671
3	1989/1990	16	70.000	Apr-maj 1991	1.860
4	1993/1994	25	102.000	Jan-marts 1994	4.046
5	1997/1998	29	123.000	Marts-maj 1998	5.205
6	2001/2002	35	163.000	Feb-april 2002	4.824
7	2005/2006	41	204.000	Feb-marts 2006	6.269
8	2009/2010	41	200.000	Jan-apr 2010	4.922

Vi har gennem årene generelt mødt stor velvilje fra skolernes side, og det har derfor været muligt at opnå en høj deltagelsesprocent. De fleste skoler er involveret i rigtig mange aktiviteter og bliver ofte kontaktet om deltagelse i forskellige projekter. Disse krav til skolerne synes at være steget betydeligt over de seneste år. Dette har vi kunnet mærke i den seneste dataindsamling, hvor andelen af inviterede skoler, der ønskede at medvirke, var betydeligt lavere end tidligere. Svarprocenten blandt eleverne i de deltagende skoler er meget høj, om end en smule lavere end tidligere. Tabel 1.2.b viser antal skoler og elever i de otte danske landsundersøgelser.

Tabel 1.2.b Antal skoler og elever i de otte danske landsundersøgelser

	1984/85	1988	1991	1994	1998	2002	2006	2010
Antal udvalgte skoler	10	25	23	50	64	78	100	137
Antal deltagende skoler	10	18	19	45	55	69	80	73
Svarprocent	90%	94%	91%	91%	91%	91%	89%	86%
Antal deltagende elever	679	1.671	1.860	4.046	5.205	4.824	6.269	4.922

Ved en række af de tidligere undersøgelsesrunder har vi foruden den landsrepræsentative undersøgelse gennemført delundersøgelser. Således har vi tidligere indsamlet data i Nordborg Kommune, Ballerup Kommune, Sønderjyllands Amt og Ribe Amt. Ved undersøgelsen i 2010 er der ikke gennemført sådanne delundersøgelser. Samlet har cirka 30.000 danske skoleelever gennem årene deltaget i undersøgelserne i Danmark. Denne rapport omhandler landsundersøgelsen 2010 og inddrager kun data fra tidligere landsrepræsentative undersøgelsesrunder for at belyse udvikling over tid.

1.3 Gennemførelse af undersøgelsen i Danmark 2010

Udvælgelse af skoler og elever: Vi henvendte os til et tilfældigt udsnit af landets skoler. I separate breve til skolebestyrelse, skoleleder og elevråd blev skolen inviteret til at deltage. Af 137 adspurgte skoler ønskede 73 at deltage. I hver af de 73 deltagende skoler besvarede alle elever på femte, syvende og niende klassetrin det anonyme spørgeskema i en klassetime, og deres skoleleder besvarede et spørgeskema om skolens lokalområde og faciliteter. Eleverne fik instruktion af (klasse)læreren og fik blandt andet at vide, at undersøgelsen er anonym, og at de derfor ikke måtte skrive navn eller fødselsdato på skemaet. De afleverede det udfyldte spørgeskema i en lukket konvolut til læreren, og skolen returnerede materialet til Statens Institut for Folkesundhed. Kun forskergruppen har haft adgang til at se de udfyldte spørgeskemaer.

Spørgeskemaet: Det er afgørende for undersøgelsens kvalitet, at eleverne kan og vil besvare spørgeskemaet ærligt. Vi har igennem årene gennemført et stort antal pilotundersøgelser for at sikre, at spørgeskemaet fungerer godt. Således har vi fx gennemført fokusgruppeinterviews med elever, personlige interviews med elever efter udfyldning af skemaet, og prøvebesvarelser af nye spørgsmål i udvalgte klasser. Disse mange pilotundersøgelser har givet stor tryghed mht. de indsamlede oplysningers kvalitet. Det giver også tryghed, at mange deltagere tilkendegiver deres interesse ved at skrive ekstra oplysninger eller anerkendende ord til os i spørgeskemaet. Næsten ingen elever saboterer spørgeskemaet med useriøse svar. Kun 48 ud af de næsten 5.000 indsamlede besvarelser måtte kasseres i undersøgelsen 2010, enten på grund af tydeligt useriøse besvarelser, på grund af manglende informationer om køn eller på grund af meget få svar i skemaet.

Det er en udfordring at sikre sammenlignelighed med de andre deltagerlande, og derfor er der en tæt kontrol med, hvordan landene oversætter det engelske standardspørgeskema til deres eget nationale sprog. Endnu en udfordring er at sikre sammenlignelighed bagud i tid: Hvis man skal redegøre for udviklingen i fx ryge- eller motionsvaner fra den første undersøgelse i 1984/1985 til den seneste i 2010, skal spørgsmålene til eleverne være stillet på samme måde. Over 25 spørgsmål har vi stillet på nøjagtig samme måde i alle otte undersøgelser, og et tilsvarende antal har været stillet på nøjagtig samme måde i tre, fire, fem eller seks af de otte undersøgelser.

I nogle tilfælde har vi måttet ændre spørgsmål, fordi formuleringen var for dårlig eller var blevet for gammeldags for nutidens børn og unge. Et eksempel er spørgsmålene om spisevaner, som desværre har været udsat for så mange ændringer i årenes løb, at vi kun kan angive udviklingstendenser (trends) for udviklingen i forbruget af frugt, grøntsager og sodavand.

Spørgeskemaet har tre dele: 1) kernespørgsmål, som anvendes i alle deltagerlande i hver undersøgelse, 2) fokusspørgsmål, som anvendes i alle eller nogle lande, men som varierer fra den ene undersøgelsesrunde til den anden, og 3) nationale spørgsmål. Tabel 1.3.a beskriver fokusspørgsmål og nationale temaer i de otte danske undersøgelser.

Tabel 1.3.a Spørgeskemaets indhold i de otte danske undersøgelser

År	Årets fokusspørgsmål	Årets danske nationale spørgsmål
1984	Rygning; holdning til rygning	Socialt netværk
1988	Motionsvaner	Socialt netværk
1991	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: socialt netværk	Kontakt med sundhedsplejersken
1994	Skolens arbejdsmiljø; skader	Kontakt med sundhedsplejersken
1998	Skolens arbejdsmiljø; social ulighed; højde, vægt og kropsform; rygning og rygepolitik	Kontakt med sundhedsplejersken; handlekompetence
2002	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: social ulighed; social kapital; skolens arbejdsmiljø; familiekultur; astmasymptomer	Handlekompetence; rygepolitik; brug af lægemidler; etnicitet
2006	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: skolemiljø; motiver til fysisk aktivitet; brug af lægemidler; social kapital; etnicitet	Tilknytning til skolen; fremmedgørelse; forbrug af frugt og grønt i hjemmet; måltidsvaner; ryge- og motionsvaner hos forældre og venner; binge drinking; deltagelse i skolens idrætstimer; brug af sikkerhedssele
2010	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: brug af lægemidler; aktiv transport; etnicitet; motiver til at drikke alkohol	Mad- og måltidsvaner hjemme og i skolen; adgang til og indtag af fastfood; søvn; alkohol; postnummer; etnisk tilhørsforhold; fremmedgørelse; oplevelse af lokalsamfund

1.4 Undersøgelsens teoretiske baggrund

Der er gennem tiderne fremsat mange teorier om udvikling af sundhedsadfærd blandt unge mennesker, men ingen enkelt teori giver en entydig og fuldstændig forklaring. Vi har derfor valgt at lade os inspirere af flere teoretiske retninger i arbejdet med denne undersøgelse.

Nogle af teorierne har deres baggrund i psykologien. Et eksempel er 'The Health Belief Model', hvis grundlæggende antagelse er, at vores sundhedsadfærd afspejler vores overbevisninger. Ifølge denne teori lader man fx være med at ryge, fordi man er overbevist

om, at man selv har stor risiko for at blive syg af rygning. Et andet eksempel er 'The Theory of Planned Behaviour', som bygger på den antagelse, at vanerne styres af vore intentioner, dvs. at vi træffer bevidste valg i relation til vores sundhed. Teorien handler desuden om, hvor intentionerne kommer fra, og antagelsen er, at der er tre kilder til vores intentioner om at ændre sundhedsadfærd, fx dyrke motion: 1) en positiv holdning til motion, 2) et oplevet normpres, dvs. at vores omgivelser forventer af os, at vi dyrker motion, og 3) en oplevelse af én selv som et menneske med stor selvkontrol. Et tredje eksempel er stressteori, som fremhæver betydningen af passende krav og udfordringer, passende kontrol over egen tilværelse, og god social støtte fra venner, forældre, lærere og andre. Med inspiration i sådanne teorier har vi i årenes løb ofte stillet eleverne spørgsmål om fx holdninger og normer mht. sundhedsadfærd, samt oplevelse af skolens arbejdsmiljø, især stress, krav, oplevet kontrol og social støtte.

Andre af teorierne har deres baggrund i socialpsykologien og handler om samspillet mellem mennesker. Et eksempel er 'The Social Cognitive Theory', en socialiseringsteori som lægger vægt på, at omgivelserne er rollemodeller for vores adfærd, også sundhedsadfærd. Teorien lægger også vægt på de erfaringer, vi hver især har med at opstille mål og nå dem. Den bagvedliggende antagelse er, at mennesker, der har held med at formulere sådanne mål og nå dem, udvikler en tro på sig selv, en *self-efficacy*, som kan være en vigtig forudsætning for at vælge en sund adfærd.

Teorierne om *empowerment* fremhæver kontrol over tilværelsen som grundlag for sunde handlinger. En sådan kontrol, og oplevelsen af at have kontrol, kan både forekomme hos individer og i kollektiver. I Danmark benyttes fx begrebet handlekompetence som udtryk for en sådan oplevelse af kontrol kombineret med en vision om – og erfaring med – at ændre sin omverden, en tro på sig selv som kompetent med hensyn til både sociale relationer og selvstændige handlinger. Disse teorier har givet inspiration til andre dele af spørgeskemaet, fx spørgsmål om forældres og venners sundhedsadfærd samt handlekompetence.

Atter andre teorier har deres baggrund i sociologien. Man benytter nogle gange betegnelsen 'The Social Production of Health Behaviour' om denne tankegang, som præciserer betydningen af sociale strukturer og sociale relationer. Samfundet ses som en social struktur, som fordeler muligheder uens blandt borgerne, og disse muligheder har indflydelse på vores sundhed og sundhedsadfærd. De sociale relationer, vi er en del af, har ligeledes indflydelse på mange måder, fx ved at virke som rollemodeller eller ved at øge eller begrænse vores muligheder for sundhedsfremmende adfærd. De sociologiske teorier har givet inspiration til at stille eleverne mange spørgsmål om deres daglige levekår fx familiestruktur, sociale relationer, forældrenes erhverv, familiens materielle velstand og forhold i lokalsamfundet.

Den danske gruppes anvendelse af teorier har varieret efter det interesseområde, som har været fokus for de enkelte analyser, men projektets teoretiske basis er bred, og senest har projektet arbejdet med inspiration fra fx 'The Theory of Triadic Influence', der dels omfatter de socialpsykologiske perspektiver nævnt ovenfor og dels inddrager omgivelsernes betydning for adfærd.

Denne varierende brug af teori ses ligeledes i det internationale netværk af forskere og den internationale forskningsprotokol inkluderer således en række teoretiske tilgange, alt afhængigt af forskningstema.

De beskrevne teorier har alle givet inspiration til Skolebørnsundersøgelsen. De analyser, vi gennemfører i det danske team, bygger i almindelighed på den antagelse, at de unges sundhedsadfærd skabes i et dynamisk samspil mellem eleverne og de arenaer, som er centrale i de unges liv:

- 1) Familien, hvor vi især analyserer om familietype og social støtte fra familien har indflydelse på de unges helbred og sundhedsadfærd (Jørgensen et al., 2011).
- 2) Kammeratgruppen, hvor vi bl.a. har analyseret betydningen af samvær med venner og social støtte fra venner og gensidig påvirkning af sundhedsadfærd blandt de unge (Rasmussen et al., 2004).
- 3) Skolen, hvor vi bl.a. har analyseret betydningen af skoletrivsel, skolens rygepolitik og mobning i skolen som baggrund for helbred og sundhedsadfærd, og hvor der har været fokus på skolesundhedsplejens funktion. Desuden studerer vi de ofte betydelige forskelle i helbred og sundhedsadfærd mellem skoler (Rasmussen, 2004; Due et al., 2005; Schnohr, 2009, Borup & Holstein, 2006).
- 4) Lokalsamfundet, hvor vi fx har analyseret betydningen af de fysiske tilbud i lokalsamfundet (fx tilgængelighed af fast food-restauranter, supermarkeder og sports-faciliteter) (Svastisalee, 2010).
- 5) Samfundet med fokus på betydningen af socioøkonomisk og etnisk baggrund og betydningen af makroøkonomiske forhold i nationen. Desuden studerer vi de ofte betydelige forskelle i helbred og sundhedsadfærd mellem deltagerlandene (Levin et al., 2011; Holstein et al., 2009; Due et al., 2009; Haug et al., 2009).

1.5 Skolebørnsundersøgelsen som del af et internationalt forskningsprojekt

Det er meget kompliceret at gennemføre et fælles forskningsprojekt i en gruppe på nu mere end 100 forskere fra mere end 40 lande; forskere med vidt forskellig uddannelse, erfaring og interesse, men alle med et engagement og en interesse i at få indflydelse på undersøgelsens indhold og metoder. Det tager typisk fire år at planlægge og gennemføre hver ny runde af undersøgelsen fra de første teoretiske overvejelser via de mange pilotundersøgelser til det endelige datasæt foreligger, og mange debatter og forskelle i fagligt perspektiv skal klares undervejs. På trods af disse ofte komplicerede og begrænsende omstændigheder har vi alligevel valgt at være del af dette store internationale forskningssamarbejde. Og det er der flere grunde til. De vigtigste fire er:

- 1) Det åbner vores øjne at arbejde i et internationalt netværk. Det, som er naturligt og selvfølgelig for os, kan være helt anderledes i andre lande. Vi tænker fx ikke meget over begrebet 'en klasse' herhjemme, det er så naturligt, at skolens elever er organiseret i faste klasser, der følges ad igennem mange års skolegang. Men det kan være anderledes. Fx indgår der skoler fra andre lande uden faste klasser, men med varierende elevgrupper afhængigt af elevernes valg af fag, og skiftende fra år til år. Et andet eksempel er, hvor

forskellige vilkår børn og unge mennesker har: Børn og unge fra de fattige lande i øst, børn og unge i et krigspræget Israel, børn og unge i bygderne i Grønland, børn og unge i amerikanske storbyers slumkvarterer. Variationerne er store og lærerige.

2) Det er en erstatning for forsøg, som det vil være uetisk at gennemføre. Men da landene tilrettelægger deres undervisningssystem og sundhedssystem og forebyggende indsatser meget forskelligt, så giver denne variation en mulighed for at studere effekten af sådanne forskelle. Et eksempel er studiet af rygepolitik: I mange lande ville man fx anse det for uetisk at gennemføre forsøg med at tillade elever at ryge i skolen. Men indtil for relativt få år siden var det tilladt de ældste elever at ryge i mange danske skoler. Kolleger i andre lande kunne således betragte Danmark som det laboratorium, hvor man kunne studere effekten af en slap rygepolitik (Poulsen, 2005).

3) Det giver en mulighed, som man sjældent har inden for grundforskning: at man kan kontrollere, om et givet fund i én kultur kan genfindes under andre kulturelle betingelser. Vi har fx set, at børn der mobbes meget, har mange flere symptomer end børn, der ikke mobbes. Dette mønster kunne genfindes for hvert og et af 12 helt forskellige symptomer og i hvert og et af de 28 lande, der deltog i undersøgelsen i 1997/1998 fra Grønland i nord til Israel i syd og fra USA i vest til Rusland i øst. I sandhed en bekræftelse af hypotesen om, at mobning er skadeligt for børn og unges helbred (Due et al., 2005).

4) Det giver en unik, løbende og gensidig uddannelse af unge forskere og videreuddannelse af mere erfarne forskere. Forskerne i netværket har vidt forskellig baggrund, fx som læger, tandlæger, folkesundhedskandidater, pædagoger, geografer, biologer, psykologer, sociologer og statistikere. Forskergruppen rummer en række personer, som hver for sig er eksperter på deres felt. Det langvarige og intense forskningssamarbejde har medført en løbende uddannelse af os alle sammen.

2 Sociale og demografiske faktorer

Sociale og demografiske klassifikationer spiller en vigtig rolle i folkesundhedsvidenskab. Inddeling efter bestemte kriterier er med til at afdække forskelle mellem grupper af mennesker med hensyn til helbred og sundhedsadfærd, ligesom grupper med særlige problemer kan blive synlige. Det er imidlertid værd at bemærke, at de forskelle, vi kan observere, afhænger af de kriterier, vi inddeler efter. Det er ligeledes værd at bemærke, at de kendetegn, vi har inddelt efter, sjældent er de direkte *årsager* til de forskelle, vi ser mellem grupperne. De egentlige årsager vil for det meste være mangeartede og komplekse, men hænge sammen med de kriterier, vi har inddelt efter. Fx vil det vil næsten altid være relevant at studere forskelle opdelt efter de traditionelle demografiske klassifikationer, køn og alder, og dette gælder ikke mindst i barne- og ungdomsårene. Nogle af de helbreds- og adfærdsmæssige sammenhænge vi ser med køn og alder i barne- og ungdomsårene, skyldes til dels de biologiske og fysiologiske ændringer, der sker i disse år, men de skyldes måske i langt højere grad de sociale omgivelser – relationer, roller og krav – der er knyttet til disse køns- og alderskategorier.

Et vigtigt formål med disse klassifikationer er således i første omgang at påpege, hvorvidt og hvor der er forskelle, uligheder og urimeligheder mellem grupper. Udfordringen består da i anden omgang i at afdække, hvad disse forskelle skyldes.

I Skolebørnsundersøgelsen anvender vi ud over køn og alder klassifikationer som familief orm, migrationsstatus og familiesocialgruppe.

2.1 Køn og klassetrin

Der deltog i alt 2.464 drenge og 2.458 piger i Skolebørnsundersøgelsen i 2010. I denne rapport benytter vi køn og klassetrin som gennemgående hovedopdeling af resultaterne. Vi ser ofte forskelle i forekomsten af de forskellige mål for helbred og adfærd mellem drenge og piger, ligesom vi ser forskelle i sammenhæng med alder.

Vi anvender klassetrin frem for rene aldersgrupper, fordi klassetrinet, udover at repræsentere en ensartet aldersgruppe, samtidig er udtryk for en række fælles vilkår i børnenes dagligdag i skole- og fritidssammenhæng. Fordelingen på de tre klassetrin, femte, syvende og niende klasse, fremgår af tabel 2.a, og denne inddeling svarer til aldersgrupperne 11, 13, og 15 år. Gennemsnitsalderen for deltagerne er 11,8 år for femte klasse, 13,8 år for syvende klasse og 15,8 år for niende klasse.

2.2 Familief orm

På baggrund af en række spørgsmål om, hvem eleverne bor sammen med, har vi klassificeret dem i tre grupper efter familief orm: traditionel familie (med far og mor), eneforsørger-familie (med en forælder) og sammenbragt familie (med én forælder og én sted-forælder). I fordelingen efter familief orm i tabel 2.a er udeladt 298 deltagere, som ikke har kunnet klassificeres på grund af manglende svar.

Tabel 2.a Eleverne fordelt efter køn, alder, familieform, migrationsstatus og familiesocialgruppe. Procent, n=4.922

Køn	Drenge	50%
	Piger	50%
Klassetrin	Femte klasse (11-årige)	37%
	Syvende klasse (13-årige)	34%
	Niende klasse (15-årige)	29%
Familieform*	Traditionel familieform	69%
	Eneforsørger-familie	19%
	Sammenbragt familie	10%
	Andet (fx plejefamilie, institution)	2%
Migrationsstatus	Dansk baggrund	86%
	2. generationsindvandrere	9%
	1. generationsindvandrere	5%
Familiesocialgruppe [§]	Socialgruppe I	7%
	Socialgruppe II	32%
	Socialgruppe III	15%
	Socialgruppe IV	27%
	Socialgruppe V	14%
	Socialgruppe VI (økonomisk inaktive)	5%

* Baseret på i alt 4.624 besvarelser

§ Baseret på i alt 4.171 besvarelser

2.3 Migrationsstatus

På baggrund af spørgsmål om elevernes og forældrenes fødeland kan vi klassificere eleverne i tre grupper: danske (eleven og en eller begge forældre er født i Danmark), andengenerationsindvandrere (eleven er født i Danmark af forældre født i udlandet) og førstegenerationsindvandrere (eleven og forældrene er født i udlandet). Fordelingen fremgår af tabel 2.a. Første- og andengenerationsindvandrere udgør 625 elever og repræsenterer mere end 50 lande. Der er således ikke tale om, at inddelingen er udtryk for ensartede grupper i etnisk eller kulturel forstand. Selve det, at en familie har baggrund i et andet land og er indvandret til Danmark, kan dog være en stressbelastning i sig selv og derfor relevant i helbredsammenhæng. Sammenhængen mellem migrationsstatus og helbred, sundhedsadfærd og trivsel er tidligere publiceret i en særskilt rapport baseret på Skolebørnsundersøgelsen 2006 (Nordahl Jensen & Holstein, 2010).

2.4 Familiesocialgruppe

Det er velkendt inden for folkesundhedsvidenskab, at der er sociale uligheder i helbred og sundhedsadfærd. Derfor er det relevant at kunne opdele skolebørnene efter kriterier, som er udtryk for familiens sociale og økonomiske position, dvs. kriterier, som afspejler familiens

materielle, økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer, position på arbejdsmarkedet samt indflydelse på egne vilkår. Hyppigt anvendte metoder ved spørgeskemaundersøgelser blandt voksne er at klassificere efter indkomst, uddannelse og erhvervsstilling.

Ved spørgeskemaundersøgelser blandt børn er det ganske vanskeligt at opnå pålidelige oplysninger om forældrenes økonomiske forhold og uddannelsesniveau. Vi har imidlertid gode erfaringer med at indhente oplysninger om forældrenes stilling ved hjælp af spørgsmål, som er udformet til formålet. Efterfølgende omhyggelig klassifikation ud fra nøje specificerede stillingskataloger har vist sig at give en pålidelig socialgruppetildeling. Valideringsundersøgelser, hvor vi har spurgt både forældre og elever om forældrenes erhverv og kodet disse uafhængigt af hinanden, viser god overensstemmelse mellem den socialgruppetildeling, der baseres på elevernes, og den, der baseres på forældrenes svar (Krølner, 2004).

Selv med disse omhyggelige metoder vil der dog stadig være en vis andel af elevbesvarelserne, hvor vi må opgive at fastlægge en klar socialgruppe pga. upræcise jobbeskrivelser. I Skolebørnsundersøgelsen 2010 udgør denne gruppe af ikke-klassificerbare elever 15% (751 elever), og de indgår ikke i beregning af procenttallene i tabel 2.a.

Forældrenes erhvervsstilling kodes efter kriterier, der i store træk svarer til Socialforskningsinstituttets klassiske inddeling i fem socialgrupper fra I (højst) til V (lavest). Desuden tilføjer vi en gruppe VI, 'økonomisk inaktive', for forældre, der lever af overførselsindkomster, fx social pension eller kontanthjælp. Eleverne inddeles efter familiesocialgruppe, som defineres ved den højest placerede forælders socialgruppe. Hvis fx en kvindelig skolelærer (socialgruppe II) er gift med en mandlig lastbilchauffør (socialgruppe V), tilhører eleven familiesocialgruppe II. Elevernes fordeling efter familiesocialgruppe fremgår af tabel 2.a.

3 Helbred og trivsel

3.1 Helbred og trivsel blandt børn og unge

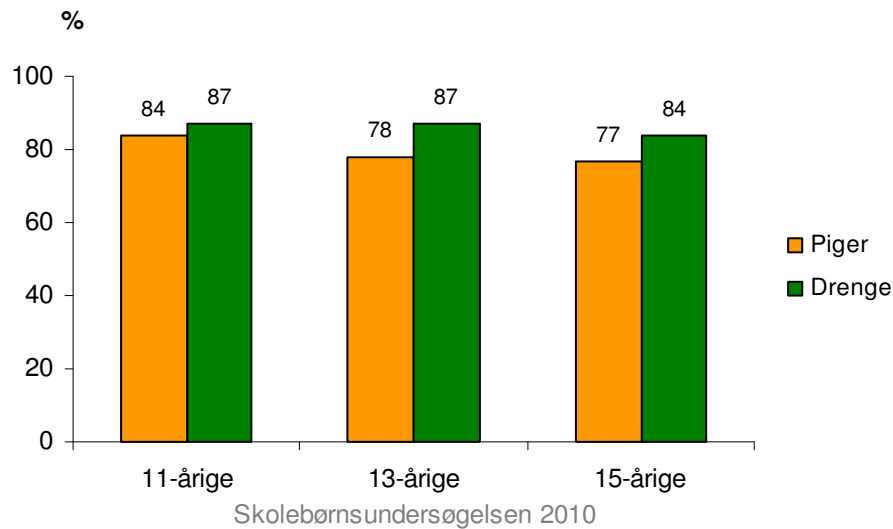
De fleste skoleelever har et godt helbred i medicinsk forstand, og der er få børn og unge, som rammes af alvorlig sygdom. Alligevel har mange børn problemer relateret til helbred og trivsel, som ligger udenfor rent lægelige diagnoser, og som det er vigtigt at få afdækket. Der er mange måder at måle helbred og trivsel på. I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi eleverne om deres generelle *vurdering af deres eget helbred*. Desuden spørger vi til en række *symptomer* på fysisk og psykisk ubehag. Vi har også bedt eleverne rapportere, hvor meget de er *kommet til skade*, så det har krævet behandling. *Overvægt* og *kropsopfattelse* spiller en vigtig rolle for børns helbred og trivsel, og vi har stillet spørgsmål til bl.a. højde og vægt for at belyse disse forhold. Til belysning af aspekter af trivsel har vi endvidere stillet spørgsmål om elevernes *tilfredshed med livet* og *tilfredshed med skolen*.

3.2 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred har vist sig at være en god indikator for det generelle velbefindende hos voksne og ikke mindst at være god til at forudsige risikoen for at blive syg. Uanset objektivt helbred har voksne med dårligt selvvurderet helbred en større risiko for fx at få hjertesygdom og for at dø for tidligt. Samtidig er helbred noget som opfattes meget forskelligt fra person til person. Blandt voksne ved man, at en del mennesker med langvarige og kroniske sygdomme selv vurderer, at de har et godt helbred, mens andre uden erkendte sygdomme mener, at de har et dårligt helbred. Det er lidt mere uvist, hvorvidt disse sammenhænge gælder blandt unge.

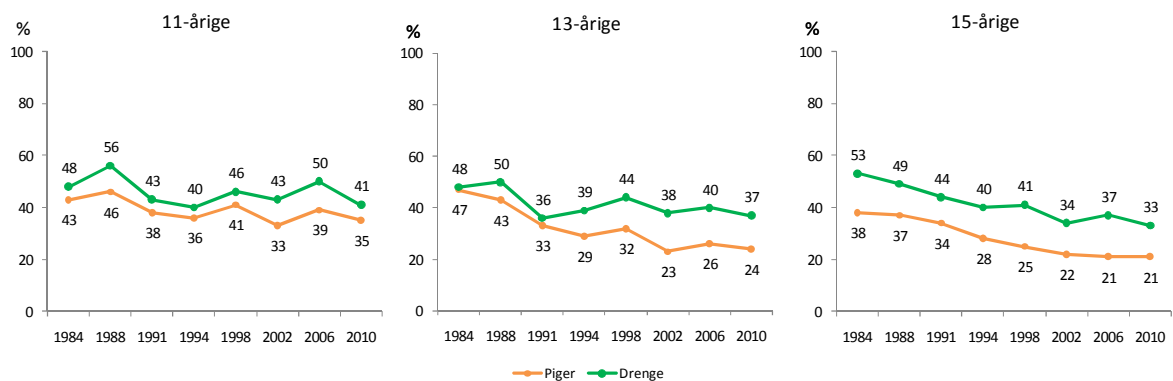
Selvvurderet helbred baseres på et enkelt spørgsmål i spørgeskemaet, 'Synes du selv dit helbred er ... virkelig godt / godt / nogenlunde / dårligt?'.

Af figur 3.2.a ses det, at langt de fleste elever synes, at de har et godt eller meget godt helbred. På hvert klassetrin er der lidt flere drenge end piger, som synes, de har et godt eller meget godt helbred. Ligeledes er der lidt flere piger i femte klasse sammenlignet med niende klasse, som synes, at de har et godt eller meget godt helbred. Alt i alt er der 32% af eleverne, som svarer, at de har et meget godt helbred, 51% svarer, at de har et godt helbred, 16% svarer nogenlunde, mens 2% svarer, at de har et dårligt helbred.



Figur 3.2.a Procent med meget godt eller godt selv vurderet helbred

Spørgsmålet om selv vurderet helbred har været stillet på helt samme måde i 1984 og i de seneste tre undersøgelser fra 2002, 2006 og 2010. I undersøgelserne fra 1988, 1991, 1994 og 1998 var spørgsmålet det samme, men med kun tre svarkategorier (den fjerde kategori 'dårligt' var udeladt). Som det fremgår af figur 3.2.b, ser vi blandt de ældste elever i niende klasse et fald i andelen med meget godt helbred, både når 1984-undersøgelsen sammenholdes med de seneste tre dataindsamlinger, og når perioden fra 1988 til 1998 betragtes. Den lille ændring i antallet af svarkategorier kan derfor næppe være den eneste grund til det observerede fald. Blandt de 13-årige piger og drenge ses ligeledes et fald over perioden fra 1984 til 2010, omend udviklingen her er knap så ensartet. Både i syvende og niende klasse finder vi, at andelen af piger med meget godt selvrapporateret helbred er næsten halveret. Således viser data fra 2010, at kun hver fjerde 13-årige pige og hver femte 15-årige pige anser deres helbred som værende meget godt. I femte klasse har udviklingen blandt både piger og drenge været svingende. Fra 2002 til 2006 så vi blandt både drenge og piger i denne aldersgruppe positive tendenser med en stigende andel med meget godt selv vurderet helbred. De seneste tal fra 2010 viser desværre, at denne udvikling ikke er fortsat, idet vi fra 2006 til 2010 blandt både drenge og piger ser et fald i andelen med meget godt helbred.

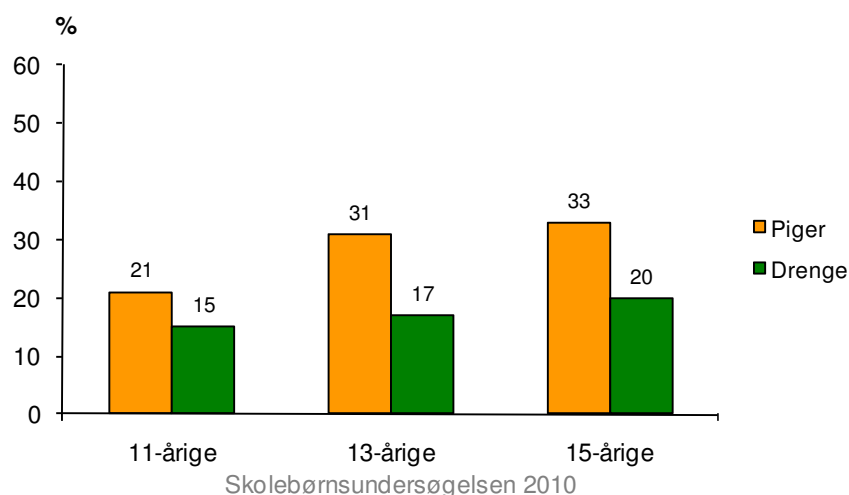


Figur 3.2.b Procent med meget godt selv vurderet helbred, 1984-2010

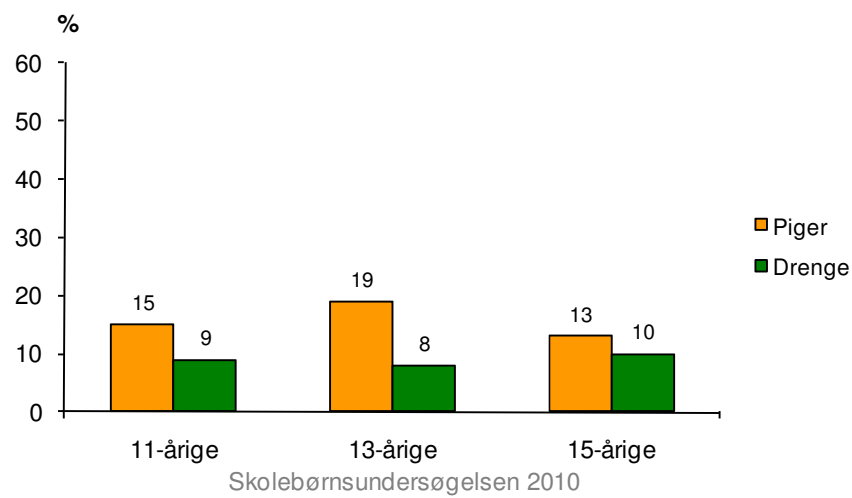
3.3 Symptomer

I Skolebørnsundersøgelsen måles symptomer med den såkaldte *HBSC Symptom Check List*. Den koncentrerer sig om symptomer, som er almindelige i disse aldersgrupper og baseres på spørgsmålet 'Tænk på de sidste 6 måneder: Hvor ofte har du ... haft hovedpine / haft mavepine / haft ondt i ryggen / været ked af det / været irriteret eller i dårligt humør / været nervøs / haft svært ved at falde i søvn / været svimmel?', og besvares ud fra svarkategorierne: næsten hver dag / mere end en gang om ugen / næsten hver uge / næsten hver måned / sjældent eller aldrig. Svarene giver således mulighed for at identificere grupper af elever med stor symptombelastning – fx mindst et symptom dagligt eller mindst fem symptomer ugentligt.

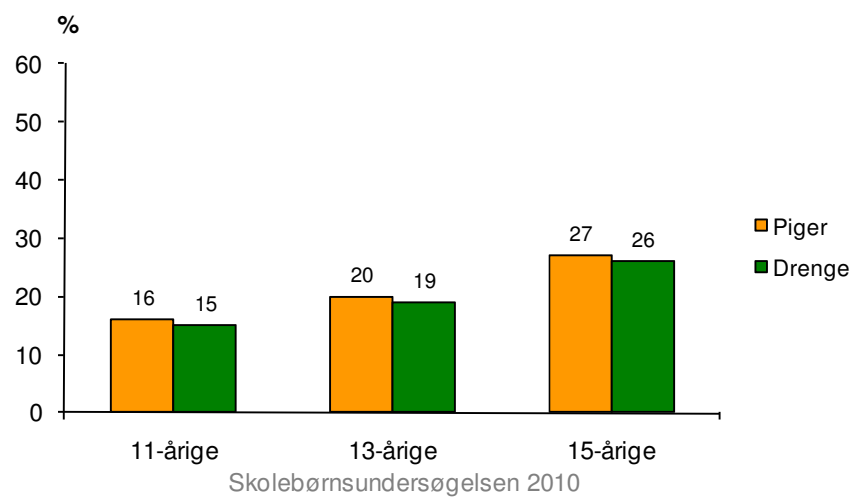
En betragtelig andel af eleverne oplever at have symptomer. Således har henholdsvis 23%, 12% og 20% haft hovedpine, mavepine og ondt i ryggen mindst en gang om ugen. Der er 19%, som har været deprimerede mindst en gang om ugen, 32% har været irriteret eller i dårligt humør, 22% været nervøse, 38% haft svært ved at falde i søvn, og 13% været svimle ligeledes mindst en gang om ugen. Der er meget store forskelle i symptombelastning mellem piger og drenge. Der er stort set lige mange piger og drenge, som har haft ondt i ryggen, men for de syv andre symptomer er der flere piger end drenge, som rapporterer dem. Særligt oplever pigerne i langt større grad end drengene at være ked af det og at plages af hovedpine, se figur 3.3.a til figur 3.3.h.



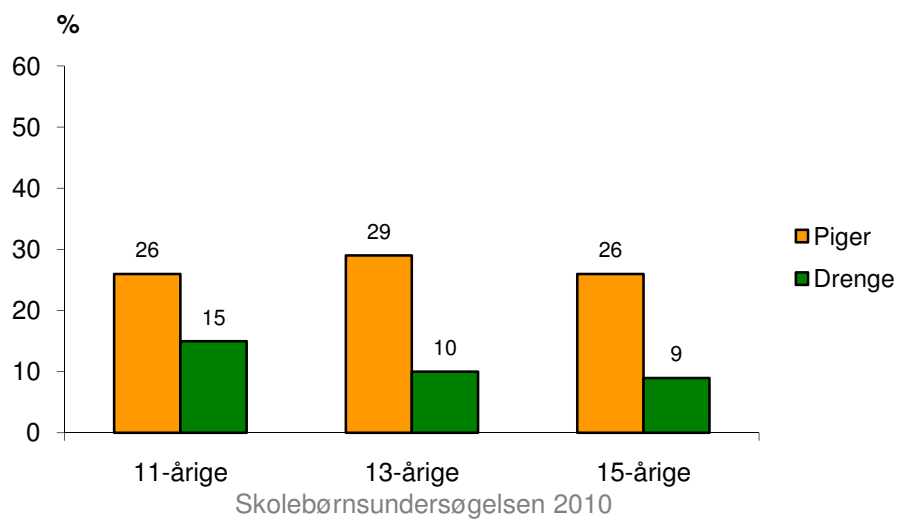
Figur 3.3.a Procent med hovedpine mindst ugentligt



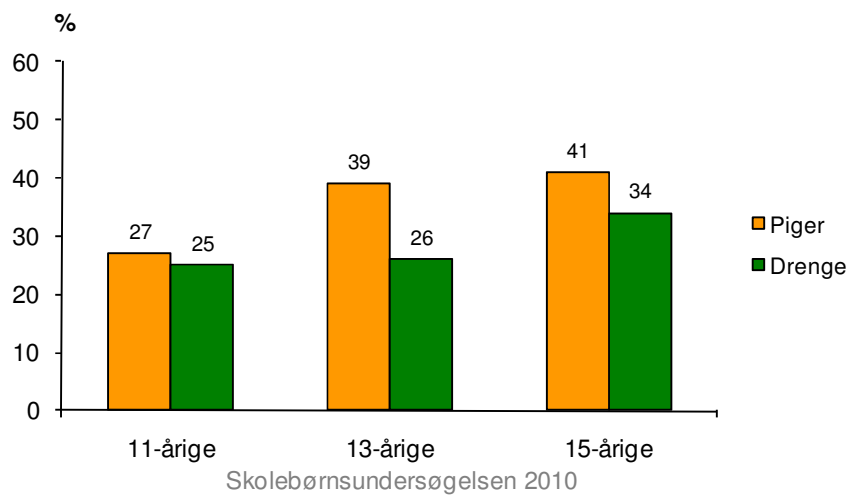
Figur 3.3.b Procent med mavepine mindst ugentligt



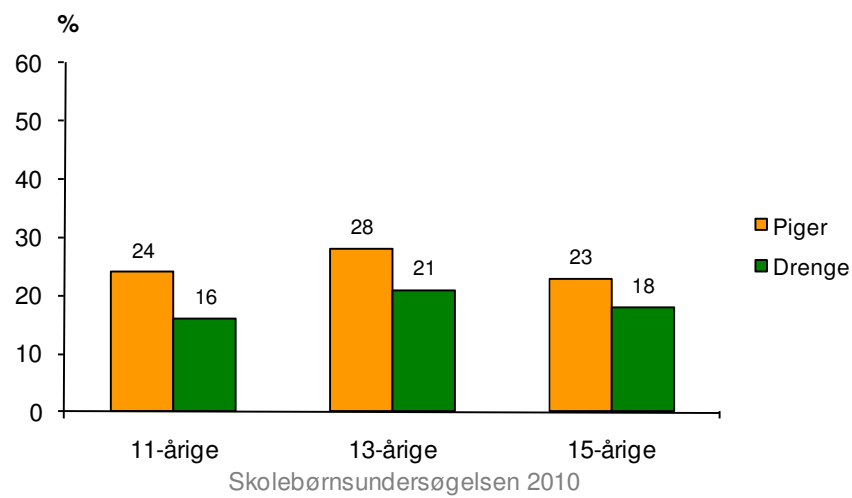
Figur 3.3.c Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt



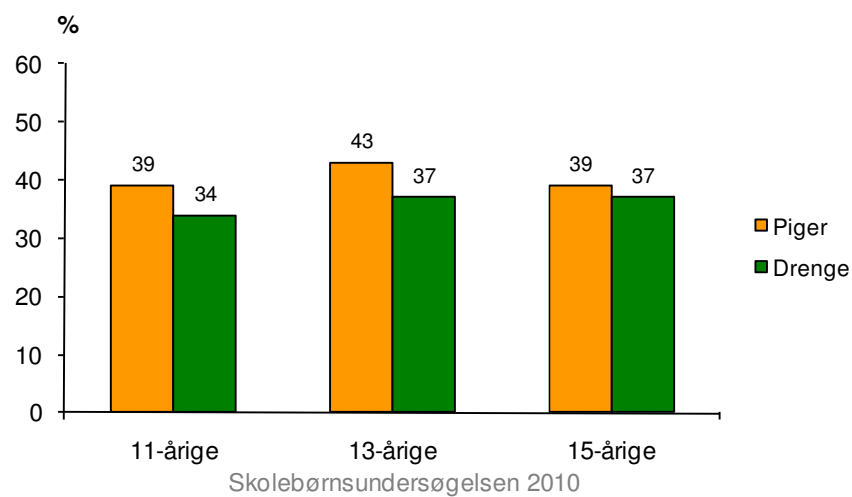
Figur 3.3.d Procent, som er ked af det mindst ugentligt



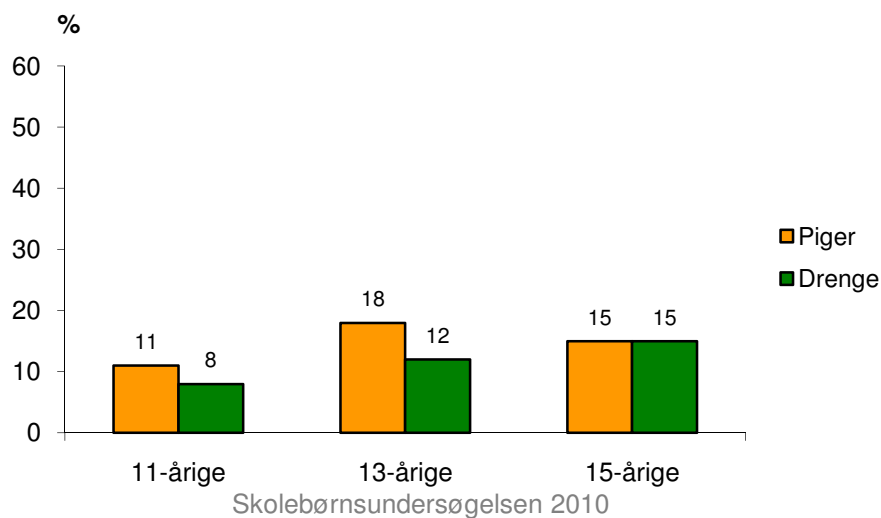
Figur 3.3.e Procent, som er irritabel mindst ugentligt



Figur 3.3.f Procent, som er nervøs mindst ugentligt

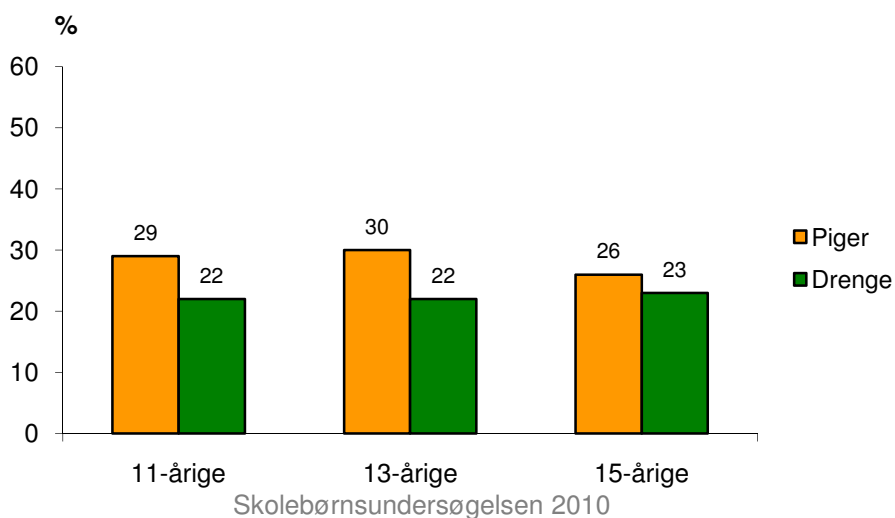


Figur 3.3.g Procent, som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt



Figur 3.3.h Procent, som er svimmel mindst ugentligt

Det er ikke forekomsten af de enkelte symptomer, der isoleret set giver anledning til stor bekymring. Men ser vi på de elever, som har en høj symptombelastning – enten i kraft af meget hyppige symptomer eller kombinationen af mange symptomer samtidig – finder vi en gruppe unge, som er i risiko for at plages af konsekvenser af høj symptombelastning. Problemerne kan vise sig i forbindelse med indlæring i skolen, i børnenes sociale funktioner og i deres trivsel generelt. Derfor interesserer vi os for den gruppe, som har ophobet mange hyppige symptomer. Der er 17% af eleverne, som har et af disse symptomer dagligt, og 8% har to eller flere af disse symptomer dagligt. Denne gruppe på i alt 25% betragter vi som særligt belastet. Figur 3.3.i viser, at andelen af elever med daglige symptomer generelt er højere blandt piger end drenge, og at andelen både blandt piger og drenge er omtrentlig ens i de tre aldersgrupper. Andelen af elever med daglige symptomer varierer mellem 26 og 30% blandt pigerne og mellem 22 og 23% blandt drengene.

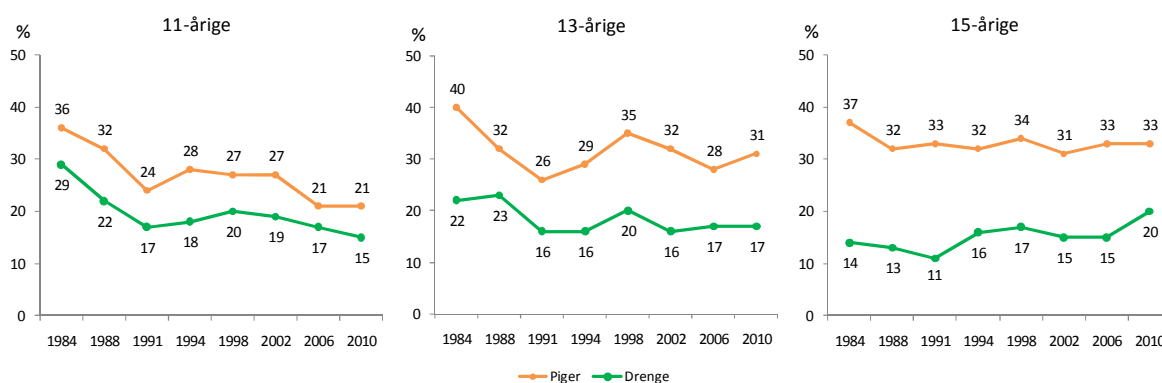


Figur 3.3.i Procent med symptomer dagligt

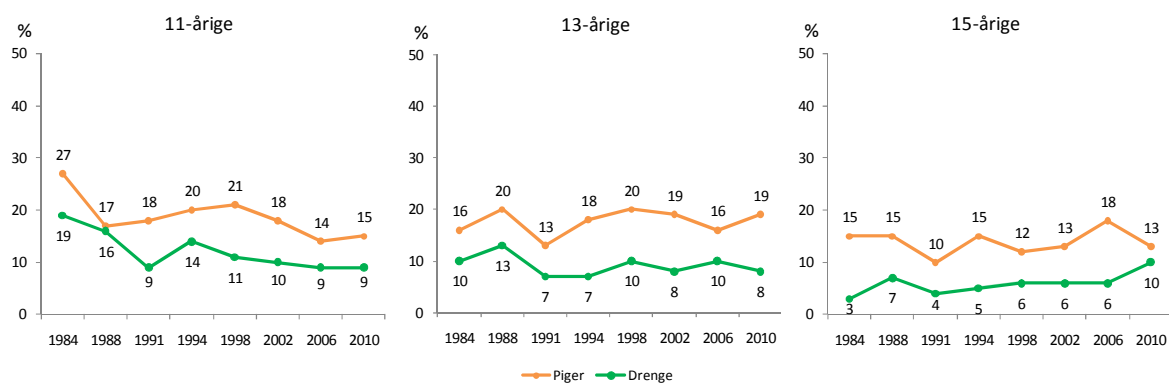
Siden den første Skolebørnsundersøgelse i 1984 har vi stillet spørgsmålet om symptomer på nøjagtig samme måde. Figur 3.3.j til figur 3.3.q viser trenden med hensyn til symptomer. Figurerne viser, hvor mange procent af piger og drenge på de tre klassetrin, som har rapporteret hvert af de otte symptomer mindst ugentligt i hver af de otte undersøgelser.

Samlet set er der ikke tale om nogen generel tendens. I nogle aldersgrupper går forekomsten lidt op, i andre går den lidt ned, og for nogle af symptomerne svinger det lidt op og ned. For en række symptomer kan man dog konkludere, at symptombelastningen har været forholdsvis stabil i den nævnte 22-årige periode. Der er dog enkelte undtagelser. Andelen af elever, som mindst ugentligt oplever at være ked af det, synes at være faldende over de seneste undersøgelser, og data fra 2010 afviger ikke fra denne tendens. Samme mønster ses for andelen af elever, som mindst ugentligt oplever at være irriteret – om end der er afvigelser inden for enkelte aldersgrupper. Modsat er andelen af elever, som rapporterer, at de mindst ugentligt har svært ved at falde i søvn steget blandt de 13- og 15-årige elever over de seneste tre undersøgelser frem til 2010.

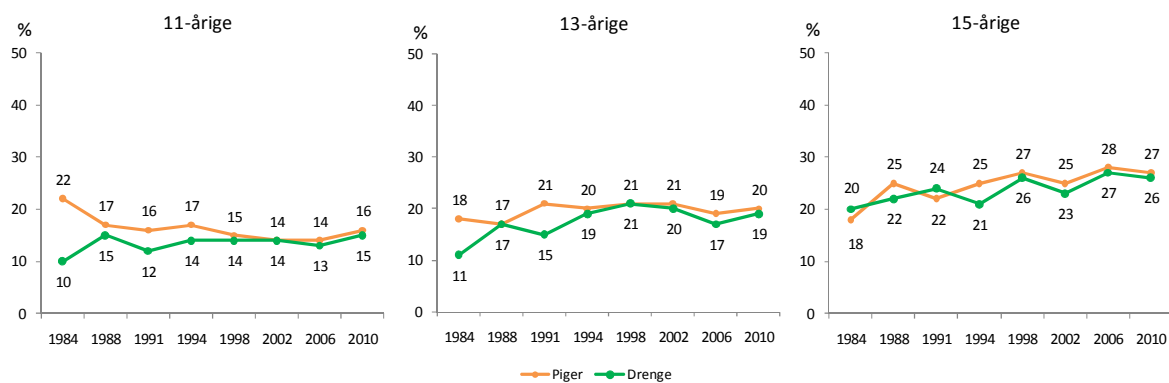
Endelig viser figur 3.3.r andelen af elever med mindst et symptom dagligt i 1991, 1994, 1998, 2002, 2006 og 2010. Med undtagelse af de yngste drenge viser figuren en generel tendens til stigende symptombelastning over den fulde periode. I den seneste periode fra 2006 til 2010 synes denne negative tendens at fortsætte, dog med undtagelse af de yngste drenge, hvor andelen er stagnerende, og de ældste piger, hvor andelen er faldende. Særligt ses en negativ udvikling blandt de 15-årige drenge, hvor andelen af elever med mindst et symptom dagligt er steget fra 17% i 2006 til 23% i 2010.



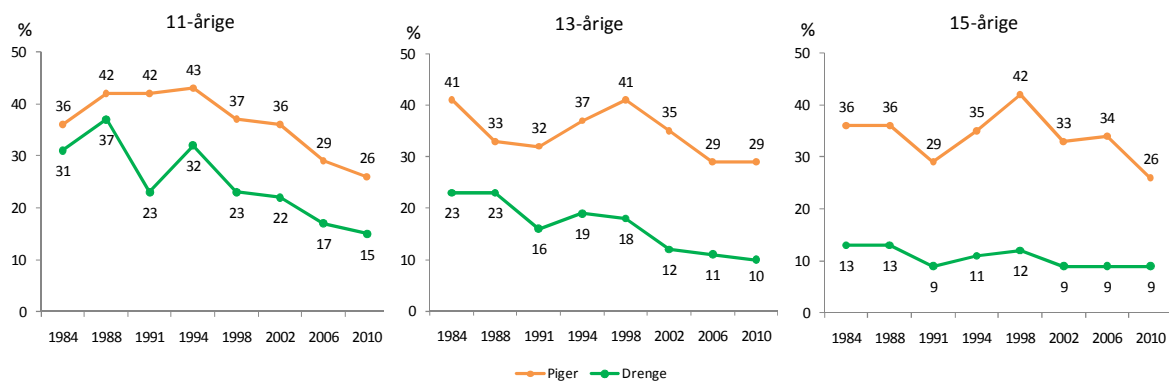
Figur 3.3.j Procent med hovedpine mindst ugentligt, 1984-2010



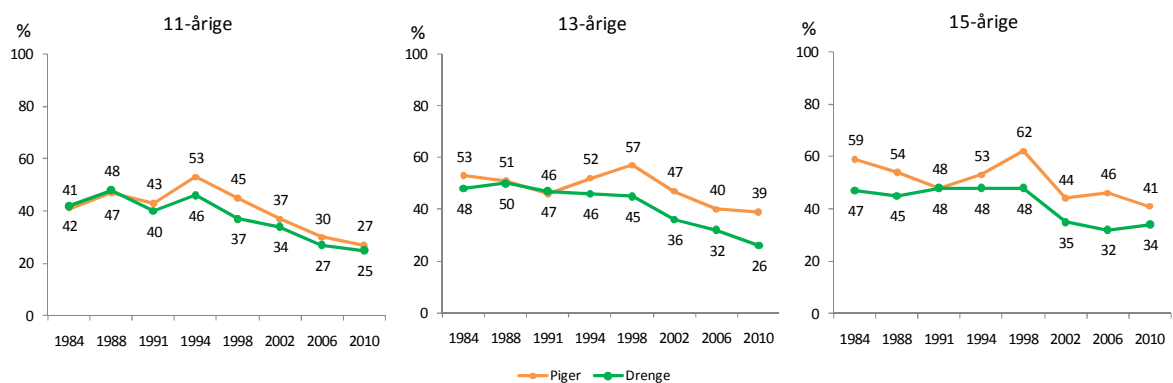
Figur 3.3.k Procent med mavepine mindst ugentligt, 1984-2010



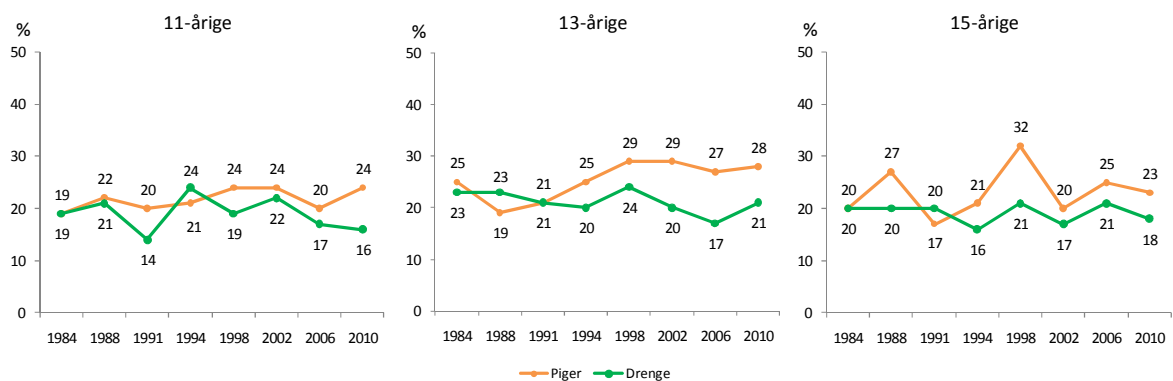
Figur 3.3.l Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt, 1984-2010



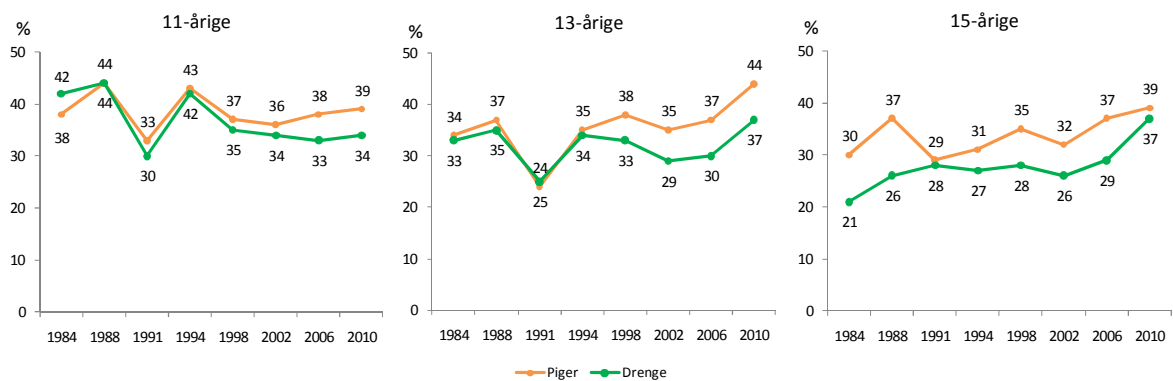
Figur 3.3.m Procent, som er ked af det mindst ugentligt, 1984-2010



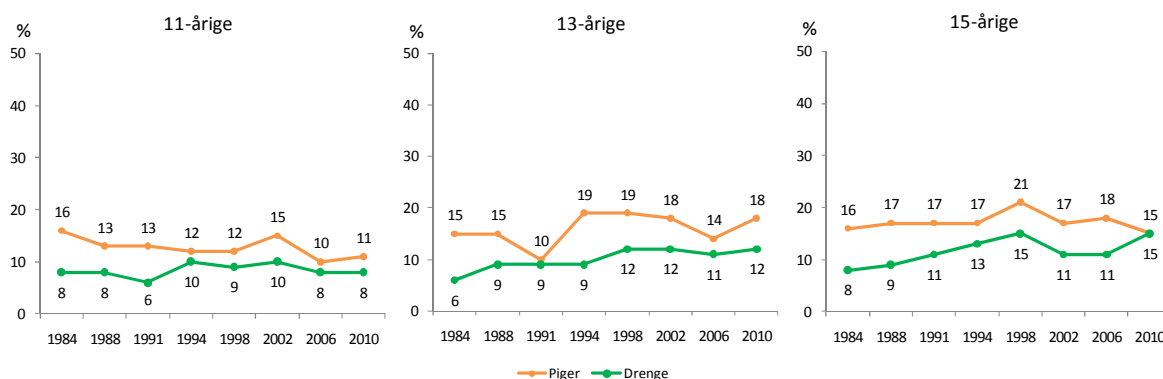
Figur 3.3.n Procent, som er irriteret mindst ugentligt, 1984-2010



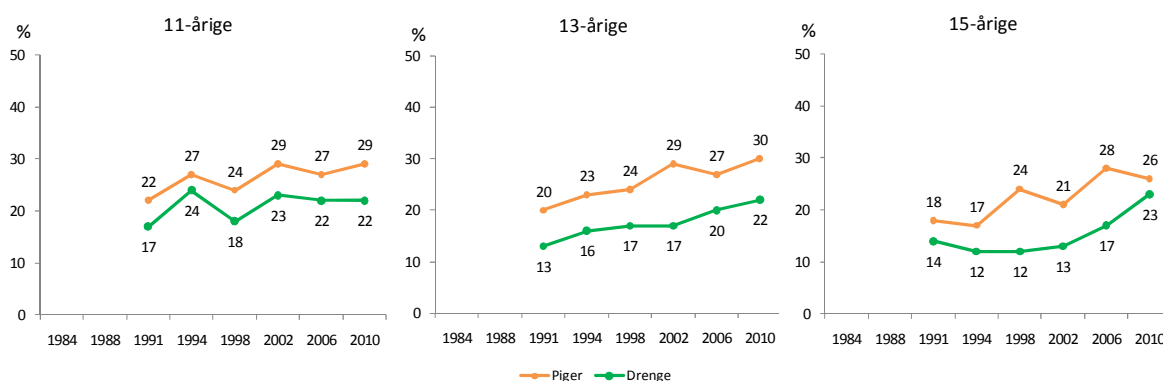
Figur 3.3.o Procent, som er nervøs mindst ugentligt, 1984-2010



Figur 3.3.p Procent, som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt, 1984-2010



Figur 3.3.q Procent, som er svimmel mindst ugentligt, 1984-2010



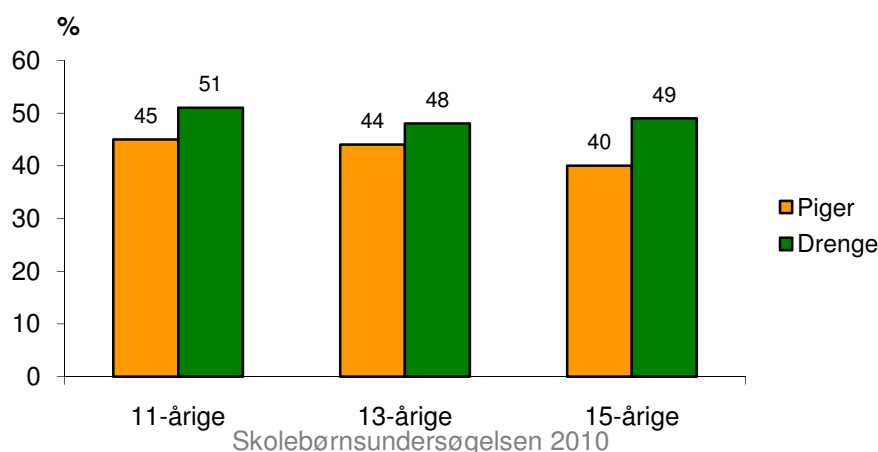
Figur 3.3.r Procent med symptomer dagligt, 1984-2010

3.4 Skader

Skader er oftest den mest betydningsfulde årsag til akutte helbredsrelaterede problemer blandt unge i vestlige lande. Desuden betragtes det som en markør for forskellig risikoadfærd og eksperimenterende adfærd blandt unge. Kun de færreste ulykker og skader registreres i den offentlige sundhedsstatistik, og selvrapporterede skader giver derfor et godt supplement til offentlig statistik på dette område. Skader er et stort helbredsproblem blandt børn og unge, fordi det giver anledning til megen lidelse og mange udgifter i sundhedsvæsenet. Desuden kan man have en mistanke om, at børn der udsættes for mange skader, fx hjernerystelser, vil få helbreds- og funktionsmæssige problemer heraf igennem hele livet. Skolebørnsundersøgelsen interesserer sig kun for skader, som er så alvorlige, at de har medført behandling hos en læge eller sygeplejerske (Holstein & Due, 1999). Det er en mangel ved opgørelsen, at den ikke omfatter tandskader.

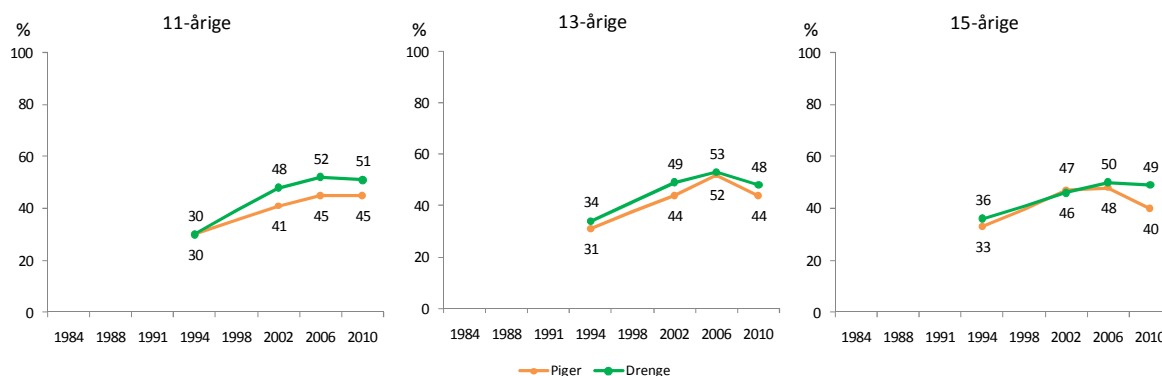
Information om udbredelsen af skader indhentes ved spørgsmålet: 'I de sidste 12 måneder: hvor mange gange er du kommet til skade, så du skulle behandles af en læge eller sygeplejerske?', som besvares ud fra svarmulighederne: jeg er ikke kommet til skade / en gang / to gange / tre gange / fire gange eller mere.

Af alle elever har cirka 46% været ude for mindst en skade i de seneste 12 måneder. Cirka halvdelen af disse har kun rapporteret en skade, og den anden halvdel har rapporteret flere skader. Figur 3.4.a viser, hvor mange procent af piger og drenge i de tre aldersgrupper, der er kommet til skade mindst en gang i de seneste 12 måneder. I alle tre aldersgrupper ligger drengene højere end pigerne. Blandt pigerne falder andelen en smule fra femte og syvende til niende klasse, hvor andelen af piger, som er kommet til skade mindst en gang i de seneste 12 måneder er 40%. Blandt drengene har hver anden elev i alle tre aldersgrupper haft mindst en skade de seneste 12 måneder.



Figur 3.4.a Procent, som er kommet til skade mindst en gang i de seneste 12 måneder

I 1994 og siden 2002 har vi stillet det samme spørgsmål om forekomsten af skader indenfor de seneste 12 måneder. Som det kan ses af figur 3.4.b, var andelen lavere i 1994, men der er ikke umiddelbart sket en markant ændring siden 2002. Det er stadig lige omtrent halvdelen af eleverne, som kommer ud for mindst en skade om året. Desuden tegner der sig et generelt billede af, at drengene kommer til skade lidt oftere end pigerne.



Figur 3.4.b Procent, som er kommet til skade mindst en gang i de seneste 12 måneder, 2002-2010

3.5 Vægt- og kropsoptagelse

Overvægt og fedme har en lang række alvorlige helbredsmæssige og psykosociale konsekvenser. Den markante stigning i forekomsten af overvægt og fedme, som mange lande har oplevet gennem de seneste årtier, har store konsekvenser – ikke blot for det enkelte individ, men også for folkesundheden. Væksten i overvægt og fedme har været udtalt i en sådan grad, at den er blevet karakteriseret som en fedmeepidemi, og også i Danmark har vi gennem de sidste 30 år oplevet en markant stigning i forekomsten af overvægt og fedme. De fleste aldersgrupper synes at være ramt – både børn, unge og voksne (Due et al., 2006). Selvom vi i Danmark ikke har nået samme forekomst af overvægt og fedme som i andre vestlige lande (fx USA), er den stigende tendens foruroligende.

I store befolkningsundersøgelser anvendes ofte *Body Mass Index* (BMI) til bestemmelse af vægtstatus. BMI beregnes ud fra vægt og højde (kg/m^2), og definitionerne for overvægt og fedme blandt voksne er af WHO sat ved henholdsvis BMI mellem 25 og 30 (overvægt) og BMI over 30 (fedme). Da BMI naturligt ændrer sig gennem børne- og ungdomsårene, kan de samme skæringspunkter ikke umiddelbart overføres til børn og unge. I stedet anbefales det at anvende køns- og aldersspecifikke skæringspunkter. Disse er udviklet af en international videnskabelig arbejdsgruppe på baggrund af seks store nationale undersøgelser gennemført i Brasilien, Storbritannien, Hongkong, Holland, Singapore og USA.

Vi indsamler i Skolebørnsundersøgelsen data om elevernes højde og vægt ved at spørge dem 'Hvor meget vejer du uden tøj?' og 'Hvor høj er du uden sko?'. På baggrund af denne information beregner vi elevernes BMI, hvorefter de på basis af vores viden om deres alder og køn kategoriseres ifølge de internationale retningslinjer som henholdsvis normalvægtige, overvægtige eller fede.

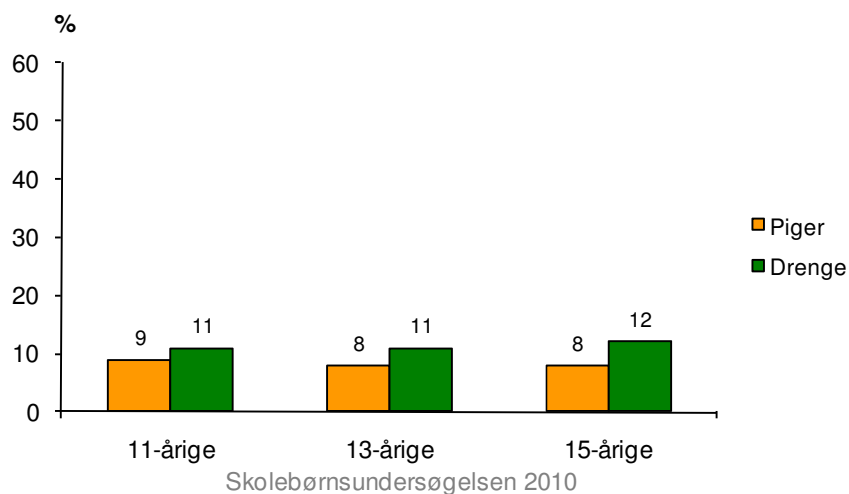
Tabel 3.5.a viser elevernes gennemsnitlige BMI i 1998, 2002, 2006 og 2010. En sådan sammenligning forudsætter, at eleverne har samme gennemsnitsalder i de tre undersøgelser. Dette er næsten tilfældet, idet elevernes gennemsnitlige alder i de tre undersøgelser kun varierer med 0,2 år.

Tabel 3.5.a Gennemsnitlig BMI i 1998, 2002, 2006 og 2010 samt ændring i BMI efter alder og køn

Årstal	11-årige		13-årige		15-årige	
	Piger	Drenge	Piger	Drenge	Piger	Drenge
<i>Body Mass Index (BMI)</i>						
1998	17,2	17,3	18,7	18,9	20,5	20,4
2002	17,7	18,1	19,3	19,0	20,5	20,9
2006	17,7	17,8	19,0	18,9	20,7	21,1
2010	17,6	17,8	19,1	19,2	20,4	20,9
<i>Ændring i BMI</i>						
1998-2002	+0,5	+0,8	+0,6	+0,1	0,0	+0,5
2002-2006	0,0	-0,3	-0,3	-0,1	+0,2	+0,2
2006-2010	-0,1	0,0	+0,1	+0,3	-0,3	-0,2

Tabellen viser, at de største ændringer i gennemsnitligt BMI ses i perioden fra 1998 til 2002. Over den fulde periode fra 1998 til 2002 har der med undtagelse af de 15-årige piger været en stigning i gennemsnitligt BMI på mellem 0,3 og 0,5.

Af figur 3.5.a ses det, hvorledes forekomsten af overvægt og fedme fordeler sig mellem 11-, 13- og 15-årige drenge og piger. Andelen af elever med overvægt eller fedme blandt pigerne er 9% blandt de 11-årige og 8% blandt både de 13- og 15-årige. Blandt de 11- og 13-årige drenge er 11% overvægtige eller fede, mens dette gælder for 12% blandt de 15-årige drenge. Fedme udgør i alle grupper en andel på 2-3%.



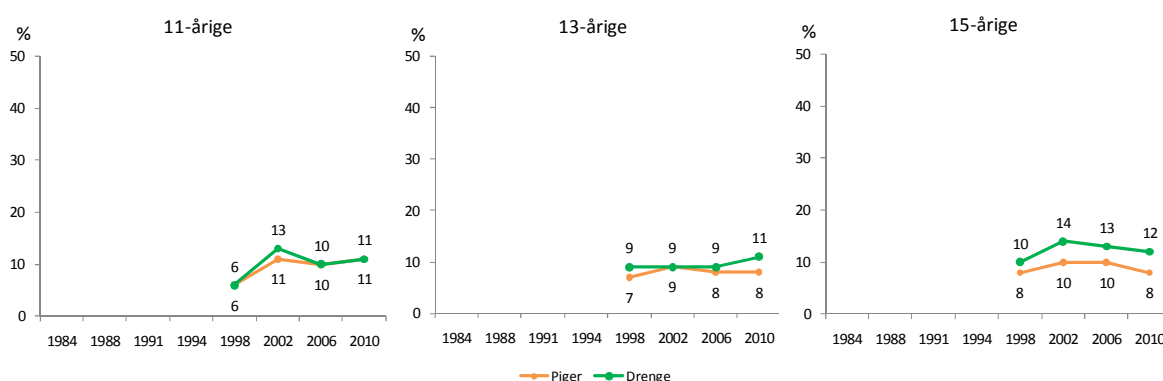
Figur 3.5.a Procent, som er overvægtige eller fede

En række valideringsundersøgelser viser, at børn og unge har tendens til at overrapportere deres højde og underrapportere deres vægt, ligesom det er tilfældet blandt voksne. Dette medfører en underestimering af BMI og en deraf underestimering af forekomsten af overvægt/fedme. En sådan underestimering eksisterer sandsynligvis også i Skolebørns-

undersøgelsen, og når vi sammenligner vores resultater med resultater fra andre danske undersøgelser med målte højde- og vægtdata, ses det som forventet, at tallene fra Skolebørnsundersøgelsen ligger lavest.

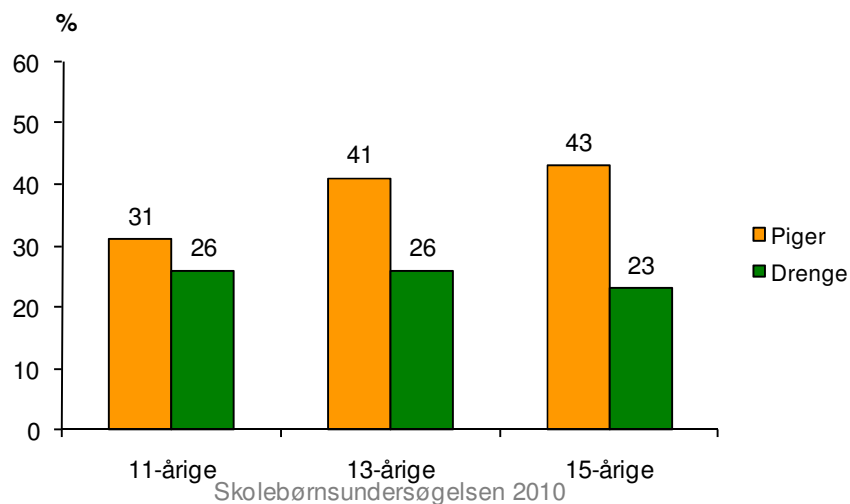
Figur 3.5.b viser udviklingen i overvægt/fedme blandt henholdsvis 11-, 13- og 15-årige skolebørn fra 1998 til 2010. Fra 1998 til 2002 så vi en stigning i forekomsten af overvægt eller fedme blandt både 11- og 15-årige. Fra 2002 og frem til 2006 viste vores data en faldende eller stagnerende forekomst, og det store spørgsmål har været, om den tidligere observerede tendens var et udtryk for en egentlig ændring i udviklingen. De seneste tal fra 2010 indikerer, at dette måske er tilfældet, idet vi i perioden mellem 2006 til 2010 har set, at den tidligere observerede stagnation her er fortsat.

Andre dataindsamlinger om overvægt og fedme blandt danske børn og unge bekræfter den her observerede tendens. Endnu andre studier viser en stagnerende udvikling og nogle data indikerer, at udviklingen i andelen af overvægtige og fede børn og unge stadig er stigende. Dette billede illustrerer, at det er svært at få overblik over den generelle udvikling i overvægt og fedme blandt danske børn og unge – en situation, som delvist skyldes, at den danske monitorering af overvægt og fedme blandt børn og unge har været relativt usystematisk og samtidigt overvejende forankret og gennemført lokalt. Fremtidige landsrepræsentative og systematiske dataindsamlinger vil bidrage til at afhjælpe dette.

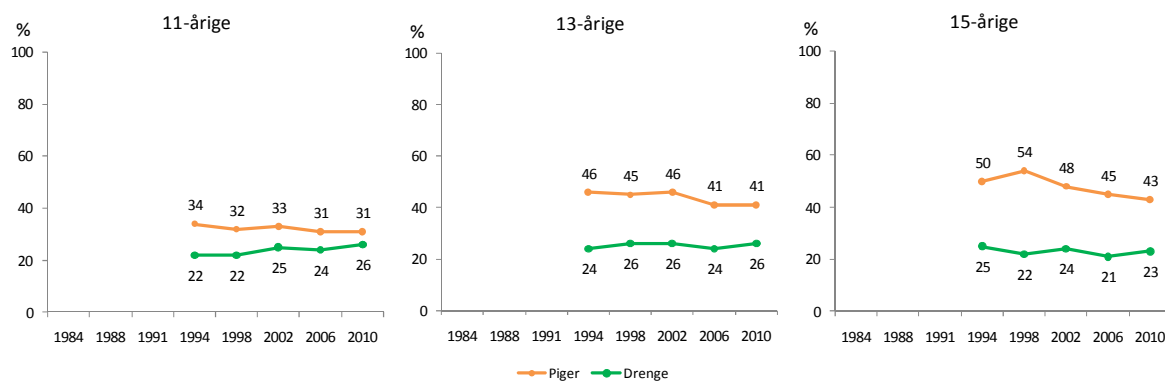


Figur 3.5.b Procent, som er overvægtige eller fede, 1998-2010

Når vi spørger til kropsopfattelse, finder vi, at cirka hver fjerde dreng føler sig for tyk. Omtrent hver tredje pige i femte klasse føler sig for tyk, mens dette gælder for næsten hver anden pige i niende klasse (figur 3.5.c). Udviklingen i andelen af elever, som føler sig for tykke, har været relativt stabil siden de første målinger i 1994. Der har dog blandt de ældste piger over de senere undersøgelser været tendens til et fald i andelen af elever, som føler sig for tykke. Mellem 2006 og 2010 er denne dog igen stagneret (figur 3.5.d). Cirka hver tiende pige føler sig for tynd og det samme gælder blandt 11-årige drenge, mens 13% af de 13-årige drenge og 18% af de 15-årige drenge føler sig for tynde (figur ikke vist).

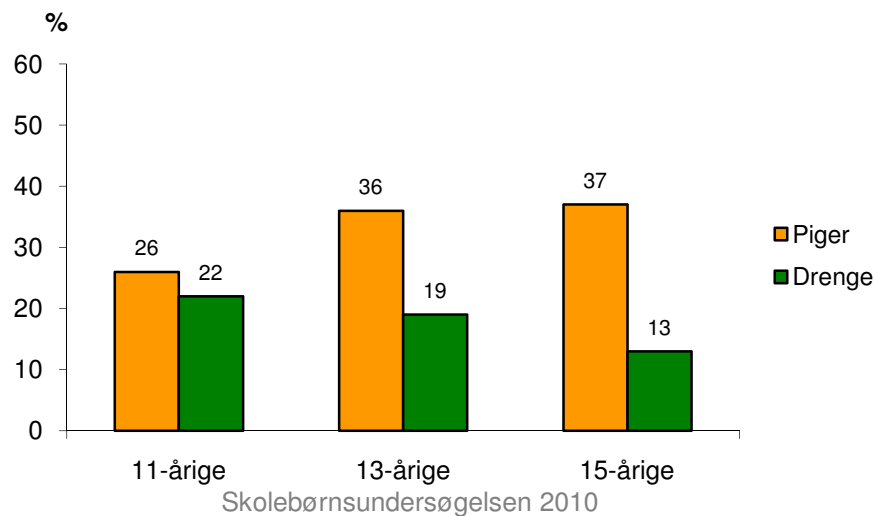


Figur 3.5.c Procent, som føler sig for tykke



Figur 3.5.d Procent, som føler sig for tykke, 1994-2010

I 1998 var 10% af de undersøgte danske elever på slankekur. I 2002 var andelen steget til hele 22%, og denne var næsten uændret på 20% i 2006. Vores resultater viser, at andelen af danske elever på slankekur i 2010 er 25%, og der er dermed igen sket en stigning over de allersæneste år (figur ikke vist). Mange flere piger end drenge er på slankekur. Blandt piger stiger andelen med alderen, således at hver fjerde 11-årige pige er på slankekur, mens dette gælder for hver tredje 15-årige pige. Blandt drengene falder andelen, som er på slankekur med alderen. Hver femte 11-årige dreng og omtrent hver tiende 15-årige dreng er på slankekur (figur 3.5.e). Det er også muligt for eleverne at svare, at de trænger til at tage på. Dette mener 13% af de 15-årige drenge, mens dette gælder for 7-8% af de resterende elever.



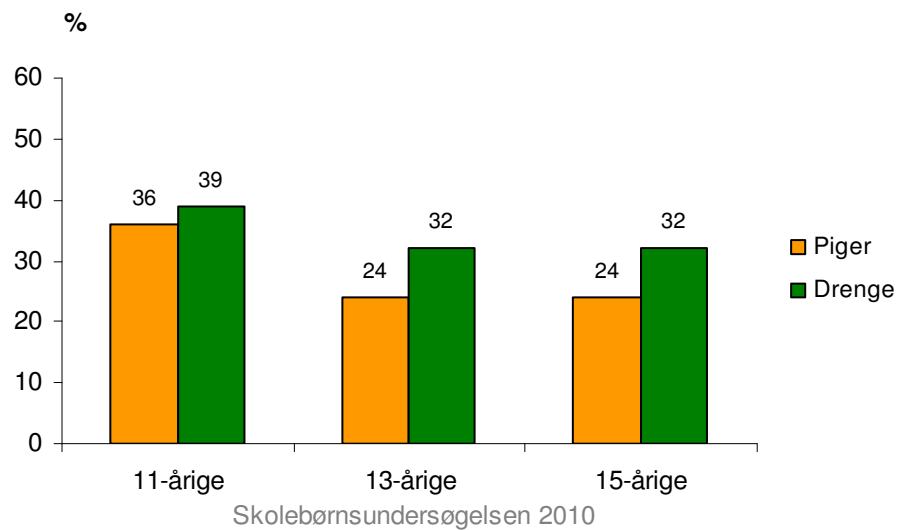
Figur 3.5.e Procent, som angiver at være på slankekur

3.6 Livstilfredshed

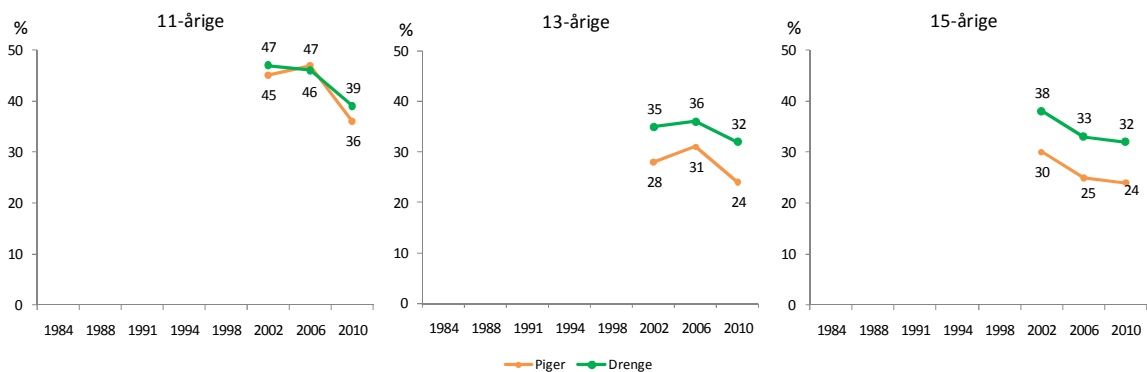
I Skolebørnsundersøgelsen indgår et spørgsmål, hvor vi beder skoleeleverne vurdere, hvor godt, de synes, deres liv er. Dette kan ses som et aspekt af elevernes generelle trivsel. Spørgsmålet lyder: 'Her er et billede af en stige. Trin 10 betyder 'det bedst mulige liv' for dig, og trin 0 betyder 'det værst tænkelige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden?'. Elevernes svar opdeles i tre grupper: Høj livstilfredshed (trin 9-10), middelhøj livstilfredshed (trin 6-8) og lav livstilfredshed (trin 0-5).

Denne målemetode har været anvendt i mange undersøgelser, og blandt voksne tyder det på, at svaret på spørgsmålet er udtryk for personens tanker om sit liv set i et større perspektiv. Vi kan ikke vide præcist, hvordan skoleelever opfatter spørgsmålet, men for at belyse det, har vi gennemført en række fokusgruppeinterviews med elever i femte, syvende og niende klasse umiddelbart efter, at de har besvaret spørgeskemaet. Eleverne havde ingen problemer med at forstå og besvare spørgsmålet. Enkelte elever fortalte, at vurderingen af ens tilfredshed med livet kan svinge fra dag til dag, mens andre gav udtryk for, at spørgsmålet kan være svært at svare på, fordi det kan fortolkes på flere måder. Det generelle indtryk var dog, at eleverne svarede på deres tilfredshed med livet som helhed.

Alt i alt er der relativt få, som har placeret sig i området med lav livstilfredshed (trin 0-5), nemlig 15%. Andre 54% har placeret sig i området middelhøj livstilfredshed (trin 6-8), mens 31% har sat deres kryds i området med høj livstilfredshed (trin 9 eller 10). Som det fremgår af figur 3.6.a, er tilfredsheden med livet generelt større blandt drenge end piger, og samtidig er tilfredsheden faldende med stigende alder. Særligt synes livstilfredsheden at falde fra femte til syvende klasse, mens den er uændret fra syvende til niende klasse. I syvende og niende klasse er det således i 2010 kun hver fjerde pige og hver tredje dreng, som angiver en høj tilfredshed med deres liv. Tallene er desuden udtryk for en foruroligende tendens, idet vi over de seneste otte år har set et fald i andelen af elever, som scorer højt (9 eller 10) på stigen over tilfredshed med livet (figur 3.6.b).



Figur 3.6.a Procent med høj livstilfredshed



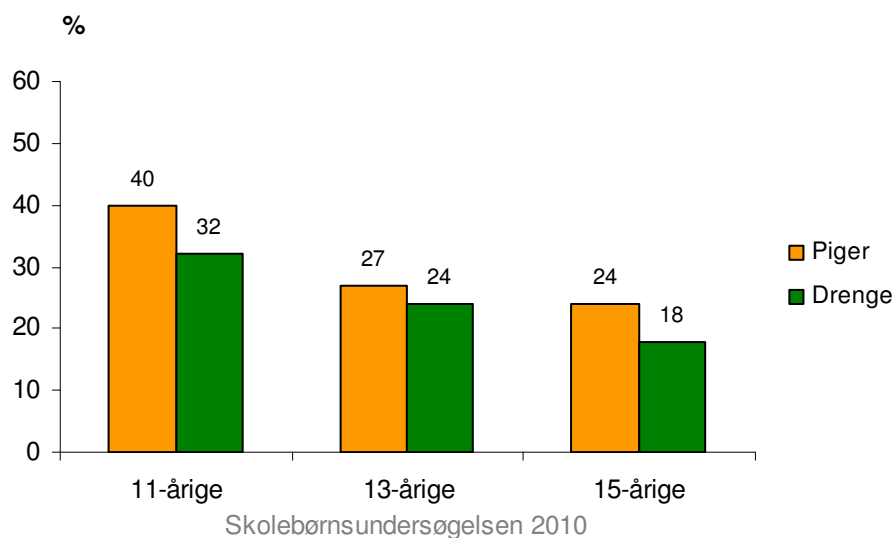
Figur 3.6.b Procent med høj livstilfredshed, 2002-2010

3.7 Skoletilfredshed

Børn og unge tilbringer i løbet af deres liv mange timer i skolen, og deres trivsel her spiller en betydningsfuld rolle for mange aspekter af deres liv. Eksempelvis har høj skoletrivsel betydning for elevernes generelle velvære og for deres indlæring i skolen. Dårlig skoletrivsel hænger sammen med usunde vaner som fx rygning (Rasmussen et al., 2005), usund kost og storforbrug af alkohol. Endvidere er elever, der trives dårligt i skolen, hyppigere belastet af symptomer såsom hovedpine, mavepine, søvnløshed, svimmelhed, nervøsitet og dårligt humør end de elever, der trives godt i skolen (Krølner, 2001).

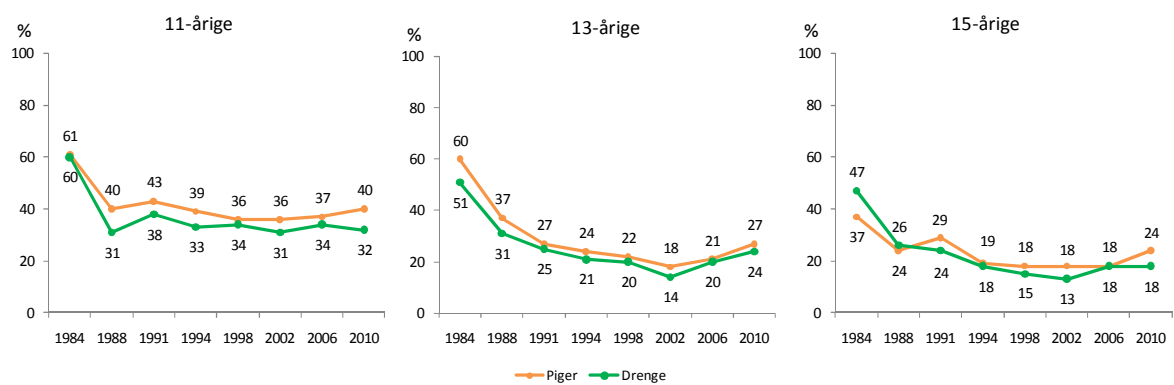
Psykosociale aspekter af børn og unges skolegang er derfor et vigtigt tema i Skolebørnsundersøgelsen, og særligt i tidligere undersøgelser har skolen været et centralt fokus. I

undersøgelsen fra 2010 spørger vi blandt andet til elevernes generelle tilfredshed med skolen. Vi har spurgt eleverne 'Hvad synes du om skolen for øjeblikket?' og der er fire svarmuligheder: jeg kan virkelig godt lide den / jeg synes, den er nogenlunde / jeg kan ikke rigtig lide den / jeg kan slet ikke lide den. Størstedelen af eleverne er tilfredse med skolen, således svarer 83% af eleverne, at de 'virkelig godt kan lide skolen' eller 'synes den er nogenlunde'. Figur 3.7.a viser, at flere piger end drenge synes virkelig godt om skolen, og at skoletilfredsheden falder med alderen. Således er det kun hver femte dreng i niende klasse, som synes virkelig godt om skolen.



Figur 3.7.a Procent, som virkelig godt kan lide skolen

For elever i femte klasse fandt vi, at andelen, som virkelig godt kan lide skolen, faldt markant fra 1984 til 1988, hvorefter denne har ligget relativt stabilt helt frem til 2010. For elever i syvende og niende klasse faldt andelen, som virkelig godt kan lide skolen, kontinuerligt fra 1984 frem til 2002. Fra 2002 til 2006 så vi positive tendenser, idet andelen af elever, som virkelig godt kan lide skolen, var stigende, og denne udvikling synes at være fortsat frem til 2010. Dette gælder dog desværre ikke for drengene i niende klasse, hvilket netop er den gruppe af skoleelever, hvor færrest er glade for deres skole (figur 3.7.b). Det skal her bemærkes, at der i de første tre undersøgelser (1984, 1989 og 1991) var tre svarkategorier til spørgsmålet (meget godt lide, nogenlunde lide, ikke lide). I de sidste fem undersøgelser (1994, 1998, 2002, 2006 og 2010) har eleverne haft de fire svarmuligheder, der er nævnt indledningsvis.



Figur 3.7.b Procent, som virkelig godt kan lide skolen, 1984-2010

4 Sundhedsadfærd

4.1 Sundhedsadfærd blandt børn og unge

Der er mindst tre vigtige grunde til at interessere sig for børn og unges sundhedsadfærd. For det første har sundhedsadfærd afgørende indflydelse på helbred og trivsel: fx har fysisk aktivitet indflydelse på kondition og velvære, gode spisevaner har indflydelse på læring og vægtkontrol, uhensigtsmæssigt brug af alkohol og stoffer øger risikoen for alvorlige skader, rygning medfører nedsat kondition, tandbørstning styrker tandsundheden, og søvnvaner har indflydelse på trivsel og overvægt.

For det andet viser det sig, at den sundhedsadfærd, som er grundlagt i barndom og ungdom, med stor sandsynlighed videreføres ind i voksenlivet, med alt hvad det betyder for folkesundheden. For det tredje er sundhedsadfærd stærkt påvirkelig, og det betyder, at det er muligt at påvirke børn og unges sundhedsadfærd – både i god og dårlig retning. Påvirkning af sundhedsadfærd er et vigtigt værktøj i det sundhedsfremmende arbejde.

I dagligsproget bruges begreberne livsstil og sundhedsadfærd synonymt, men for os er det væsentligt at adskille de to begreber. Livsstil er et bredt begreb, som bl.a. henviser til indkøbsvaner, kulturelle vaner, og den måde vi lever vores liv på. Sundhedsadfærd er et mere snævert begreb, som omfatter de vaner og aktiviteter, der influerer på menneskers sundhed.

Den forskergruppe, som står bag Skolebørnsundersøgelsen, definerer sundhedsadfærd som 'de handlinger, man udfører for sig selv eller andre, og som på længere sigt fører til sundhed eller forringer sundheden'. Ifølge denne definition er det også sundhedsadfærd, når man gør noget der påvirker andres sundhed (fx at forældre spænder deres børn fast i sikkerhedsselen, børster tænder på deres børn, og når kammerater overtaler hinanden til at ryge), og sundhedsadfærd er kendetegnet ved sine konsekvenser snarere end ved en bevidsthed.

4.2 Tobaksrygning

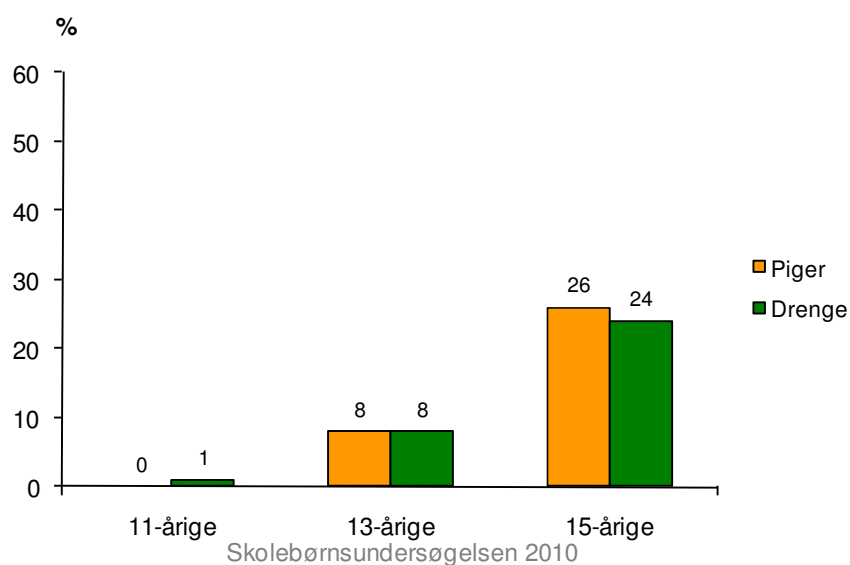
Jo tidligere et ungt menneske begynder at ryge, jo større er sandsynligheden for, at han/hun ender som storryger. I løbet af ganske kort tid bliver den unge afhængig af nikotinen i tobakken, hvilket gør det vanskeligt at stoppe. Endvidere viser forskning, at de, der begynder at ryge tidligt, har sværere ved at holde op som voksne.

I vores del af verden er rygning en af de største årsager til for tidlig død og medfører en væsentligt forøget risiko for at blive syg – ofte med en stærkt forringet livskvalitet til følge. Foruden helt at hindre at unge begynder at ryge, har det en sygdomsforebyggende effekt at udskyde de unges rygestart. Desuden ligger der et vigtigt arbejde i at forsøge at få unge rygere til at stoppe igen.

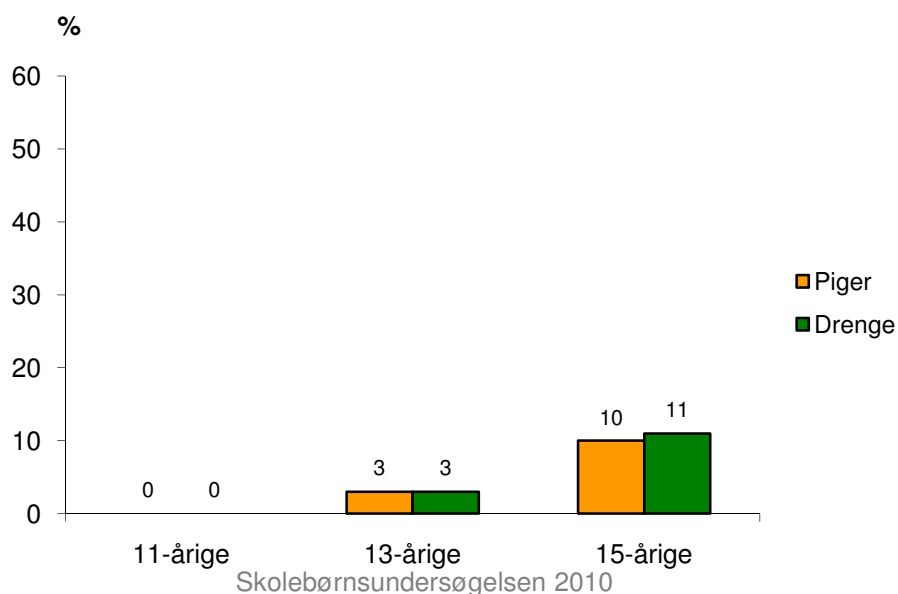
For at beskytte danskerne mod de skader, som både egen og passiv rygning medfører, har vi i dag en rygelovgivning, der gør det forbudt at ryge på offentlige steder, eksempelvis på arbejdspladser, skoler og i busser. Det er endvidere forbudt at reklamere for tobak. For at

mindske unge menneskers adgang til tobak hævede man i 2008 aldersgrænsen for at købe cigaretter og tobak fra 16 til 18 år.

Figur 4.2.a og figur 4.2.b viser, hvor stor en andel af 11-, 13- og 15-årige, der ryger dagligt, ugentligt eller en gang imellem, og hvor stor en andel, der ryger dagligt blandt drenge og piger på de tre klassetrin. Meget få eller ingen elever i femte klasse ryger. 8% af eleverne i syvende klasse ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, mens andelen af daglige rygere i denne aldersgruppe er 3%. Næsten hver fjerde elev i niende klasse ryger nogle gange (dagligt, ugentligt eller sjældnere) og hver tiende er daglig ryger. Der er ikke nævneværdige forskelle mellem kønnene.

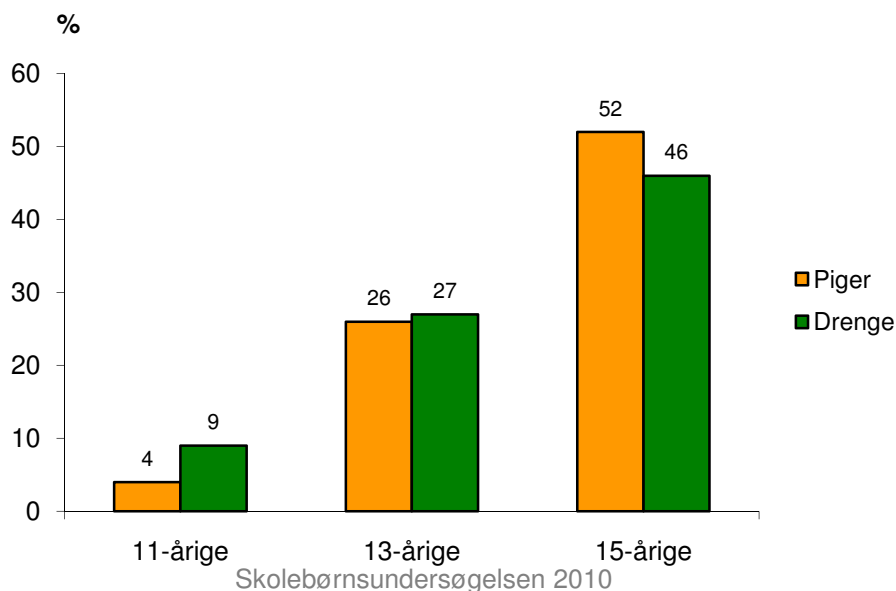


Figur 4.2.a Procent, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere

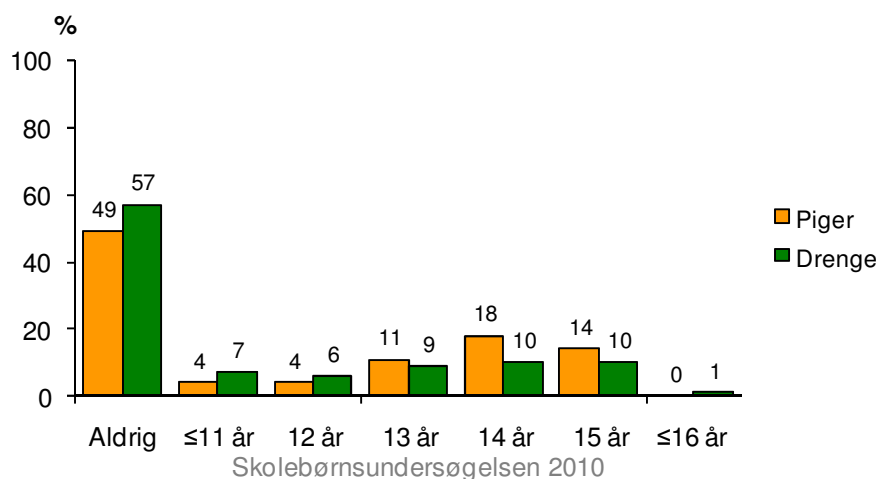


Figur 4.2.b Procent, som ryger dagligt

Af figur 4.2.c fremgår det, at 9% af de 11-årige drenge har prøvet at ryge, mens dette for pigernes vedkommende gælder 4%. Blandt de 13-årige har nogenlunde lige mange drenge og piger prøvet at ryge, henholdsvis 26% og 27%, mens det er 52% af de 15-årige piger, som har prøvet at ryge imod 46% af drengene. Det ser ud til at helt tidlig rygedebut finder sted oftere blandt drengene end blandt pigerne. Til gengæld har flere piger end drenge rygedebut som 14-15-årige (figur 4.2.d)



Figur 4.2.c Procent, som har prøvet at ryge



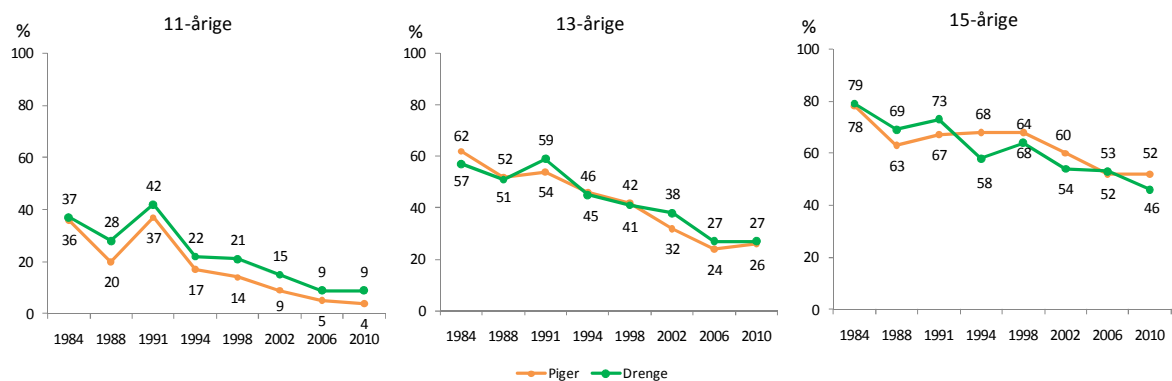
Figur 4.2.d Alder for rygedebut (rapporteret af 15-årige elever)

Siden Skolebørnsundersøgelsens begyndelse er der generelt sket et fald i andelen af unge, der har prøvet at ryge. I 1984 havde op mod 80% af eleverne i niende klasse prøvet at ryge, mens dette er gældende for ca. 50% af eleverne i 2010. Med undtagelse af de 15-årige

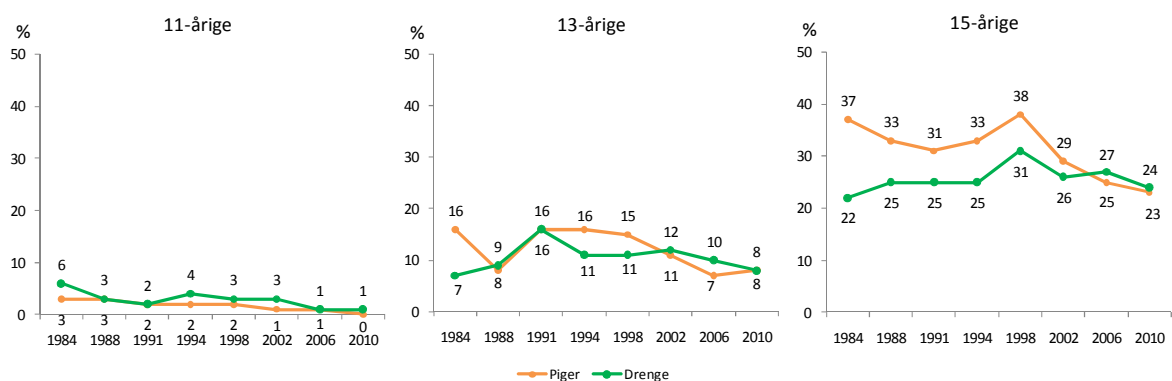
drengene, hvor andelen faldt mellem 2006 og 2010, er andelen af elever, som har prøvet at ryge, stagneret mellem 2006 og 2010 (figur 4.2.e).

Andelen af unge, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere er ligeledes faldet over tid. Det mest markante fald ses for 15-årige piger i perioden 1998 til 2010, hvor andelen faldt fra 38% til 23% (figur 4.2.f). Endvidere er den forskel mellem pigernes og drengenes rygevaner, der ses i de tidlige undersøgelsesrunder, forsvundet de senere år.

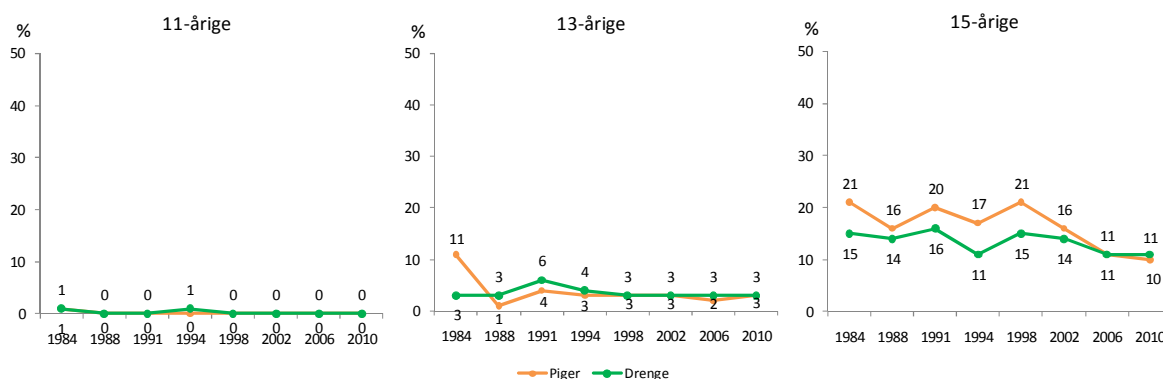
Gennem alle undersøgelsesrunder har andelen af daglige rygere blandt de 11-13-årige har været næsten konstant. For de 15-årige ses et mere skiftende billede med både stigninger og fald i andel af daglige rygere. Pigerne har indtil 2002 haft en højere rygeforekomst end drengene, med den højeste andel af daglige rygere på 21% i 1998 (Rasmussen et al., 2009). Denne er siden faldet, og i 2006 og 2010 ligger pigernes og drengenes daglige rygeforekomst på samme niveau (10-11%) (figur 4.2.g).



Figur 4.2.e Procent, som har prøvet at ryge



Figur 4.2.f Procent, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere



Figur 4.2.g Procent, som ryger dagligt

Blandt 15-årige drenge og piger er det altså hver tiende, der ryger dagligt, og ca. hver fjerde, som gør det dagligt eller mindre regelmæssigt. Der er derfor fortsat et stort folkesundhedsmæssigt potentiale i den forebyggende indsats rettet mod unges rygning. Forskning i årsagerne til, at unge begynder at ryge, har vist, at årsagsnettet bag rygevanerne er særdeles kompliceret og involverer mange forskellige faktorer. Man ved, at børn og unge som regel begynder at ryge, fordi andre i deres omgangskreds ryger. Dette gælder både i forhold til rygning i kammeratgruppen og i hjemmet. Således ved vi, at børn og unge, hvis forældre, søskende og/eller bedste ven/veninde er rygere, har langt større risiko for selv at begynde at ryge end andre, som lever i omgivelser, hvor der ikke bliver røget.

Forskningen har endvidere vist, at også skoleomgivelserne spiller en rolle i forhold til børn og unges rygevaner. Der er stor forskel i andelen af rygere imellem skoler, imellem klasser og imellem grupper af drenge og piger i de enkelte klasser (Rasmussen et al., 2002). Ligeledes har vi vist, at rygning er mere forekommende blandt elever, der ikke føler sig knyttet til deres skole end blandt elever, der oplever, at de hører hjemme på deres skole (Rasmussen et al., 2005). Samtidig ved vi, at rygning er udbredt blandt elever, som har svært ved at tale med deres forældre, og som føler sig ensomme.

4.3 Vandpiberygning

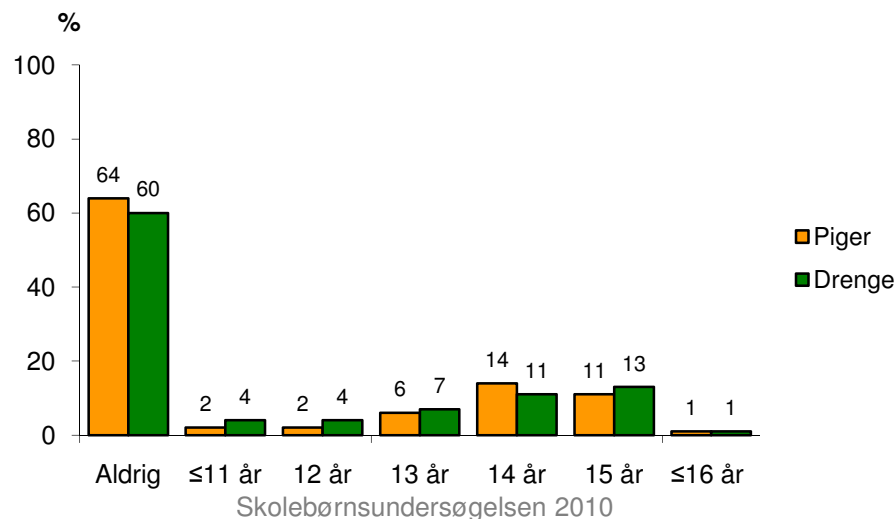
I de senere år er det blevet populært blandt danske børn og unge at ryge vandpibe, og særligt Kræftens Bekæmpelse har haft fokus på udbredelsen og kulturen omkring denne type rygeadfærd. Vandpibetobak er mildere end anden tobak og ofte tilsat frugtsmag, som gør, at de unge synes, at det smager godt. Da vandpiberygning begyndte at blive populært i Danmark, havde man ikke tilstrækkelig viden om eventuelle skadelige virkninger af det, og der var en tendens til, at det ikke ansås for lige så skadeligt som cigaretrygning. Man ved dog nu, at vandpiberygning har de samme sundhedsskadelige virkninger som cigarettrygning, fordi vandpiberøgen indeholder de samme skadelige stoffer som cigaretrøg.

Der er et stærkt socialt aspekt forbundet med vandpiberygning. De unge ryger ofte i fællesskab med andre, eksempelvis til fester eller sammen med venner. Derfor vil de fleste unge vandpiberygere ikke have et lige så regelmæssigt vandpibeforbrug, som den typiske

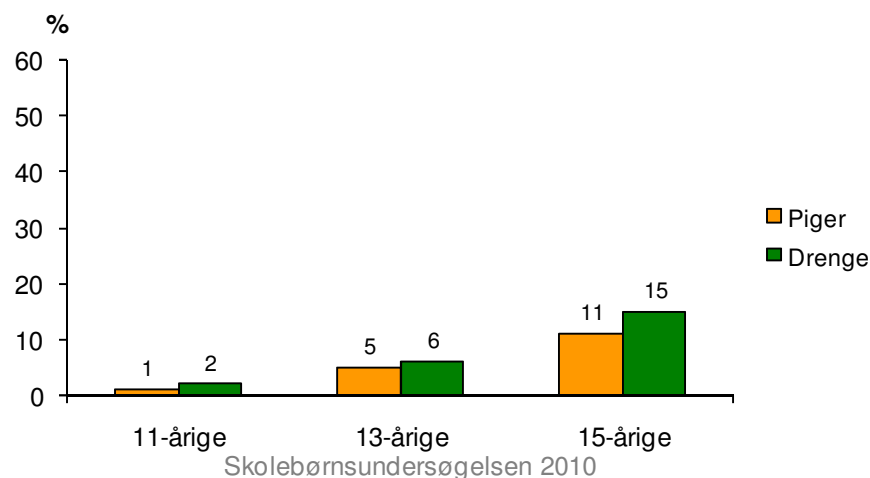
cigaretryger. Man frygter dog alligevel, at de unges vandpiberygning kan føre til afhængighed og cigaretrygning.

Af figur 4.3.a kan man se, at 36% af pigerne og 40% af drengene i niende klasse har prøvet at ryge vandpipe. Af de 15-årige, som har røget vandpipe, har de fleste prøvet det første gang da de var 14-15 år. Der er dog også en mindre andel, som har prøvet det tidligere. Der ser ikke ud til at være de store forskelle mellem kønnene i debutalder for vandpiberygning.

Figur 4.3.b viser andelen, som har røget vandpipe inden for de seneste 30 dage for henholdsvis 11-, 13- og 15-årige. Få elever i femte og syvende klasse har røget vandpipe de seneste 30 dage, mens mere end hver tiende elev i niende klasse har gjort det. 8-9% har røget 1-2 gange, 2-5% har røget 3-9 gange, mens 1% har røget mere end 10 gange. Den relativt høje forekomst af vandpiberygning betyder, at der er god grund til fremover at oplyse de unge om vandpiberygningens skadelige virkninger.



Figur 4.3.a Debutalder for vandpiberygning (rapporteret af 15-årige)



Figur 4.3.b Procent, som har røget vandpibe indenfor de seneste 30 dage

4.4 Alkoholforbrug

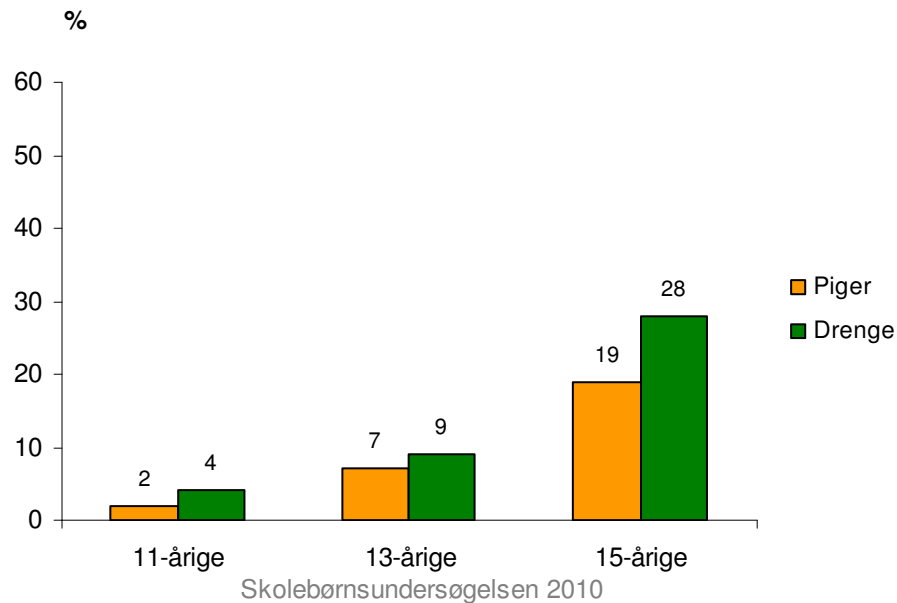
Alkoholforbruget blandt danske unge er alarmerende højt (Kuntsche et al., 2010). I internationale sammenligninger har flest danske 15-årige været fulde to eller flere gange, en rekord de danske unge har haft gennem flere år.

Unge alkoholforbrug har konsekvenser både på kort og på lang sigt. Unge, der drikker meget, er i øget risiko for at blive involveret i trafikulykker, i slagsmål, have ubeskyttet samleje og blive forgiftet. Unge, der tidligt har et stort alkoholforbrug, er i øget risiko for også senere at være blandt dem med det største alkoholforbrug og dermed i øget risiko for alkoholisme og de dertil relaterede sygdomme.

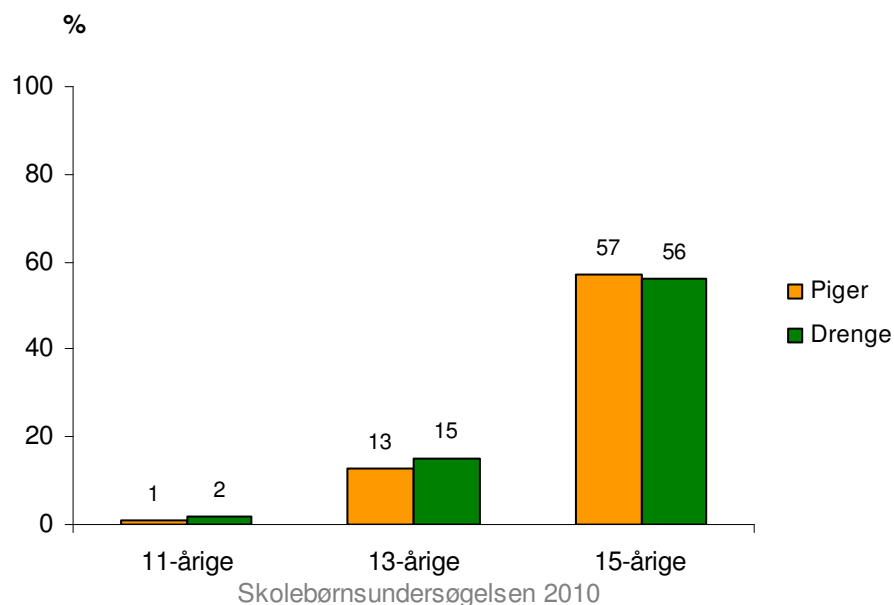
Forebyggelse af alkoholforbrug blandt unge er vigtigt for folkesundheden. I Danmark er det en flertalsadfærd at drikke alkohol, og langt de fleste unge med et stort alkoholforbrug er veltilpassede og velfungerende. De storforbrugende drenge og piger tilbringer meget tid med deres kammerater og med kammerater, der også har et stort alkoholforbrug. De har gode relationer til deres forældre og trives godt i skolen. Sandsynligvis er det ikke dem, der er i risiko for at udvikle et egentligt alkoholmisbrug. Men der findes en lille gruppe, som begynder at drikke tidligt, og som tidligt drikker meget. Det er især mere utilpassede unge med en ringe kontakt til forældre og lærere, dårlig trivsel i skolen og lavt selvværd. Disse unge kan have en reel risiko for at udvikle et egentligt alkoholmisbrug. Og da de har ringe kontakt med lærere og forældre, kan man være bekymret for, om deres problemer opdages i tide (Andersen, 2004).

Forældrenes eget alkoholforbrug og deres normer omkring de unges alkoholforbrug har vist sig at have stor betydning for, hvor meget de unge drikker, og hvor tidligt de begynder at drikke. Unge, der oplever, at deres forældre accepterer, at de drikker alkohol, har et langt større alkoholforbrug end unge, der oplever, at forældrene er stærke modstandere.

Figur 4.4.a og 4.4.b viser, hvor mange procent blandt piger og drenge, i henholdsvis femte, syvende og niende klasse, der drikker alkohol mindst en gang om ugen, og hvor mange procent, der har været fulde mindst to gange. De unges alkoholforbrug og deres erfaringer med fuldskab stiger markant fra 11- til 15-års alderen, især er stigningen stor fra syvende til niende klasse. I alle aldersgrupper gælder, at lidt flere drenge end piger drikker alkohol mindst hver uge, hvorimod stort set lige mange drenge og piger har været fulde mindst to gange.

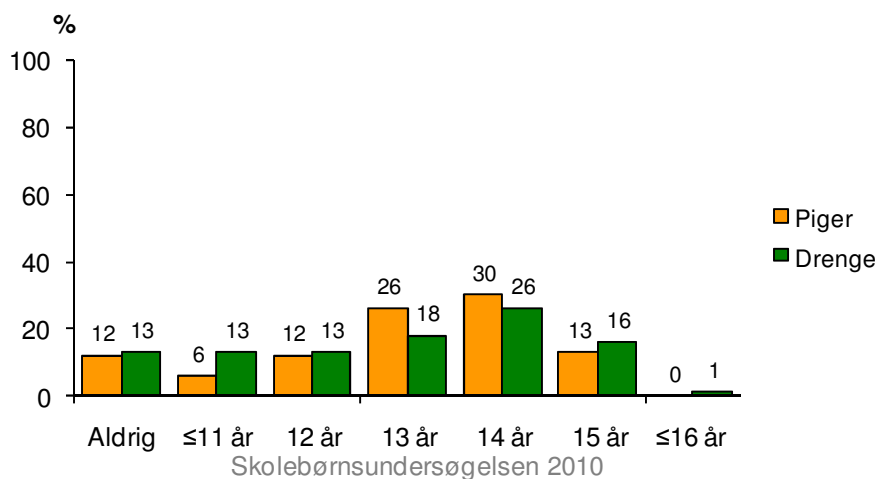


Figur 4.4.a Procent, som drikker alkohol mindst en gang ugentligt

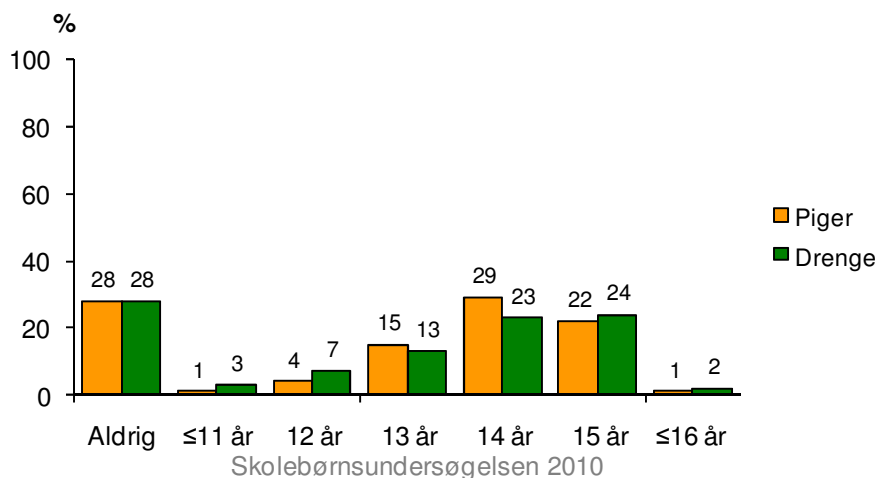


Figur 4.4.b Procent, som har været fulde mindst to gange

Figur 4.4.c og 4.4.d viser, ved hvilken alder 15-årige oplyser henholdsvis at have drukket alkohol første gang og været fulde første gang. De fleste prøver at drikke alkohol første gang som 13- eller 14-årige, hvorimod de fleste er fulde første gang som 14- eller 15-årige. Flere piger end drenge har tidlig debut.



Figur 4.4.c Alder ved alkohol-debut (rapporteret af 15-årige)

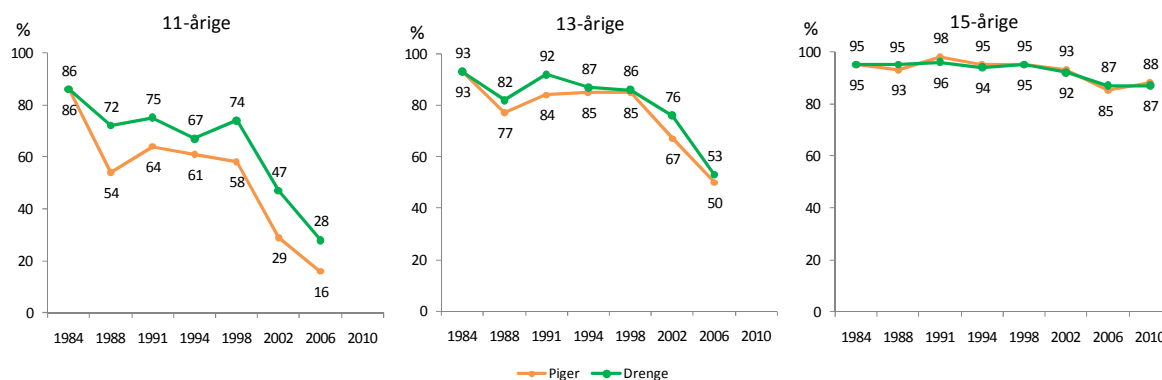


Figur 4.4.d Alder ved fuldskabsdebut (rapporteret af 15-årige)

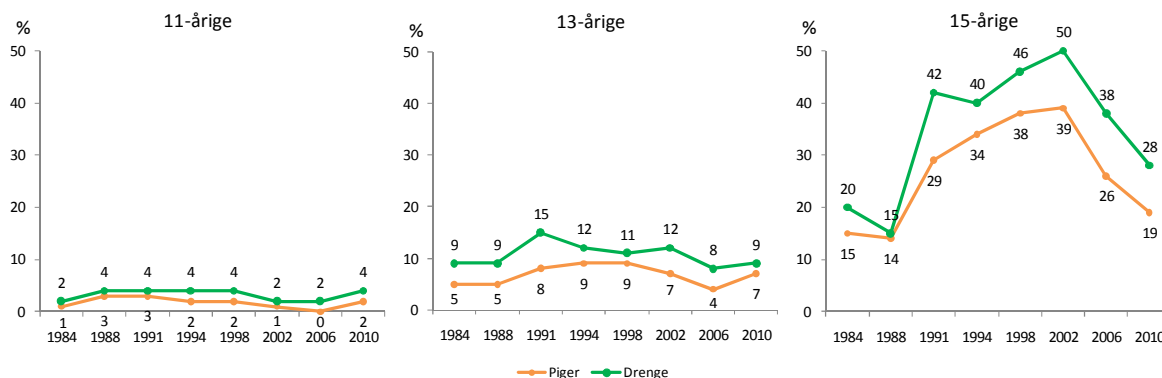
Fra slutningen af 1990'erne og frem til 2006 faldt andelen af 11- og 13-årige, som har prøvet at drikke alkohol, markant (disse tal findes desværre ikke for 2010). For de 15-årige ses også et fald, omend dette var langt mindre tydeligt (figur 4.4.e). Udviklingen frem til 2006 indikerer, at den fokusering, der har været på at forebygge helt unges alkoholforbrug, har haft effekt. Bl.a. indførte regeringen i 2004 forbud mod salg af alkohol til unge under 16 år.

Når vi ser på udviklingen i andelen af unge, der har drukket alkohol mindst hver uge (figur 4.4.f) har tendensen blandt de 11- og 13-årige været fluktuerende, men overvejende har

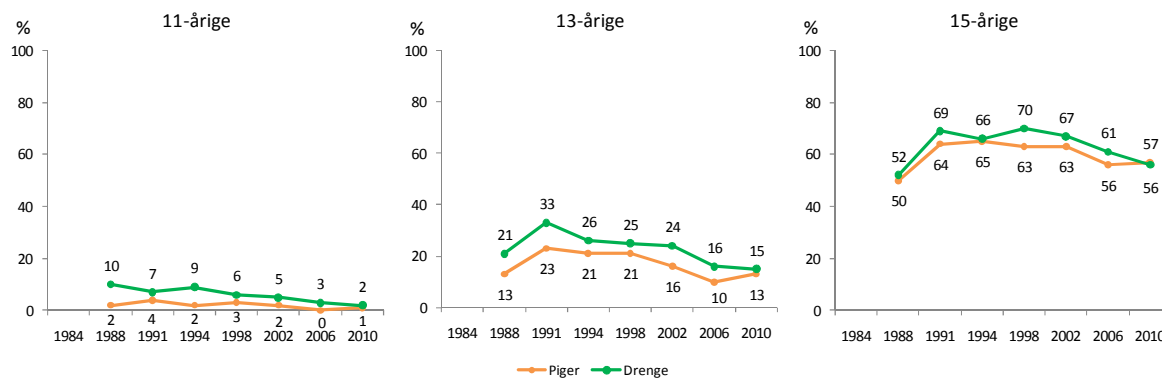
andelen været lav og stabil. Blandt de 15-årige var tendensen kraftigt stigende frem til 2002, hvorefter der er sket et markant fald i andelen af både piger og drenge, som drikker alkohol ugentligt. Figuren over udviklingen i erfaringer med fuldskab (figur 4.4.g) viser, at der blandt de 11-årige drenge er sket et fald i andelen, som har været fulde mindst to gange. Blandt de 13- og 15-årige er andelen af både drenge og piger, som har været fulde mindst to gange, faldet siden 1991 og frem til 2010, fx fra 69% til 57% blandt de 15-årige drenge og fra 64% til 56% blandt pigerne. Over den seneste periode fra 2006 til 2010 ses dog en stagnation.



Figur 4.4.e Procent, som har prøvet at drikke alkohol, 1984-2010



Figur 4.4.f Procent, som drikker alkohol mindst ugentligt, 1984-2010



Figur 4.4.g Procent, som har prøvet at være fulde mindst to gange, 1984-2010

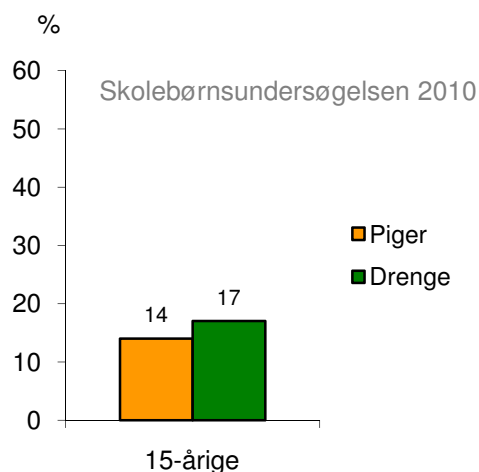
4.5 Hashrygning

Efter alkohol er hash det næsthøypigst anvendte rusmiddel blandt unge. Et hyppigt forbrug af hash kan for nogle betyde sociale problemer, mens et stort forbrug også kan være skadeligt for den unges helbred. Skolebørnsundersøgelsen har igennem årene ikke haft fokus på brug af ulovlige euforiserende stoffer, hvilket først og fremmest skyldes, at der er mange andre gode undersøgelser med fokus på dette. I Danmark har vi blandt andet gode data herom fra de af Sundhedsstyrelsen koordinerede MULD-undersøgelser og det internationale ESPAD-projekt.

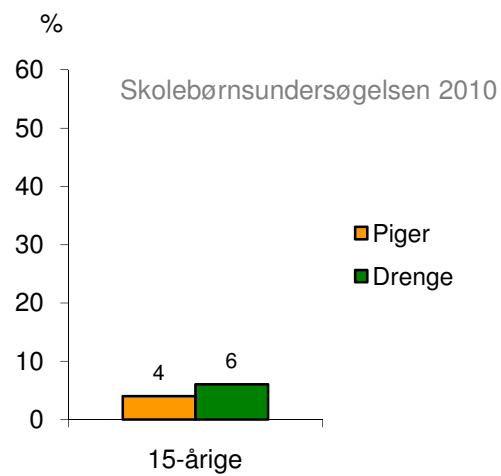
Gennem de seneste tre undersøgelser (2002-2010) har vi dog stillet eleverne i niende klasse spørgsmålene, om de nogensinde har røget hash, og hvor mange gange i hele deres liv og i de seneste 12 måneder, de har røget hash. Disse spørgsmål giver os mulighed for at skelne mellem andelen af unge, som har prøvet at ryge hash, og andelen, som er regelmæssige brugere.

14% af pigerne og 17% af drengene i niende klasse har prøvet at ryge hash mindst en gang, og henholdsvis 4% og 6% har røget hash mindst 10 gange i deres liv (figur 4.5.a og 4.5.b). Når man ser på forbruget af hash inden for de seneste 12 måneder, så har 11% af pigerne og 13% af drengene røget hash mindst en gang i dette tidsrum, og henholdsvis 2% og 3% har gjort det mindst 10 gange (figurer ikke vist).

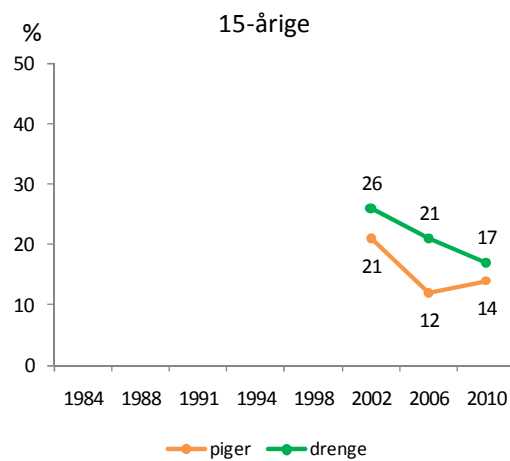
Fra 2002 til 2010 har der været et generelt fald i andelen af 15-årige, som har prøvet at ryge hash. Blandt drengene er andelen faldet fra 26% til 17% og for pigerne fra 21% til 14% (dog 12% i 2006) (figur 4.5.c). Andelen, der har røget hash mindst 10 gange, ligger relativt stabilt for begge køn i samme periode, 6-8% af drengene og 3-4% af pigerne (figur 4.5.d).



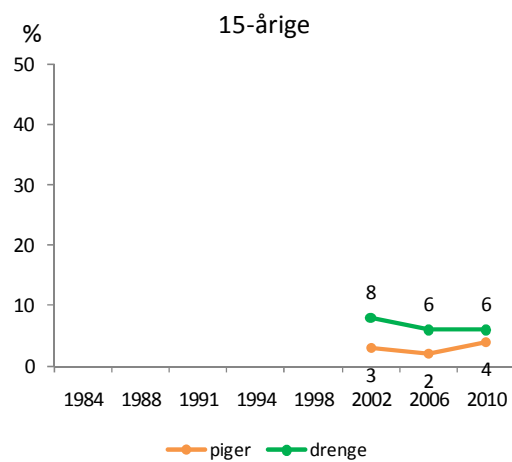
Figur 4.5.a Procent, som har røget hash mindst en gang



Figur 4.5.b Procent, som har røget hash mindst ti gange



Figur 4.5.c Procent, som har prøvet at ryge hash, 2002-2010

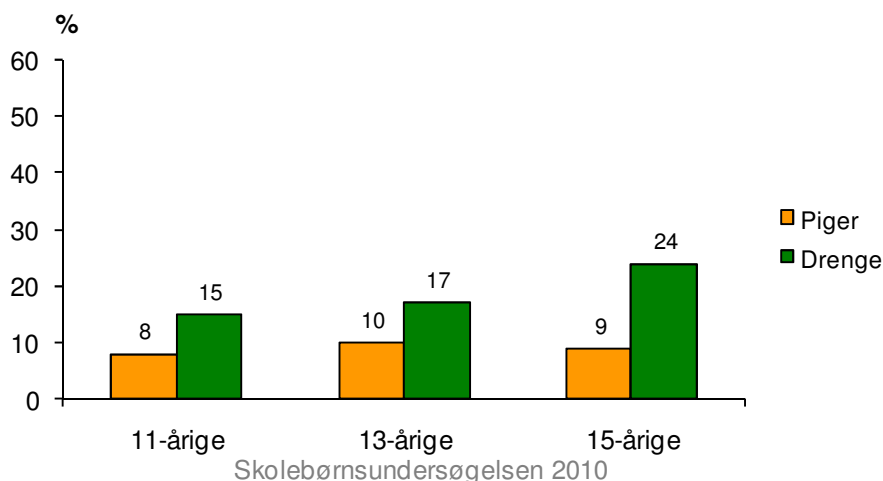


Figur 4.5.d Procent, som har røget hash mindst 10 gange, 2002-2010

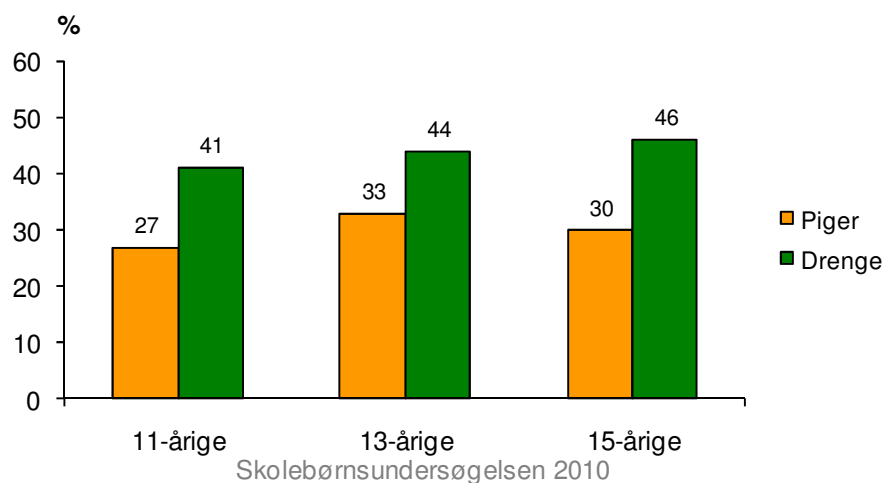
4.6 Fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet

Fysisk aktivitet er gavnlig for kredsløb, stofskifte, vægtkontrol, kondition, muskelstyrke, balance, trivsel og læring. Fysisk aktivitet er bevægelse som giver øget puls og iltoptagelse i blodet. Man kan også bruge ord som bevægelse, sport, træning og motion, men begrebet fysisk aktivitet er hensigtsmæssigt til at beskrive et bredt spektrum af aktiviteter, fra den bevidste hårde træning i fitnesscentret til den bevægelse man udfører i form af træning, leg og aktiv transport til og fra skole. Skolebørnsundersøgelsen måler flere aspekter af fysisk aktivitet. Her vises tal for hård fysisk aktivitet (Vigorous Physical Activity, VPA), som måles ved antal timer på en uge, hvor man i sin fritid udfører fysisk aktivitet, der gør én svedig eller forpustet.

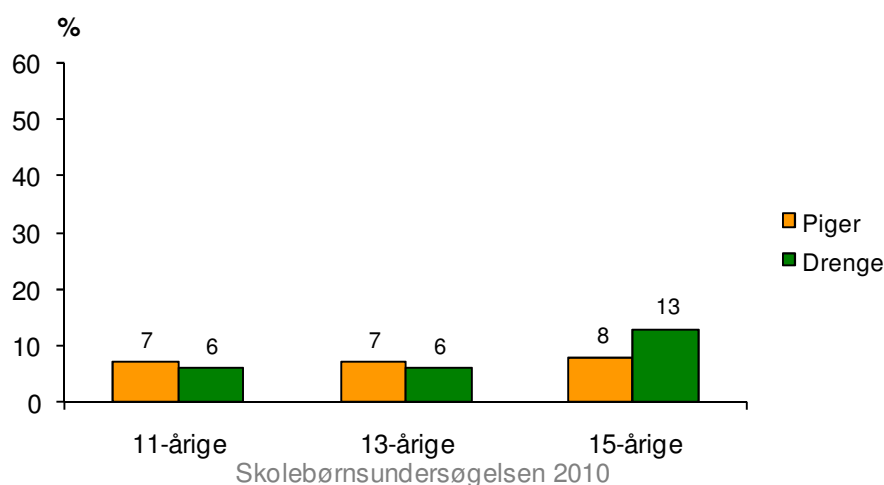
Figur 4.6.a viser, hvor mange elever der udfører hård fysisk aktivitet i fritiden mindst syv timer om ugen, altså et meget højt aktivitetsniveau. Blandt pigerne er det ca. hver tiende i alle tre aldersgrupper, blandt drengene er det henholdsvis 15%, 17% og 24% i de tre aldersgrupper. Figur 4.6.b viser, hvor mange elever der dyrker hård fysisk aktivitet i fritiden mindst fire timer om ugen. Hvis man antager, at børn også dyrker let fysisk aktivitet, og hvis vi lægger den fysiske aktivitet til, der udføres i skolens idrætstimer, rammer vi nogenlunde Sundhedsstyrelsens anbefalinger af, at børn og unge bør have mindst en times fysisk aktivitet om dagen. Det er de færreste, der opfylder disse anbefalinger. Blandt pigerne er det henholdsvis 27%, 33% og 30% i de tre aldersgrupper, blandt drengene er de tilsvarende tal 41%, 44% og 46%. Endelig viser figur 4.6.c hvor mange, der slet ikke dyrker hård fysisk aktivitet i fritiden, altså nul timer. Dette gælder særligt for drengene i niende klasse. Her er andelen af inaktive drenge 13%.



Figur 4.6.a Procent, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 7 timer om ugen i fritiden

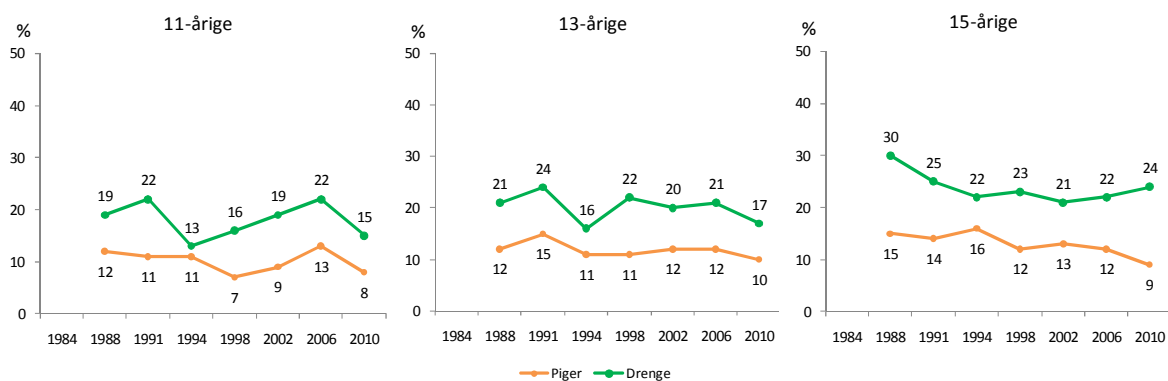


Figur 4.6.b Procent, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen i fritiden

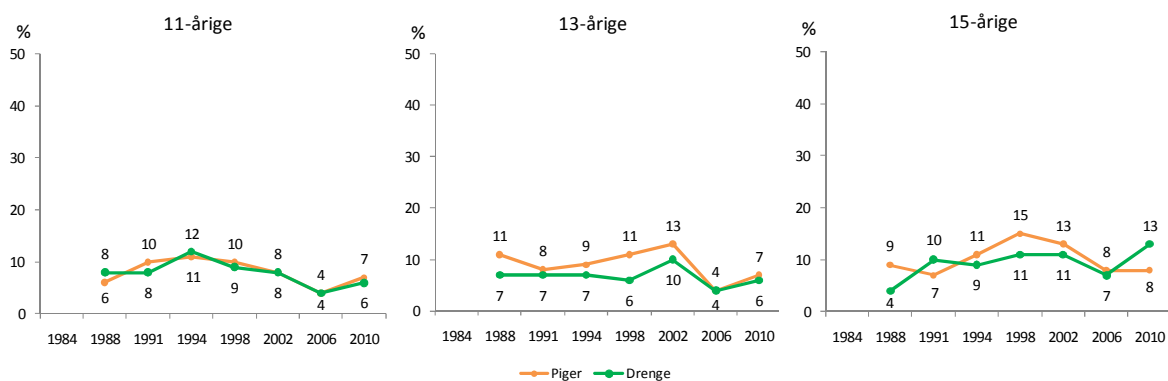


Figur 4.6.c Procent, som dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet om ugen

Gennem årene har andelen af meget aktive piger været relativ konstant, mens andelen af meget fysisk aktive drenge har svinget. Betragter vi den seneste periode fra 2006 til 2010, ser vi desværre flere steder negative tendenser med faldende andel af meget aktive elever. Denne udvikling er særlig tydelig blandt de yngste elever (figur 4.6.d). Fra midt i 1990'erne og frem til 2006 så vi en positiv udvikling med et fald i andelen af inaktive elever. Over den seneste periode fra 2006 til 2010 ser vi desværre svage tendenser mod en stigende andel af fysisk inaktive elever. Dette mønster er tydeligst blandt de ældste drenge (figur 4.6.e).

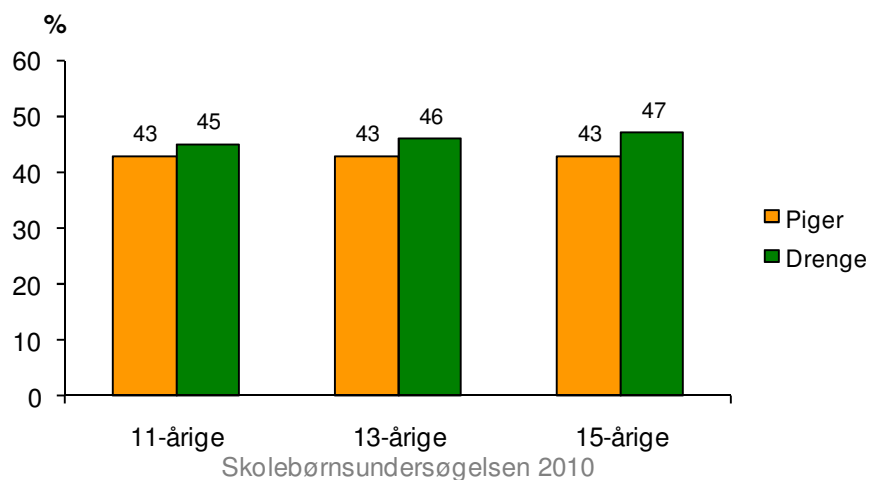


Figur 4.6.d Procent, som dyrker mindst 7 timers hård fysisk aktivitet om ugen i fritiden, 1988-2010



Figur 4.6.e Procent, som dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet om ugen, 1988-2010

Aktiv transport – det vil sige, at man går eller cykler til skole/arbejde – er et nyt tema, der nu ofte beskrives i undersøgelser af fysisk aktivitet. Figur 4.6.f viser procent af piger og drenge i de tre aldersgrupper, der cykler til skole, og det drejer sig om lidt under halvdelen. Det er også forholdsvis almindeligt at gå til skole, det gælder ca. en femtedel af eleverne. På tredjepladsen kommer offentlige transportmidler, fx bus eller tog, som bruges af omkring 16 % af eleverne, og ca. 12 % i disse aldersgrupper bliver kørt til skole i bil.



Figur 4.6.f Procent, som cykler til skole

Vi har mulighed for at sammenligne disse tal med Skolebørnsundersøgelsen 1988. Tallene er ikke helt sammenlignelige, fordi spørgsmålet blev formuleret lidt forskelligt: I 1988 spurgte vi 'Hvordan kommer du i skole for tiden?' og i 2010 spurgte vi 'Hvordan foregår det meste af din vej til skole på en almindelig dag?'. Sammenligningen mellem de to undersøgelser giver dog et indblik i, at der er færre børn i dag end for 22 år siden, som cykler til skole, se tabel 4.6.a.

Tabel 4.6.a Andel, som cykler til skole i 1988 og 2010, %

	11-årige		13-årige		15-årige	
	Piger	Dreng	Piger	Dreng	Piger	Dreng
1988	46	50	57	53	54	55
2010	43	45	43	46	43	47

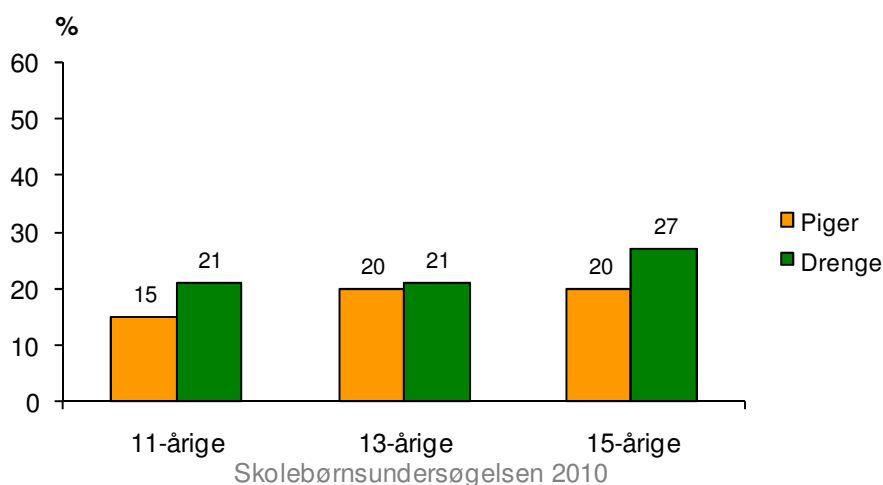
4.7 Stillesiddende adfærd

For meget siddende er skadeligt for kredsløb, stofskifte, vægtudvikling, alment helbred og trivsel. Stillesiddende adfærd har påkaldt sig megen opmærksomhed i de seneste år i erkendelse af, at det kan være en af de væsentlige årsager til den kraftige tilvækst i overvægtige, vi har set i den seneste generation. Børn i alle aldre har i langt højere grad end tidligere mulighed for stillesiddende aktiviteter, som de finder sjove og spændende, og computerens indtog i vores hverdagsliv er en anden stor konkurrent til fysisk aktivitet.

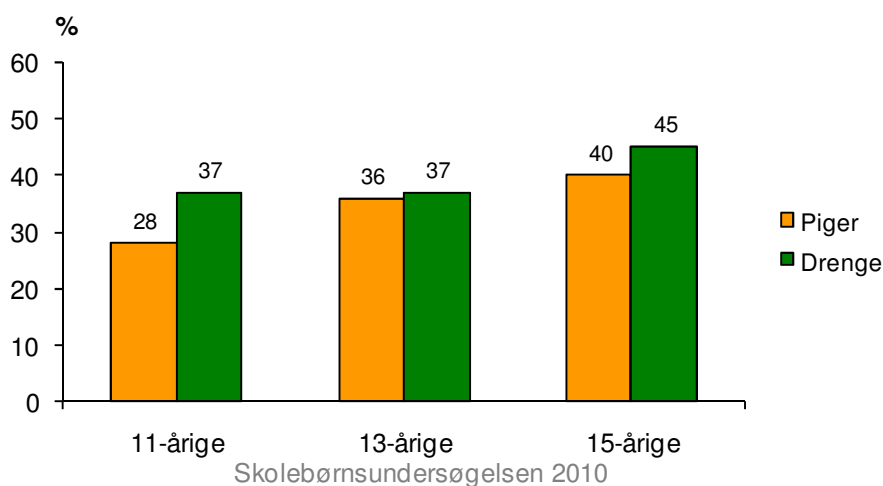
På engelsk kaldes fænomenet *sedentary behaviour*, på dansk stillesiddende adfærd. Mange undersøgelser beskriver mennesker, som enten er fysisk aktive eller stillesiddende, men det er ikke rigtigt. Nogle mennesker sidder stille for at hvile efter fysisk aktivitet, andre hverken dyrker motion eller er særligt stillesiddende. Der er næsten ingen sammenhæng mellem antal timer brugt til fysisk aktivitet og antal timer brugt til stillesiddende adfærd. Derfor må man studere de to fænomener hver for sig.

Skolebørnsundersøgelsen måler to indikatorer på stillesiddende adfærd, antal timer brugt på hverdage til at se fjernsyn, dvd og video, og antal timer brugt på hverdage til at sidde ved computer. Her viser vi andelen af børn og unge, der bruger mindst fire timer om dagen på at se fjernsyn mv., og andelen af børn og unge, der mindst fire timer om dagen bruger computer til at spille og surfe på nettet. Figurerne skelner mellem hverdage og weekender.

Figur 4.7.a viser andelen, som bruger mindst fire timer på almindelige hverdage på at se tv, dvd, eller video. Samlet drejer det sig om ca. hver femte elev, færrest blandt 11-årige piger (15%), flest blandt 15-årige drenge (27%). Tilsvarende viser figur 4.7.b andel, som bruger mindst fire timer om dagen i weekenden på at se tv/dvd/video. Samlet drejer det sig om mere end en tredjedel af eleverne, og andelen stiger med alderen.

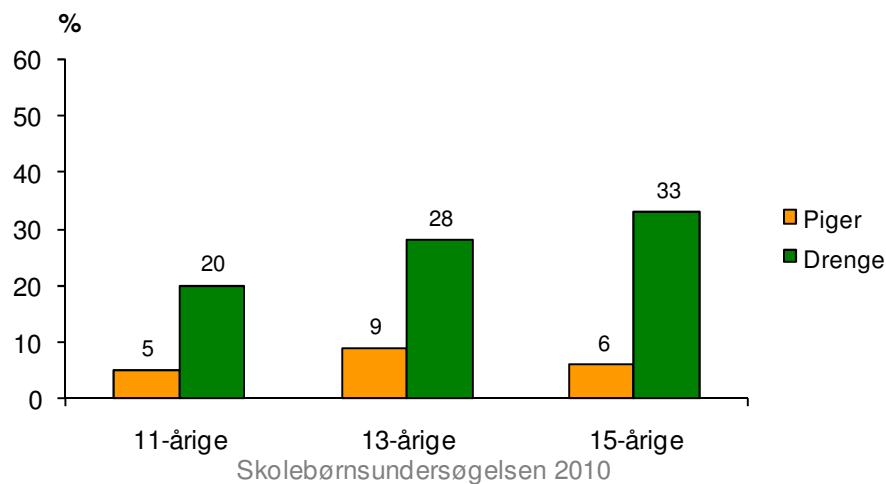


Figur 4.7.a Procent, som ser mindst 4 timers fjernsyn, video eller DVD på hverdage

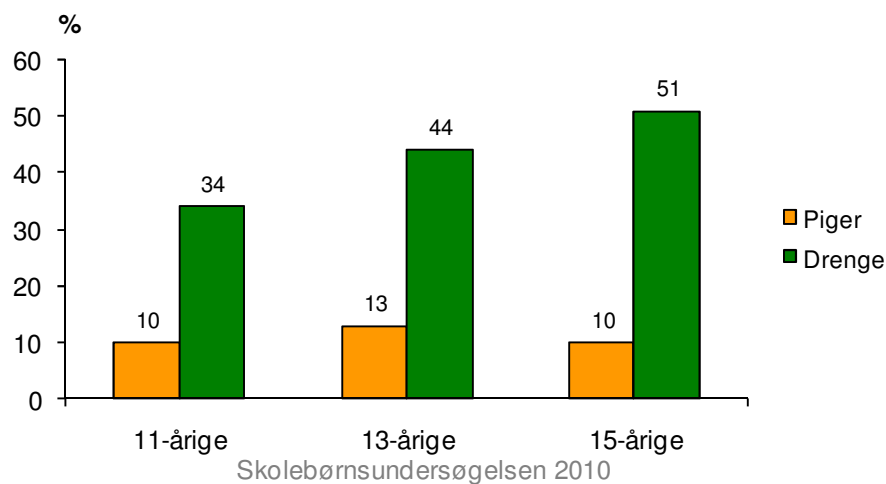


Figur 4.7.b Procent, som ser mindst 4 timers fjernsyn, video eller DVD dagligt i weekenden

Der er en anden form for skærmforbrug, der skaber bekymring inden for forskningen om overvægt, nemlig de mange timer mange unge sidder foran computer og spillekonsol og spiller. Figur 4.7.c viser andelen, som bruger mindst fire timer om dagen på hverdage til at spille på computer og spillekonsol. Det er en relativt lille andel af pigerne, henholdsvis 5%, 9% og 6% i de tre aldersgrupper, men det er en relativt stor andel af drengene, henholdsvis 20%, 28% og 33% i de tre aldersgrupper. Figur 4.7.d viser tilsvarende forekomster for weekenden, altså andel, som bruger mindst fire timer om dagen i weekenden til at spille på computer og spillekonsol. Igen er det relativt få blandt pigerne, 10%, 13% og 10% i de tre aldersgrupper, men blandt drengene er det mange: 34%, 44% og 51% i de tre aldersgrupper. Det skal nævnes, at en ganske stor del af drengene svarer 'mindst 7 timer' til disse spørgsmål.

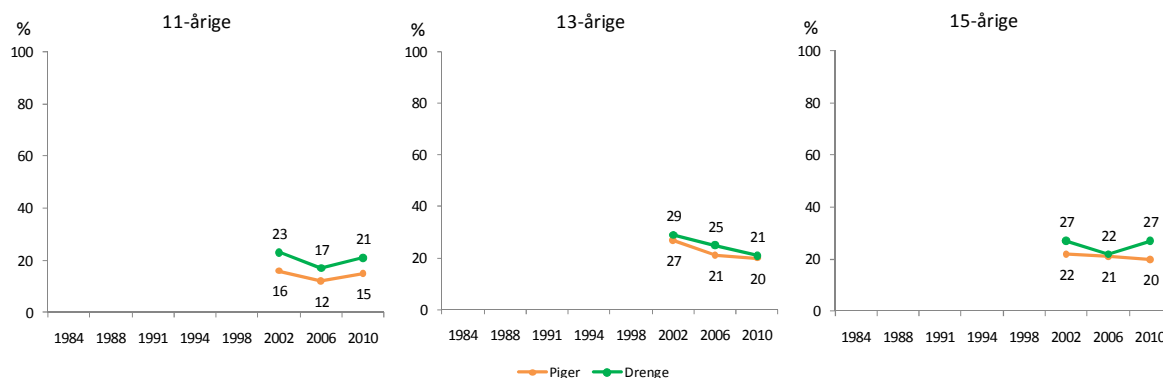


Figur 4.7.c Procent, som spiller på computer eller spillekonsol mindst 4 timer dagligt på hverdage

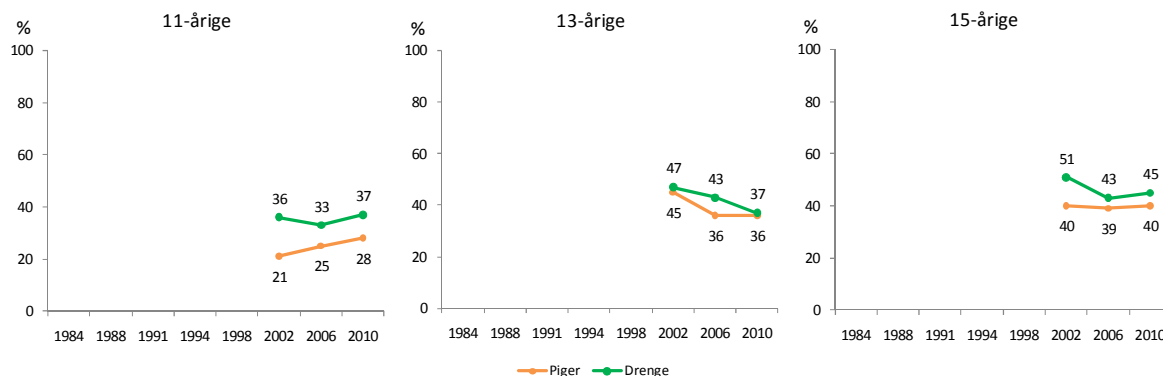


Figur 4.7.d Procent, som spiller på computer eller spillekonsol mindst 4 timer dagligt i weekenden

På et enkelt område har vi mulighed for at beskrive trenden over tid, nemlig for tid brugt til at se tv, dvd eller video. Det er svært at tale om en entydig trend. Figur 4.7.e viser andel, der ser tv, dvd eller video mindst fire timer i hverdagen i 2002, 2006 og 2010. Der er sket et tydeligt fald for de 13-årige, men ellers har niveauet været nogenlunde det samme ved alle tre måletidspunkter. Figur 4.7.f viser tilsvarende tal for weekenden: der er over de seneste otte år sket en tydelig stigning for 11-årige piger og et tydeligt fald blandt de 13-årige piger og drenge.



Figur 4.7.e Procent, som ser mindst 4 timers fjernsyn, video eller DVD på hverdage, 2002-2010



Figur 4.7.f Procent, som ser mindst 4 timers fjernsyn, video eller DVD dagligt i weekenden, 2002-2010

Vi har kun data om tidsforbrug til at spille computer eller spillekonsol fra 2006 og 2010. Til gengæld er konklusionen klar: der har i de sidste fire år været en tydelig stigning i andelen, som bruger mindst fire timer om dagen på denne aktivitet. Stigningen er særligt tydelig blandt drenge og blandt 13-årige piger, og dette mønster gælder både for hverdage og i weekender (figur ikke vist).

4.8 Kostvaner

At udvikle sunde kostvaner allerede i barndommen er afgørende for at forebygge helbredsproblemer og alvorlig sygdom både tidligt og senere i livet. Dette skyldes for det første, at kostens sammensætning har afgørende betydning for udvikling af sygdom. Langsigtede kostrelaterede sygdomme er fx flere former for kræft, hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge, mens caries, fedme og mangel på mikronæringsstoffer er nogle af de mere kortsigtede konsekvenser af en forkert sammensat kost. For det andet ved man, at der er stor sandsynlighed for, at kostvaner fastlagt i barndommen videreføres ind i voksenlivet.

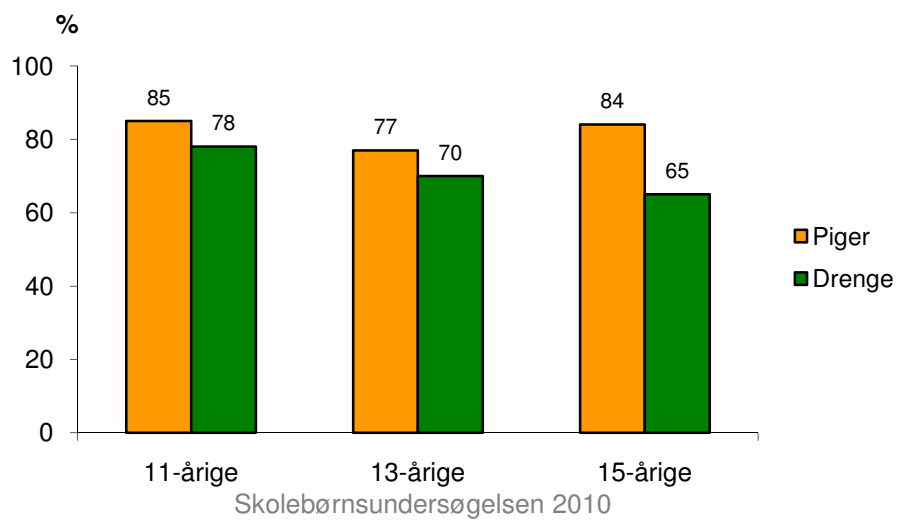
Gennem en årrække har der været gennemført både nationale og lokale kampagner for at forbedre danskernes kostvaner. Samtidigt er der indført en række officielle kostenbefalinger. Således har man i Danmark med baggrund i de nordiske næringsstofs-rekommandationer formuleret en række kostråd. I grove termer lyder disse således: *spis frugt og mange grøntsager hver dag, spis kartofler, ris eller pasta og fuldkornsbrød hver dag, spis fisk og fiskepålæg flere gange om ugen, spar på fedtet – bl.a. ved at vælge mejeriprodukter og kød med lavt fedtindhold, spar på sukkeret – og sluk tørsten i vand.*

Der er flere former for kostforskning: Der er ernæringsfysiologisk forskning om kostens sammensætning og næringsstoffer, der er sundhedsforskning om indtag af forskellige fødeemner, og der er sociologisk forskning med fokus på måltidet og dets funktion i familieliv og dagligliv. Skolebørnsundersøgelsen beskæftiger sig med de to sidste former for kostforskning: Vi benytter spørgeskemaer til at indsamle data om, hvad eleverne spiser, og hvor tit de deltager i organiserede måltider. Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvor ofte eleverne spiser en række udvalgte fødeemner, som kan give et fingerpeg om, i hvilken udstrækning eleverne har en fornuftig sammensat kost. Måltidsvanerne beskrives i næste afsnit.

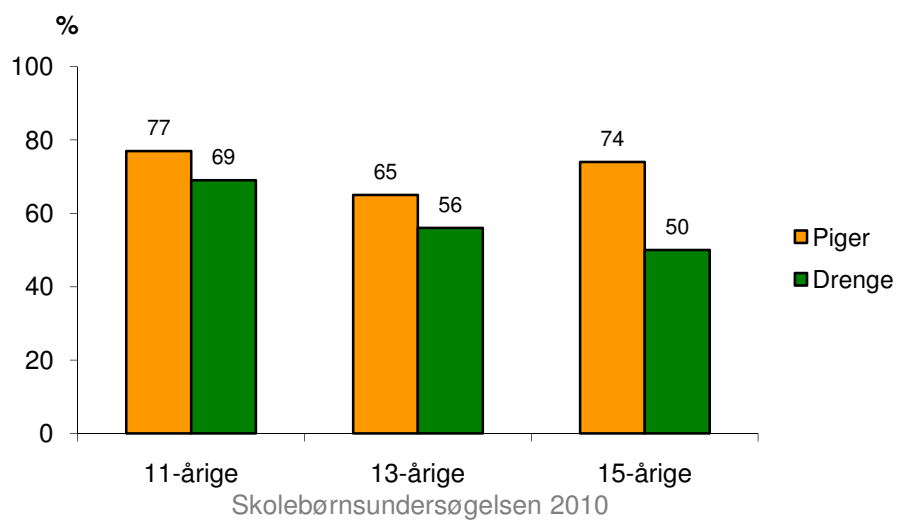
De udvalgte fødeemner er blandt andet frugt og grøntsager, og af figur 4.8.a ses det, at for alle tre aldersgrupper er andelen, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, større blandt pigerne end blandt drengene. Samtidigt ses det, at andelen, som dagligt spiser frugt og/eller grøntsager blandt drengene, falder med alderen. Således er det 65% af drengene i niende klasse, som dagligt spiser frugt og/eller grøntsager i niende klasse, mens dette gælder for 78% af drengene i femte klasse.

Den officielle anbefaling i Danmark angående indtagelse af frugt og grøntsager kom i 1998. Denne lyder på et samlet dagligt indtag på 600 g – fx 3 frugter og 3 grøntsager – de såkaldte '6 om dagen'. For børn mellem 4 og 10 år lyder anbefalingen på 300-500 g om dagen. Af de præsenterede tal fremgår det således, at danske børn og unge langt fra indtager den anbefalede mængde af frugt og grøntsager, idet en stor del slet ikke indtager disse fødeemner dagligt.

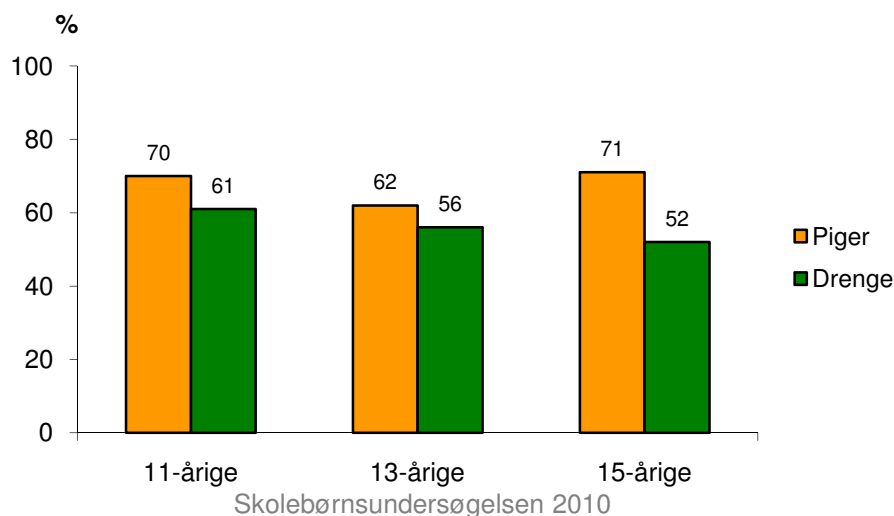
Betragtes indtaget af frugt og grøntsager hver for sig, ses det samme billede (figur 4.8.b og 4.8.c). Pigerne ligger højere end drengene, og for både frugt og grøntsager falder andelen af drenge med dagligt indtag med alderen. De her observerede køns- og aldersforskelle er et typisk billede, som kan genfindes i andre nationale og internationale undersøgelser.



Figur 4.8.a Procent, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt

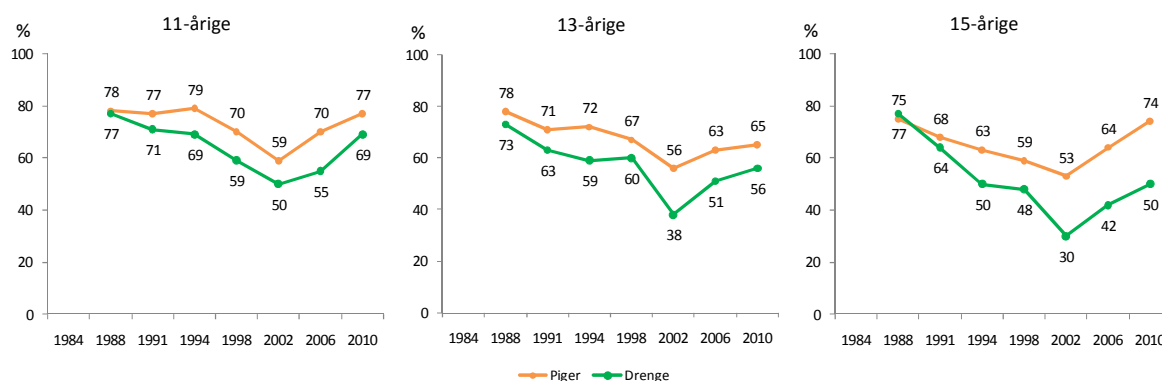


Figur 4.8.b Procent, som spiser frugt dagligt



Figur 4.8.c Procent, som spiser grøntsager dagligt

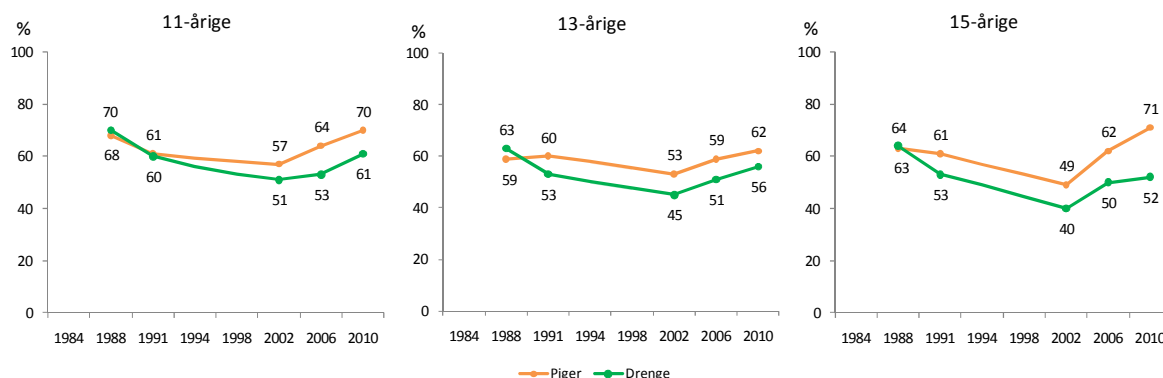
I Skolebørnsundersøgelserne har vi siden 1984 spurgt eleverne om deres indtag af frugt, og det er dermed muligt at følge udviklingen i andelen af elever med dagligt indtag af frugt. Fra 1980'erne og frem til 2002 så vi en negativ udvikling med faldende indtag af frugt. Fra 2002 og frem til 2006 er udviklingen vendt, og vi har i denne periode set en markant stigning i andel af elever, som dagligt spiser frugt (Rasmussen et al., 2007). De seneste data fra 2010 viser, at den positive udvikling er fortsat og at de positive tendenser ses blandt både drenge og piger og i alle tre aldersgrupper (figur 4.8.d). Spørgsmålene om kost i spørgeskemaet har vekslet lidt igennem årene, og resultaterne før og efter 2000 er ikke helt sammenlignelige. Figuren af udvikling over tid viser således et billede, som sandsynligvis giver en lille overestimering af indtaget før år 2000.



Figur 4.8.d Procent, som spiser frugt dagligt, 1988-2010

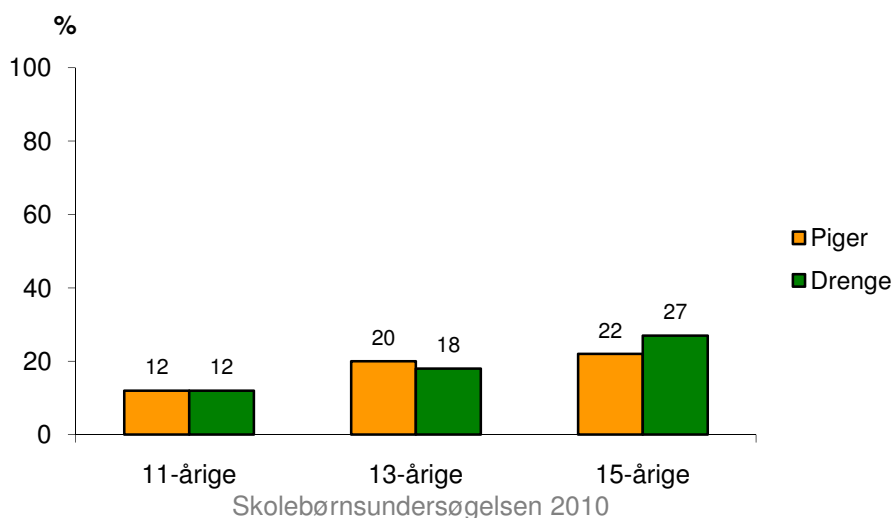
Spørgsmålet om indtagelse af grøntsager har gennem tiden været stillet på forskellig vis, og vi kan derfor kun sammenligne data fra 1988, 1991, 2002, 2006 og 2010. Tendensen er den samme som for frugt: et markant fald i andelen, som spiser grøntsager dagligt, fra 1980'erne til 2002 afløst af en stigning fra 2002 til 2010 (figur 4.8.e). Der er altså noget der tyder på, at den tiltrængte og øgede indsats for at øge danskernes indtag af frugt og

grønt – bl.a. '6 om dagen'-kampagnen – har haft en positiv indvirkning på indtaget blandt børn og unge, som nu er næsten på samme niveau som i 1984.

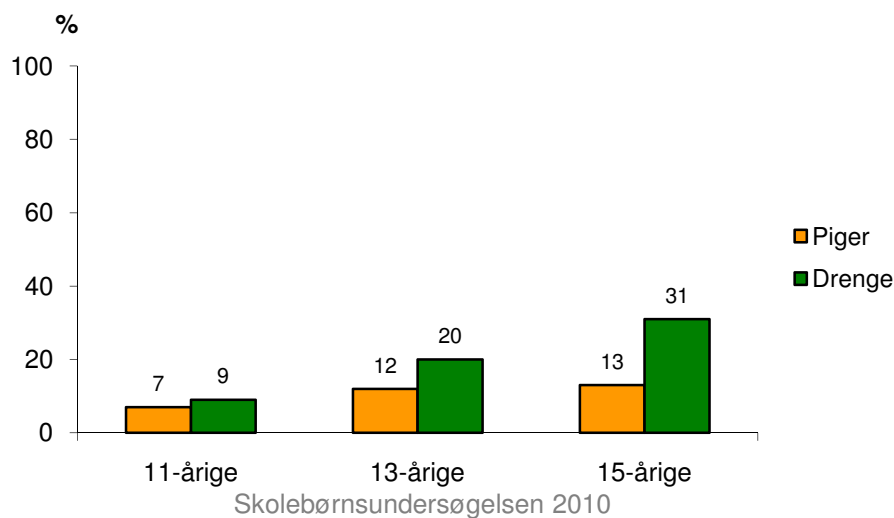


Figur 4.8.e Procent, som spiser grøntsager dagligt, 1988-1991 og 2002-2010

En stor del af danske børn spiser mere sukker, end det anbefales, og en stor del af den spiste sukkermængde er tilsatte raffinerede sukkerstoffer, som fx findes i slik, chokolade og sodavand. Børn med et stort forbrug af fødeemner med højt sukkerindhold risikerer at fortrænge mere sunde fødeemner fra kosten, således at denne kommer til at indeholde for få vitaminer, mineraler og kostfibre. Vi har i spørgeskemaet spurgt eleverne, hvor tit de spiser slik eller chokolade, og hvor tit de drikker sodavand med sukker. Af figur 4.8.f ses det, at de ældste elever oftere end de yngste spiser slik og chokolade. Kun blandt eleverne i niende klasse er der en tydelig kønsforskel, idet drengene her spiser mere slik og chokolade end pigerne. For dagligt indtag af sodavand finder vi særligt blandt de 13- og 15-årige, at drengene drikker sodavand oftere end pigerne. Særligt blandt drengene stiger indtaget af sodavand med stigende alder. Det er således omtrentlig hver tiende dreng i femte klasse som dagligt drikker sodavand, mens dette gælder for hver tredje dreng i niende klasse (figur 4.8.g).



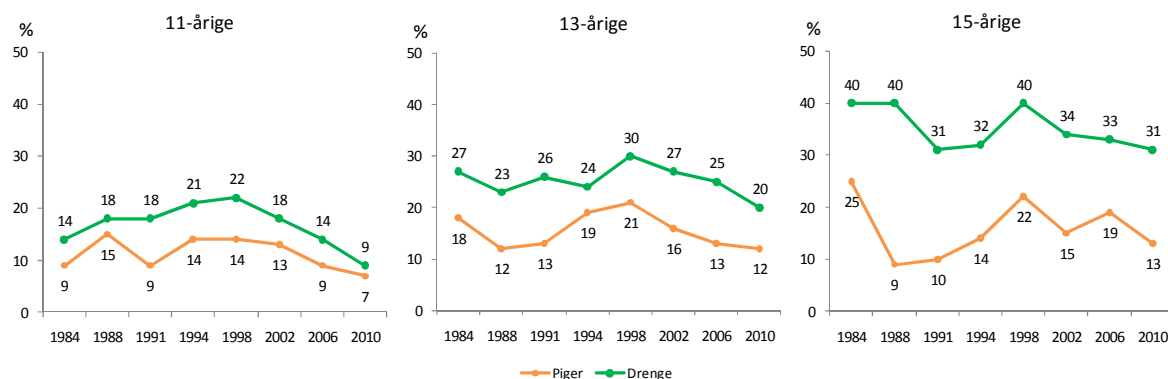
Figur 4.8.f Procent, som spiser slik/chokolade dagligt



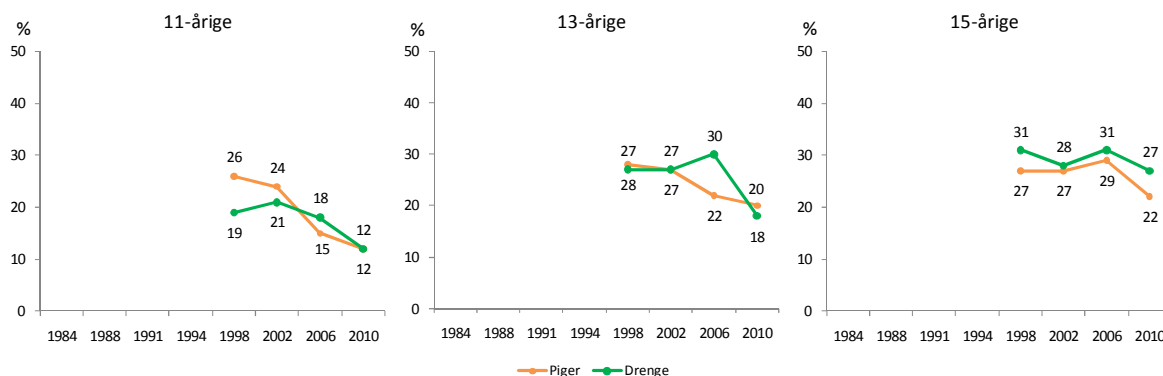
Figur 4.8.g Procent, som drikker sodavand med sukker dagligt

Hvis vi betragter udviklingen over tid i indtagelse af sodavand, ser vi, at der siden slutningen af 1990'erne har været et fald i indtag – særligt blandt de 11-årige og 13-årige elever. Denne udvikling er fortsat frem til 2010. Ligeledes ses også blandt de ældste piger positive tendenser fra 2006 til 2010, idet indtaget af sodavand også her er faldet (figur 4.8.h).

Indtaget af slik og chokolade har vi kun spurgt til i de fire seneste undersøgelsesrunder. Fra 2006 til 2010 ser vi for drenge og piger på alle klassetrin en positiv udvikling med et faldende indtag af slik og chokolade. Denne positive udvikling er blandt eleverne i femte klasse observeret siden 2002, mens udviklingen er mere vekslende blandt eleverne i syvende og niende klasse (figur 4.8.i).



Figur 4.8.h Procent, som drikker sodavand med sukker dagligt, 1984-2010



Figur 4.8.i Procent, som spiser slik/chokolade dagligt, 1998-2010

4.9 Måltidsmønstre

Den øgede opmærksomhed på kost, som har kendetegnet de sidste årtier, har ikke kun fokuseret på de næringsstofrelaterede aspekter, men også på rammerne for indtagelse af den daglige kost i form af måltider og måltidsstrukturer. De strukturelle og sociale rammer omkring børn og unges måltider betragtes i dag som centrale for opbygningen af sociale tilhørsforhold. Indtagelsen af et måltid bliver et sted for socialt samvær og dermed et sted for etablering og fastholdelse af sociale fællesskaber (Jørgensen et al., 2011; Fabritius & Rasmussen, 2007).

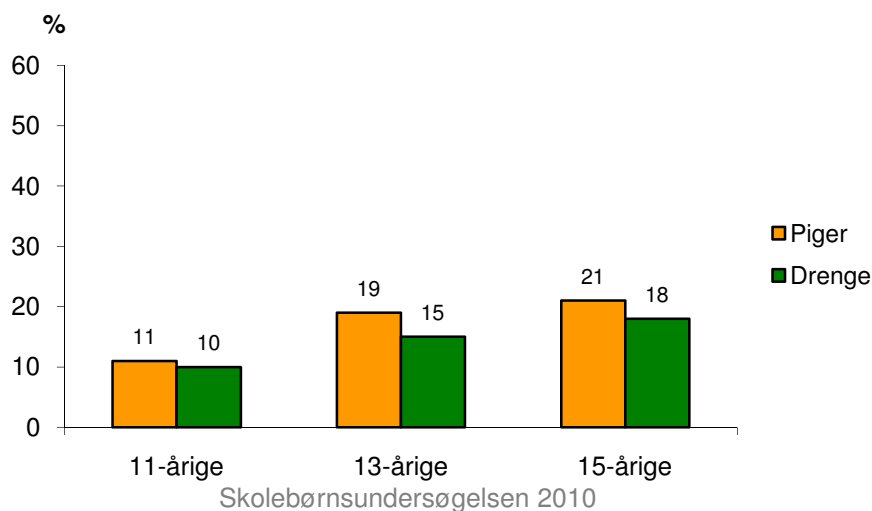
Ud fra en ernæringsmæssig vinkel er der ingen klare retningslinjer for hvornår, og hvor ofte måltider skal indtages, men en regelmæssig tilførsel af energi og næringsstoffer bør ifølge de nuværende nordiske næringsstofsrekommandationer fordeles løbende henover dagen. I ungdommen, hvor kroppen udvikles med stor hastighed, er der særligt behov for regelmæssige måltider for at imødekomme det øgede behov for energi og næringsstoffer.

Den eksisterende forskning om sundhedsmæssige effekter af regelmæssige måltider er særlig fokuseret omkring morgenmad, men nyere forskning undersøger også betydningen det generelle måltidsmønster. Der er flere studier, der finder, at et uregelmæssigt måltidsmønster er en risiko for, at der spises usund mad mellem måltiderne. Når måltider undlades kan det derfor let komme til at betyde, at den samlede kost indeholder for meget sukker og fedt. Både internationale studier og vores egen forskning viser, at børn og unge, som ikke har regelmæssige morgenmadsvaner, har øget risiko for overvægt (Fabritius & Rasmussen, 2007). Yderligere analyser af vores egne data viser også, at de børn og unge, der ikke har regelmæssige måltidsvaner, har øget risiko for et lavt indtag af frugt og grøntsager.

I Skolebørnsundersøgelsen 2010 har vi spurgt eleverne om, hvor ofte de deltager i organiserede måltider såsom morgenmad, frokost og aftensmad, og om hvor ofte de spiser aftensmad med deres familie.

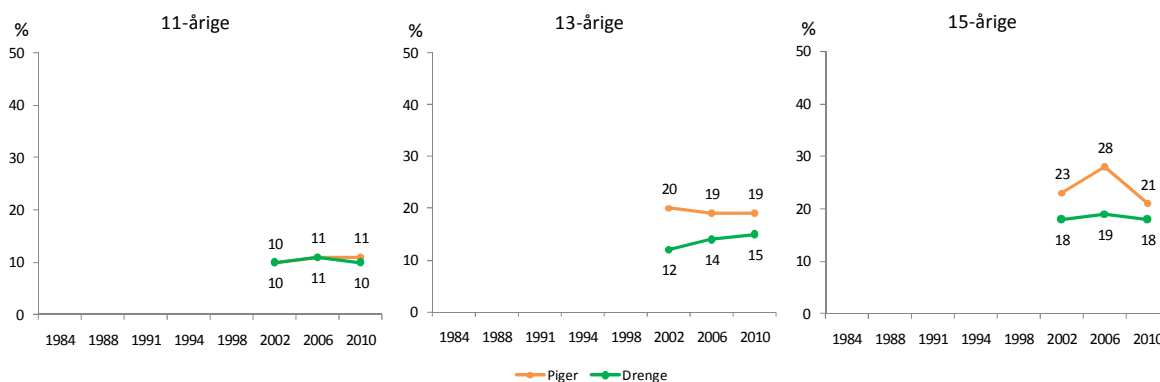
Figur 4.9.a illustrerer, hvor stor en andel af pigerne og drengene i henholdsvis femte, syvende og niende klasse, som spiser morgenmad to hverdage om ugen eller sjældnere (i det følgende defineret som 'ofte at springe morgenmaden over'). Hver tiende dreng i femte

klasse springer ofte morgenmaden over, mens det er cirka hver femte pige i niende klasse, som ofte springer morgenmaden over. I de ældre klasser ses en tendens til, at flere piger end drenge springer morgenmaden over. Andelen af elever, som springer morgenmaden over i weekenden er generelt lavere end for hverdage (figur ikke vist).



Figur 4.9.a Procent, som spiser morgenmad to hverdage om ugen eller sjældnere

Vi har i de seneste tre dataindsamlinger spurgt enslydende til, hvor ofte eleverne spiser morgenmad. Det er derfor muligt at se på udviklingen i morgenmadsvaner (figur 4.9.b). For de 11- og 13-årige er det stort set en lige stor andel elever, der springer morgenmaden over i alle tre dataindsamlinger. Blandt de 15-årige er billedet statisk for drengene i de tre dataindsamlinger, men for de 15-årige piger er der sket et fald i andelen af piger, der springer morgenmaden over fra 2006 til 2010.

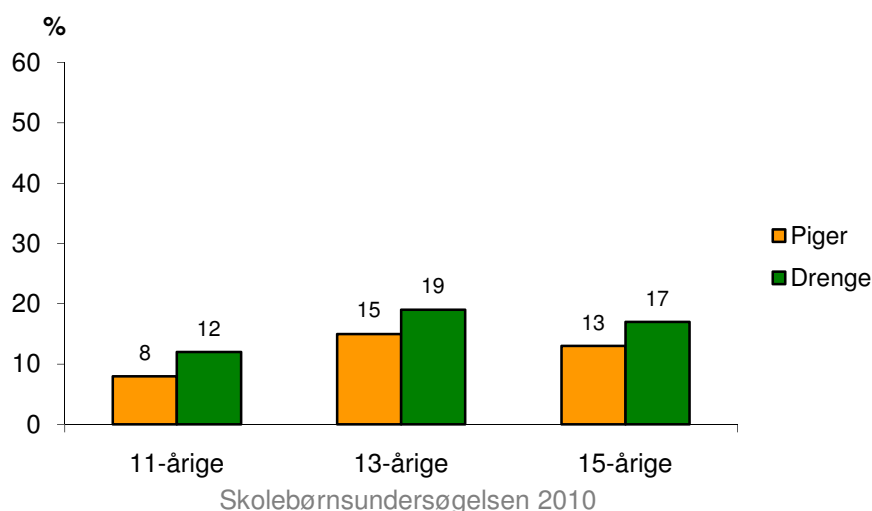


Figur 4.9.b Procent, som spiser morgenmad to hverdage om ugen eller sjældnere, 2002-2010

Det er positivt, at der fra 2006 til 2010 er sket et fald i andelen af 15-årige piger, der springer morgenmaden over. Der er imidlertid stadig alt for mange børn og unge, der springer morgenmaden over, og dette er foruroligende, da det som tidligere nævnt kan have en række sociale og sundhedsmæssige konsekvenser.

Figur 4.9.c illustrerer, hvor stor en andel af pigerne og drengene i henholdsvis femte, syvende og niende klasse, som spiser frokost to hverdage om ugen eller sjældnere. I modsætning til morgenmad er det for alle alderstrin særligt drengene, der springer frokosten over og særligt de ældste drenge.

Det er bekymrende, at så mange elever ofte springer frokosten over i skolen, da det kan være et udtryk for, dels at de muligvis indtager mere usunde alternativer, dels at de mangler næringsstoffer til at klare eftermiddagens aktiviteter. Denne hypotese må dog efterprøves i vores data, og det er et område, vi vil sætte særligt fokus på i de kommende år. Andelen af elever, der springer frokosten over i weekenden, er markant højere end i hverdagene (figur ikke vist).



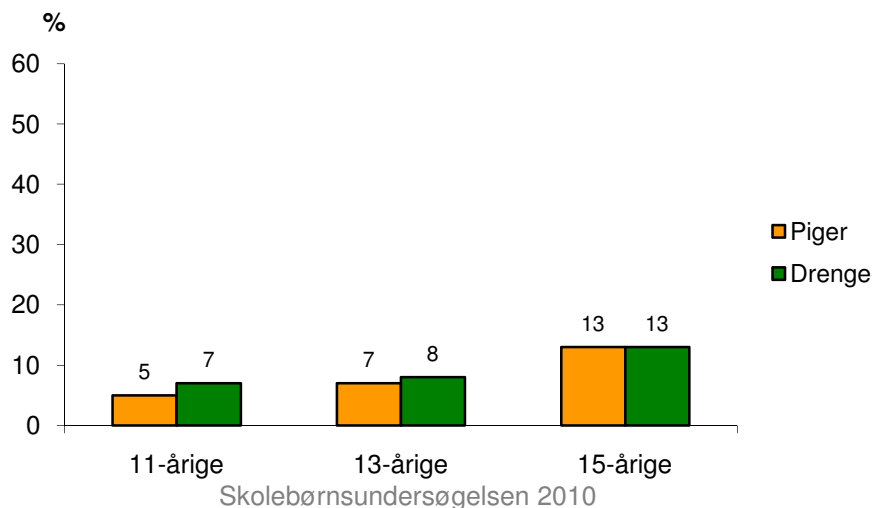
Figur 4.9.c Procent, som spiser frokost to hverdage om ugen eller sjældnere

I denne undersøgelse spørger vi også eleverne om, hvor ofte de spiser aftensmad i henholdsvis hverdagen og weekenden. Aftensmad er det måltid, der er bedst etableret blandt eleverne både i hverdagen og weekenden (figur ikke vist).

Familiemåltidet har en vigtig rolle for mange familier, og det er i familien, at der bl.a. foregår en socialisering af sundhedsrelateret adfærd, hvor forældres holdninger og adfærd påvirker børnene og de unges adfærd. Det at spise måltider sammen med sin familie har i flere internationale studier vist sig, at være associeret med sundere kost, mindre sandsynlighed for at udvikle spiseforstyrrelse og bedre psykisk trivsel. Fælles familiemåltider kan ifølge litteraturen også være grobund for sundere kostindtag som voksen.

I undersøgelsen spørger vi eleverne, hvor ofte de spiser aftensmad med deres mor og/eller far. Af figur 4.9.d ses det, at 5% af pigerne i femte klasse og 13% af både piger og drenge i niende klasse sjældent spiser aftensmad med deres forældre. Generelt er der ikke de store forskelle mellem piger og drenge. Data viser, at det særligt er blandt de 15-årige, at familiemåltidet springes over. Det er ikke overraskende, at det er de ældste elever, der springer aftensmaden med familien over, da de i højere grad end de yngre elever er

involveret i fritidsarbejde, fritidsinteresser og samvær med venner, som kan forhindre dem i at kunne nå at spise sammen med familien.



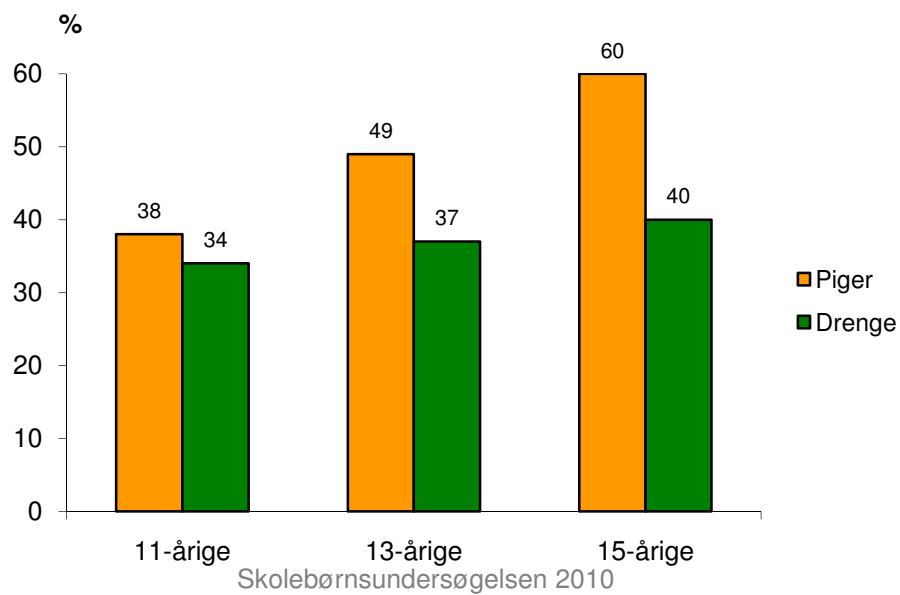
Figur 4.9.d Procent, som spiser aftensmad med deres mor og/eller far tre dage om ugen eller sjældnere

4.10 Lægemiddelforbrug

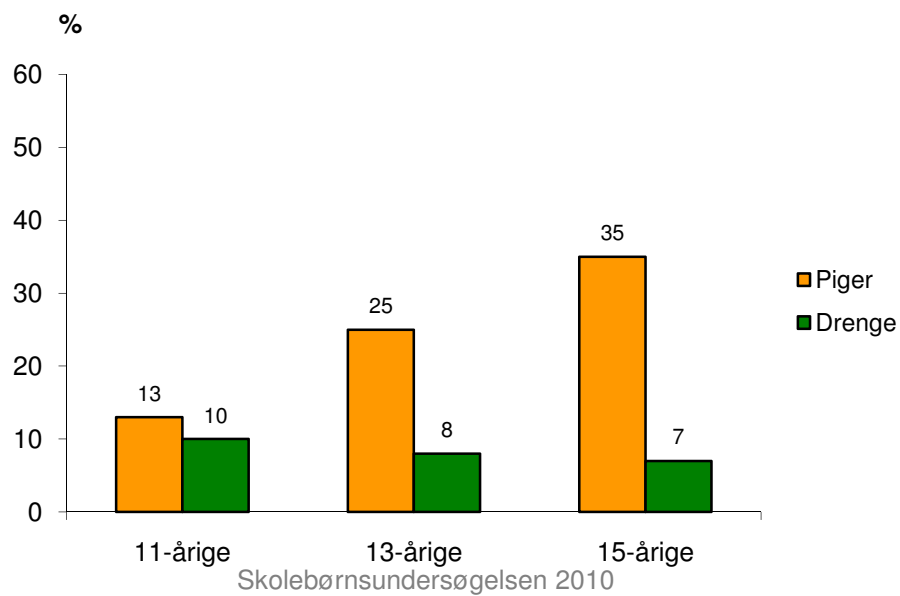
Børn og unges forbrug af lægemidler mod almindelige symptomer er meget udbredt, og forbruget har været stigende i 1980'erne og 1990'erne (Holstein et al., 2009).

I Skolebørnsundersøgelsen har vi fokus på brug af lægemidler mod fire specifikke symptomer: hovedpine, mavepine, nervøsitet og svært ved at falde i søvn. Tallene viser, at en del børn og unge rapporterer, at de bruger lægemidler, uden at de samtidig har det symptom, lægemidlet tages for at dulme. Det giver anledning til bekymring. Selvom brug af lægemidler ofte opfattes som en fornuftig adfærd, er et stort forbrug eller et overforbrug ikke ufarligt. Håndkøbslægemidler som indeholder paracetamol eller acetylsalicylsyre kan give bivirkninger i form af leverskader, blødninger fra mave-tarmkanalen og overforbrugs-hovedpine. Desuden er paracetamol det hyppigst anvendte stof til selvmordsforsøg blandt unge. Brug af beroligende midler og sovemidler kan desuden skabe misbrug og afhængighed.

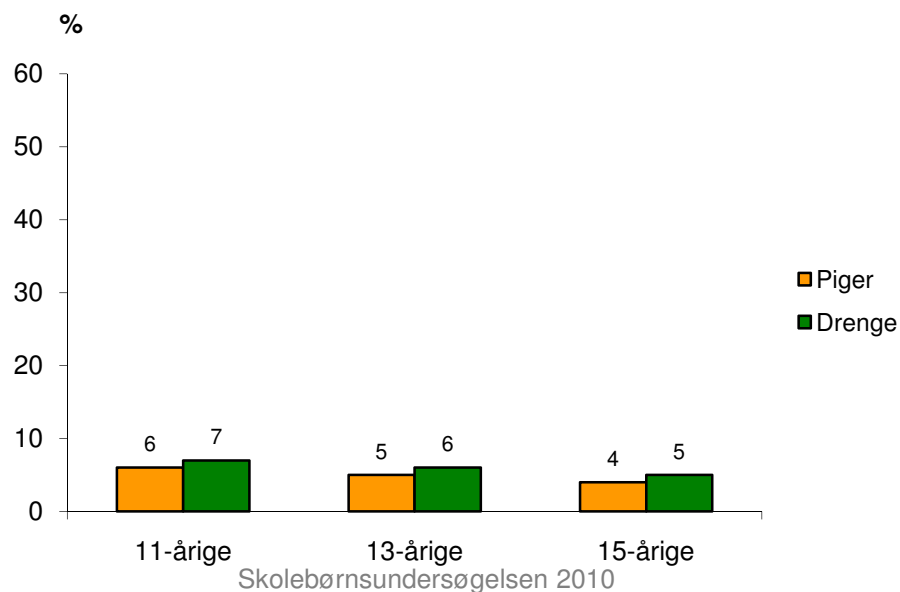
I 2010 havde en meget stor andel af både drenge og piger i alle tre aldersgrupper brugt lægemidler mod hovedpine mindst en gang i den seneste måned og andelen stiger med alderen (figur 4.10.a). En stor andel af pigerne har brugt lægemidler mod mavepine mindst en gang den sidste måned, og forbruget stiger meget med alderen. Blandt drengene falder forbruget med alderen, og langt færre drenge end piger bruger lægemidler mod mavepine (figur 4.10.b). Særligt blandt de 15-årige piger har mange brugt lægemidler den sidste måned – 60% har brugt lægemidler mod hovedpine og 35% mod mavepine. Kun en lille andel af eleverne har brugt lægemidler mod nervøsitet eller søvnbesvær, og dette gælder for både drenge og piger i alle aldersgrupper (figur 4.10.c og 4.10.d).



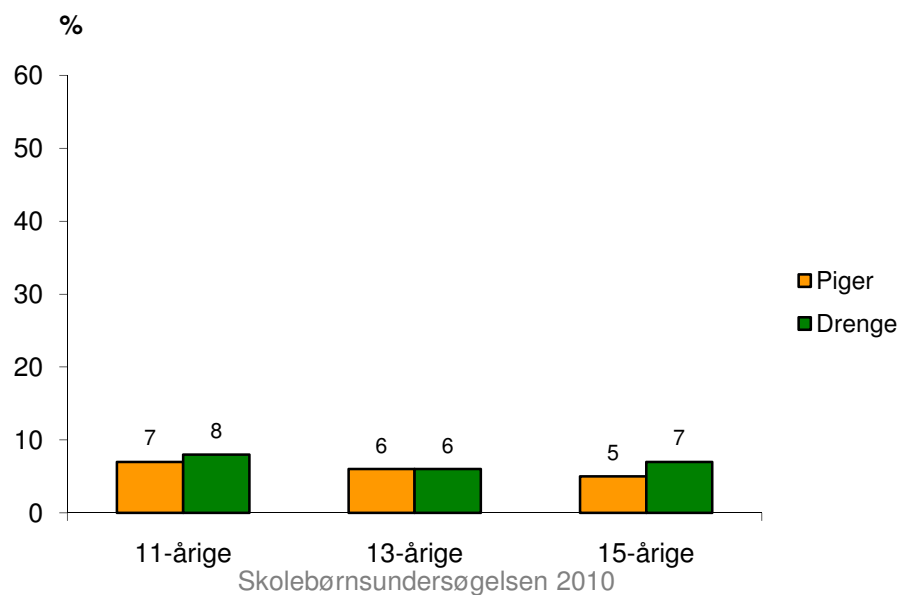
Figur 4.10.a Procent, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned



Figur 4.10.b Procent, som har brugt lægemidler mod mavepine den seneste måned



Figur 4.10.c Procent, som har brugt lægemidler mod nervøsitet i den seneste måned



Figur 4.10.d Procent, som har brugt medicin mod svært ved at falde i søvn den seneste måned

I figurene, der viser udviklingen fra 1988 til 2010 i lægemiddelbrug mod hovedpine (figur 4.10.e), kan man se, at forbruget er steget kraftigt blandt både drenge og piger og i alle tre aldersgrupper, fx er forbruget af lægemidler mod hovedpine steget fra 17% til 40% blandt de 15-årige drenge og fra 37% til 60% blandt pigerne. Forbruget af lægemidler mod mavepine (figur 4.10.f) er også steget i alle tre aldersgrupper særligt blandt pigerne og

svagere blandt drengene. Her er forbruget blandt de 15-årige fx steget fra 2% til 7% blandt drengene og fra 18% til 35% blandt pigerne. Forbruget af lægemidler mod svært ved at falde i søvn og nervøsitet er også steget, dog i mindre grad end mod hovedpine og mavepine (figur 4.10.g og figur 4.10.h).

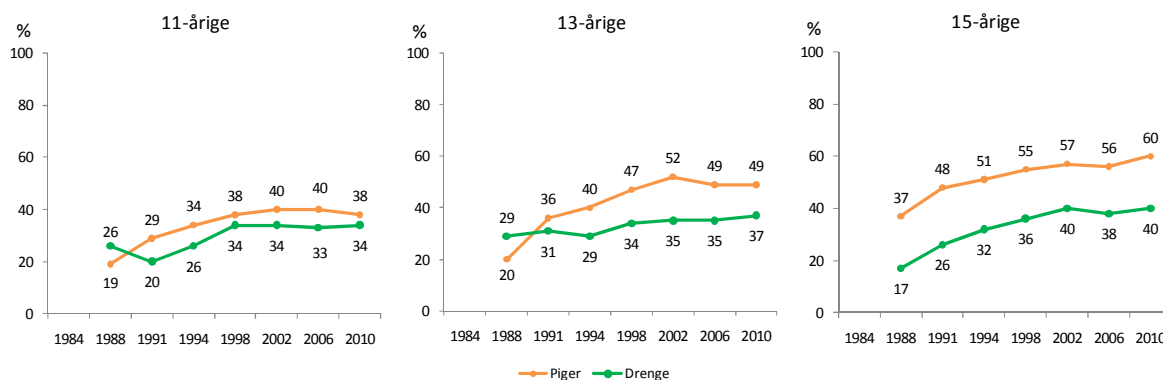
I vores forskning om børn og unges brug af lægemidler har vi overvejende interesseret os for to spor. Det ene går på, at brug af lægemidler kan ses som en form for risikoadfærd. Det andet går på, at børn og unge med trængte livsvilkår har et højere forbrug.

Vi har vist, at børn og unges brug af lægemidler hænger sammen med, hvor meget de ryger, og hvor ofte de har været fulde. Brug af lægemidler, tobak og alkohol har nogle fællestræk: de indeholder giftstoffer, som kan afbøde stress, og det er en voksenadfærd (Andersen et al., 2006).

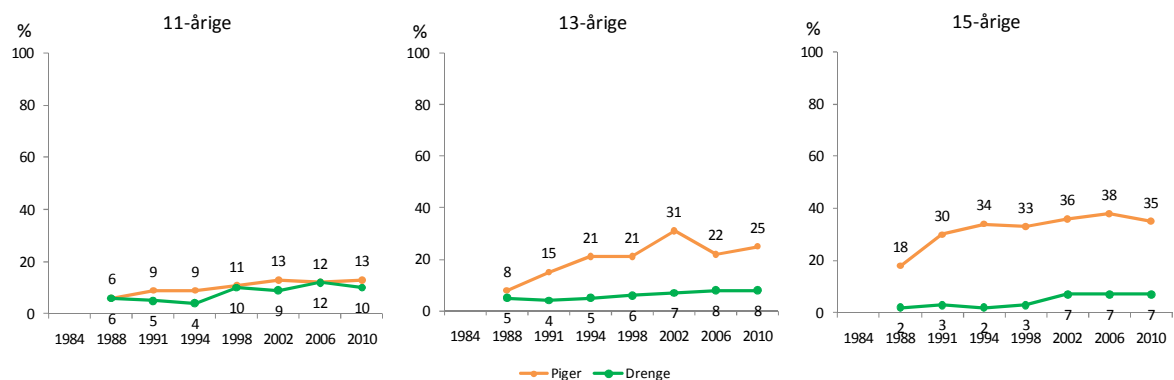
Børn med baggrund i lavere socialgrupper og børn fra andre etniske grupper end dansk er i forhøjet risiko for at bruge lægemidler. Børn med svagere sociale relationer og ringere trivsel har også et større forbrug af lægemidler, fx børn, der bliver mobbet, eller børn, som rapporterer eget helbred som nogenlunde eller ringe. Alt sammen forhold, som kan tyde på, at børn og unges store lægemiddelbrug hænger sammen med, at de har trængte livsvilkår (Due et al., 2007; Holstein et al., 2004; Holstein et al., 2005).

Et øget medicinforbrug afspejler således ikke nødvendigvis et øget symptomniveau, men kan afspejle et handlemønster påvirket af risikoadfærd, trængte livsvilkår eller noget helt tredje.

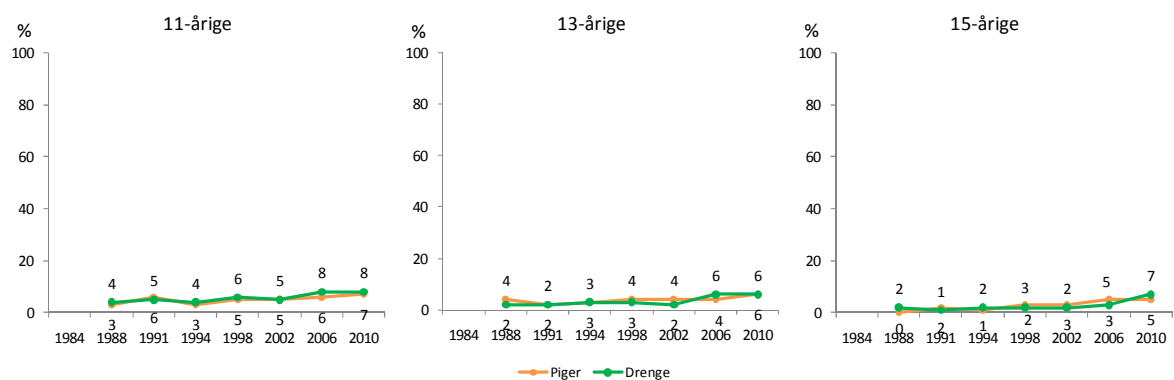
Det er vigtigt for folkesundheden, at befolkningen har et hensigtsmæssigt lægemiddelbrug. Alle de belastende forhold, vi har interesseret os for, udløser ikke kun flere symptomer og et deraf følgende højere forbrug af lægemidler blandt børn og unge; de udløser også en risiko for at bruge lægemidler ud over, hvad man skulle forvente ud fra niveauet af symptomer. Brug af lægemidler er en adfærd, der – ligesom flere andre former for sundhedsadfærd – fortsætter ind i voksenlivet. Det vil sige, at de unge, der har et højt forbrug, også senere i livet vil være blandt dem med det højeste forbrug.



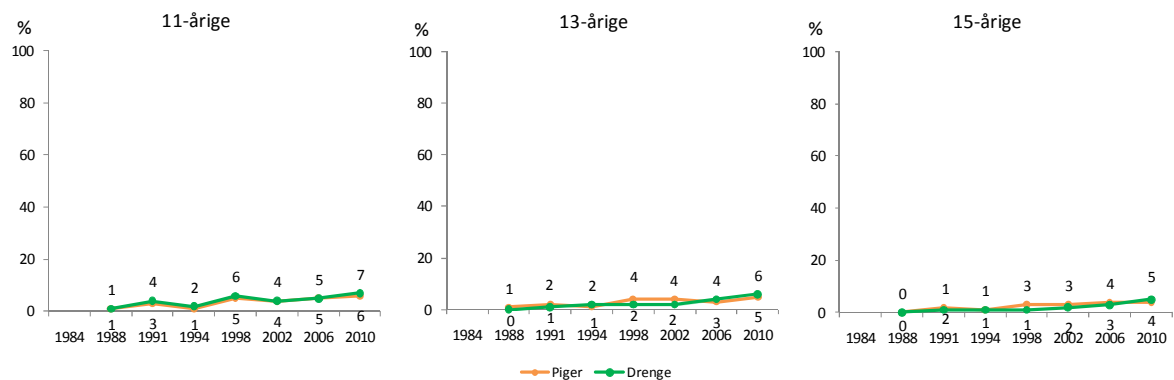
Figur 4.10.e Procent, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned, 1988-2010



Figur 4.10.f Procent, som har brugt lægemidler mod mavepine den seneste måned, 1988-2010



Figur 4.10.g Procent, som har brugt lægemidler mod svært ved at falde i søvn den seneste måned, 1988-2010



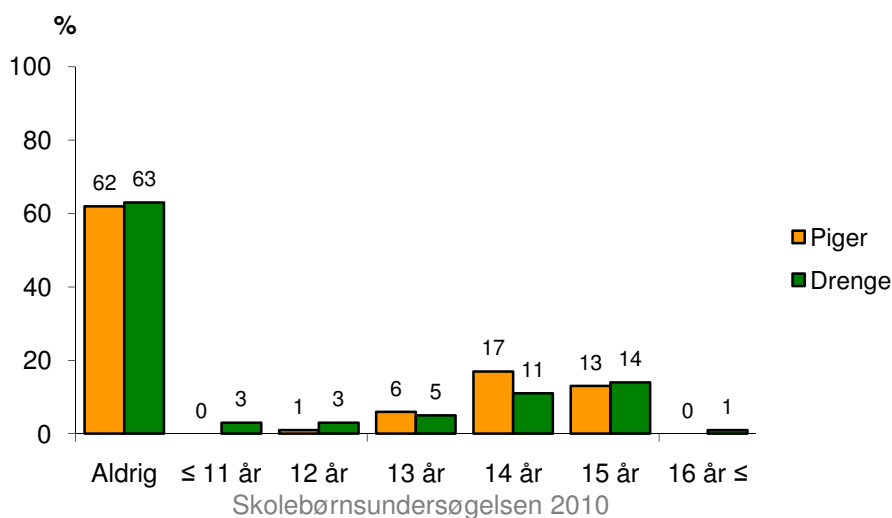
Figur 4.10.h Procent, som har brugt lægemidler mod nervøsitet den seneste måned, 1988-2010

4.11 Seksualadfærd

Teenageårene er en periode med stor personlig udvikling, herunder også seksuel udvikling. Det er i denne periode helt naturligt, at tanker og følelser omkring seksualitet opstår, og den første seksuelle aktivitet sker. Lige som inden for andre områder af sundhedsadfærd, er det relevant at være opmærksom på de unges håndtering af deres seksualadfærd, herunder hvornår de har seksuel debut, og hvorvidt de anvender egnet prævention.

Meget tidlig seksuel debut kan have konsekvenser for unges helbred og velbefindende, især hvis det sker, inden de er fysisk og mentalt parate. Man ved også, at der findes en sammenhæng mellem tidlig seksuel debut og anden risikoadfærd, således at unge, der er tidligt seksuelt aktive, har større tendens til også at udføre andre former for risikoadfærd, eksempelvis drikke alkohol og ryge. Ligeledes er tidlig seksuel debut forbundet med en tendens til ubeskyttet eller dårligt beskyttet sex, som medfører risiko for uønsket graviditet og kønssygdomme.

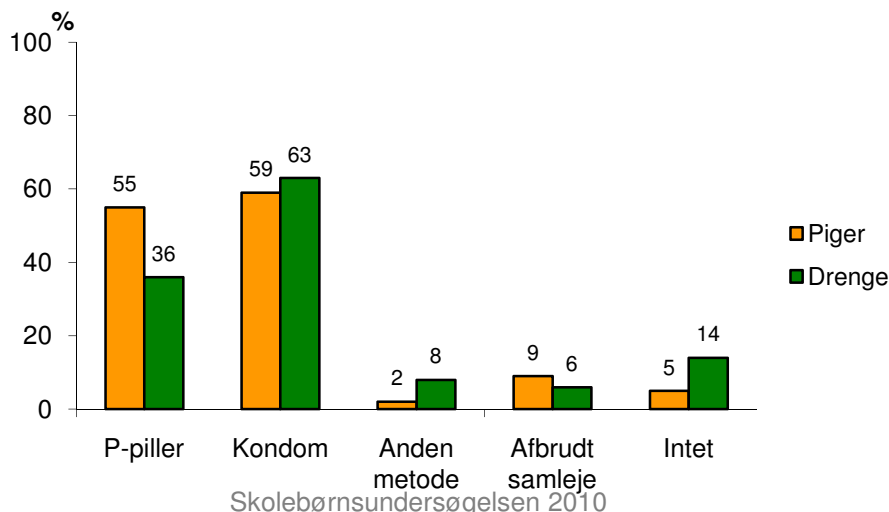
Eleverne i niende klasse blev spurgt om de har haft samleje, hvor gamle de var første gang og hvilken metode de anvendte for at undgå graviditet, sidste gang de havde samleje. Som det ses af figur 4.11.a har over 60% af de 15-årige endnu ikke haft samleje. Af de, der har, er det få, som har haft det inden de blev 14 år. For pigernes vedkomne havde 17% samleje for første gang, da de var 14 år, mens det gælder for 11% af drengene. 13% af pigerne og 14% af drengene havde seksuel debutalder som 15-årige.



Figur 4.11.a Debutalder for samleje (rapporteret af 15-årige)

Figur 4.11.b viser andelen af de seksuelt aktive 15-årige, som har anvendt en eller flere forskellige metoder til at undgå graviditet ved sidste samleje. De to oftest anvendte metoder blandt seksuelt aktive 15-årige er p-piller og kondom. 55% af pigerne og 36% af drengene siger, at de anvendte p-piller som beskyttelse ved seneste samleje, og henholdsvis 59% og 63% siger, at de anvendte kondom. En mindre del anvendte en anden metode (fx

sæddræbende spray) eller afbrudt samleje for at beskytte sig mod graviditet, mens 5% af pigerne og 14% af drengene angiver, at de ikke anvendte nogen form for beskyttelse ved seneste samleje.



Figur 4.11.b Anvendt præventionstype ved sidste samleje (rapporteret af seksuelt aktive elever i niende klasse)

Hvilken præventionsmetode, der er mest hensigtsmæssig for unge mennesker, afhænger af flere forskellige faktorer, blandt andet om de unge er i et forhold eller har skiftende seksualpartnere. Brugen af kondom er imidlertid den eneste af ovennævnte metoder, som beskytter mod kønssygdomme, og da omkring 60% af de unge angiver, at have brugt kondom ved seneste samleje, kan man samtidig konkludere, at ca. 40% af de seksuelt aktive 15-årige ikke har anvendt en metode, som beskytter dem mod kønssygdomme.

Vi spurgte ligeledes til seksualadfærd i undersøgelsen i 2006. Når vi sammenligner resultaterne fra 2006 med resultaterne fra 2010, ser vi ingen nævneværdige forskelle i andel af seksuelt aktive unge eller i debutalder. I forhold til anvendelse af prævention ser vi dog for brug af kondom en kedelig tendens. I 2006 var det 70% af de seksuelt aktive drenge i niende klasse, der rapporterede at have anvendt kondom ved sidste samleje, men dette var 63% i 2010.

4.12 Søvn

Søvn er et fænomen med mange dimensioner, som der i stigende grad er fokus på blandt børn og unge. I Skolebørnsundersøgelsen 2010 er det forholdsvis nyt, at vi spørger ind til elevernes søvn. Det betyder, at vi ikke har mulighed for at beskrive udviklingen i alle søvnens aspekter på baggrund af tidligere Skolebørnsundersøgelser. Tendensen til det stigende fokus skyldes blandt andet, at mangel på søvn og ringe søvnkvalitet har vist sig at være associeret med en lang række negative faktorer indenfor helbred, trivsel og læring blandt unge. Studier dokumenterer således, at dårlige søvnvaner kan være risikofaktor for mistrivsel, ringe skolepræstationer, koncentrationsbesvær, udvikling af stress samt en øget risiko for skader og involvering i uheld. Flere studier viser desuden, at mangel på søvn

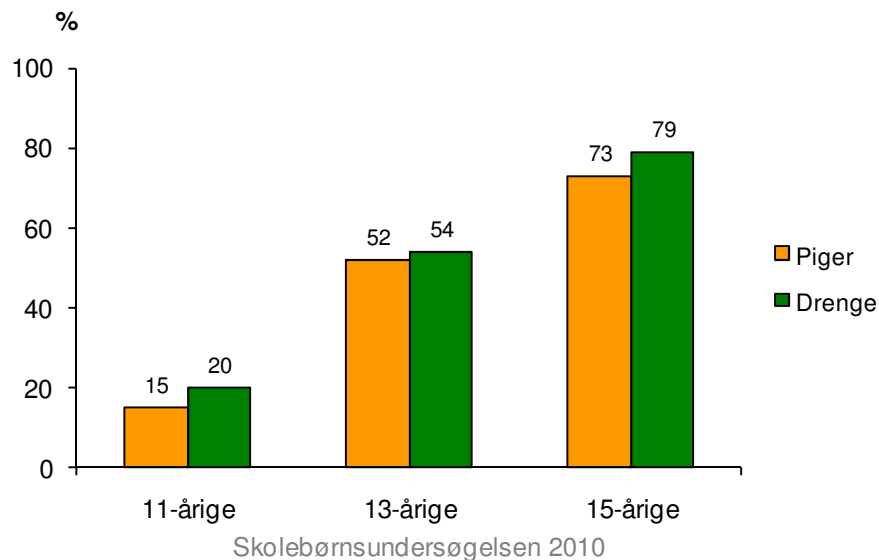
også har betydning for udviklingen af overvægt. Endvidere kan søvnproblemer medføre anden uhensigtsmæssig adfærd, som brug af medicin, alkohol eller rygning som et middel til at afhjælpe søvnproblemerne. Omvendt har gode, regelmæssige søvnvaner en positiv betydning for et generelt fysisk- og psykisk velbefindende.

Dårlige søvnvaner kan skyldes flere faktorer, men der er især bekymring for søvnvanerne, fordi udbuddet af elektroniske kommunikationsmedier og tv giver søvnen skarp konkurrence, når det gælder de unges tid. Adskillige udenlandske studier viser en stærk sammenhæng mellem brugen af elektroniske medier inden sengetid og søvnvaner, og det har vist sig, at den gennemsnitlige søvnmængde blandt unge er faldet med omkring en time siden slutningen af 1970'erne.

Vi skelner i denne undersøgelse mellem elevernes søvnkvantitet og søvnkvalitet. Således opnår vi både information om længden af den gennemsnitlige nattesøvn, men også viden om, hvordan eleverne vurderer kvaliteten af denne. Endvidere spørger vi til, hvor ofte eleverne sover om eftermiddagen.

Søvnkvantiteten beregnes på baggrund af to variable; 1) 'Hvornår plejer du at falde i søvn, hvis du skal i skole næste morgen?' med svarkategorier adskilt med et tidsinterval på en halv time; senest kl. 20 / senest kl. 20.30 / senest kl. 21 / / kl.01.00 eller senere. Og 2) 'Hvornår plejer du at vågne om morgenen, når du skal i skole?' med svarkategorierne: senest kl. 5 / senest kl. 5.30 / senest kl. 6 / / kl. 8 eller senere. Ud fra disse informationer beregner vi, hvor mange timers søvn hver elev i gennemsnit får om natten. Elevernes oplevelse af søvnens kvalitet beskrives på baggrund af to spørgsmål, hvoraf det første belyser, hvor ofte eleven oplever at sove dårligt eller uroligt om natten. Med det andet spørgsmål ønsker vi at vide, hvor ofte eleverne oplever, at føle sig træt om morgenen inden skolestart. Begge spørgsmål besvares ud fra svarkategorierne: aldrig / sjældnere end en gang om ugen / ca. 1 gang om ugen / flere gange om ugen. Foruden at belyse søvnens kvantitet og kvalitet besvarer eleverne også spørgsmålet om, hvor ofte de sover om eftermiddagen på hverdage ud fra svarkategorierne: aldrig / sjældnere end en gang om ugen / ca. en gang om ugen / flere gange om ugen. Et fokus på netop dette perspektiv af søvnen skyldes blandt andet, at vi ønsker at undersøge, hvorvidt information herom kan bidrage til et mere nuanceret billede af unges søvnvaner. Det kan tænkes, at nogle elever sover om dagen for på den måde at kompensere for søvntab fra nattesøvnen.

Betrakter vi elevernes søvnkvantitet ud fra den andel, som kun sover 8 timer eller mindre om natten i figur 4.12.a, kan vi se, at der sker en enorm ændring med alderen. Hvor det er mindre end hver femte elev blandt de 11-årige, der sover 8 timer eller mindre om natten, er det ca. hver anden elev blandt de 13-årige og omtrent tre ud af fire af de 15-årige, som sover for lidt om natten. Den markante aldersforskel er endnu mere udtalt, når vi ser de elever, som sover 6 timer om natten eller mindre. Dette gælder for næsten hver tiende elev i niende klasse sig, mens kun 1% af eleverne i femte klasse sover 6 timer eller mindre om natten (figur ikke vist). I den anden ende af skalaen ser vi, at det er ca. hver tiende elev i femte klasse, som sover mindst 10 timer hver nat (figur ikke vist). Foruden den markante aldersforskel ser vi ligeledes en mindre kønsforskel, som er gennemgående på alle tre klassetrin. Som figuren viser, er det oftest drenge, der får for lidt søvn.



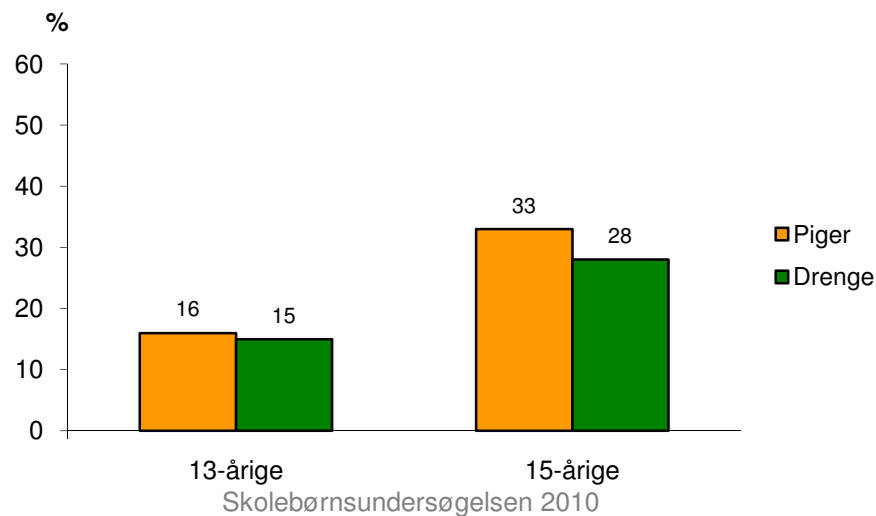
Figur 4.12.a Procent, som sover 8 timer eller mindre om natten

Vi har aldrig før spurgt til antal timers søvn, men i Skolebørnsundersøgelsen fra 1984 spurgte vi eleverne, hvornår de plejede at gå i seng og stå op, dvs. vi kan beregne den tid, de lå i deres seng om natten. Tallene fra 1984 og 2010 kan således ikke sammenlignes direkte, blandt andet fordi eleverne i 1984 har medregnet den tid, de lå og læste eller lå og prøvede at falde i søvn. Tabel 4.12.a viser disse tal. Selv om de ikke er direkte sammenlignelige, så antyder de, at der kan være sket en meget betydelig reduktion i nattesøvnens længde fra 1984 til 2010.

Tabel 4.12.a Andel af eleverne, som lå i deres seng højst 8 timer per nat i 1984, og andel af elever som sover højst 8 timer per nat i 2010

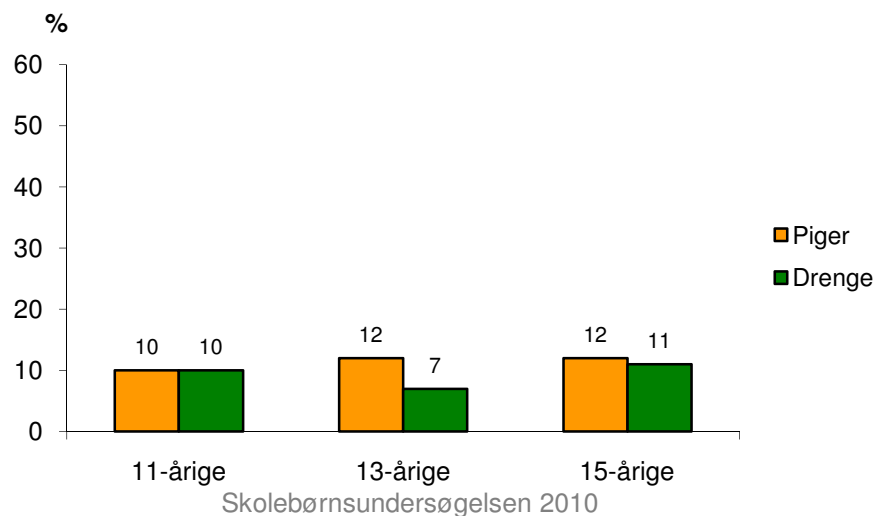
	11-årige (%)		13-årige (%)		15-årige (%)		Total
	Piger	Drengene	Piger	Drengene	Piger	Drengene	
1984	3	4	11	12	35	30	15
2010	15	20	52	54	73	79	47

Det kan diskuteres, hvorvidt søvn i løbet af dagen skal inddrages i betragtningen af de 13- og 15-åriges søvnmængde for at kunne vise et mere nuanceret billede af deres søvn. Vi kan ikke sige noget om, hvor *meget* eleverne sover om eftermiddagen, men spørgsmålet giver os alligevel et billede af, hvor udbredt fænomenet er. Som figur 4.12.b. viser, tyder det på, at søvn om eftermiddagen spiller en øget rolle, jo ældre de unge er, idet vi ser en fordobling af andelen af elever fra syvende til niende klasse, som mindst en gang om ugen sover om eftermiddagen. Blandt eleverne i niende klasse ser vi, at pigerne sover lidt oftere om eftermiddagen end drengene.

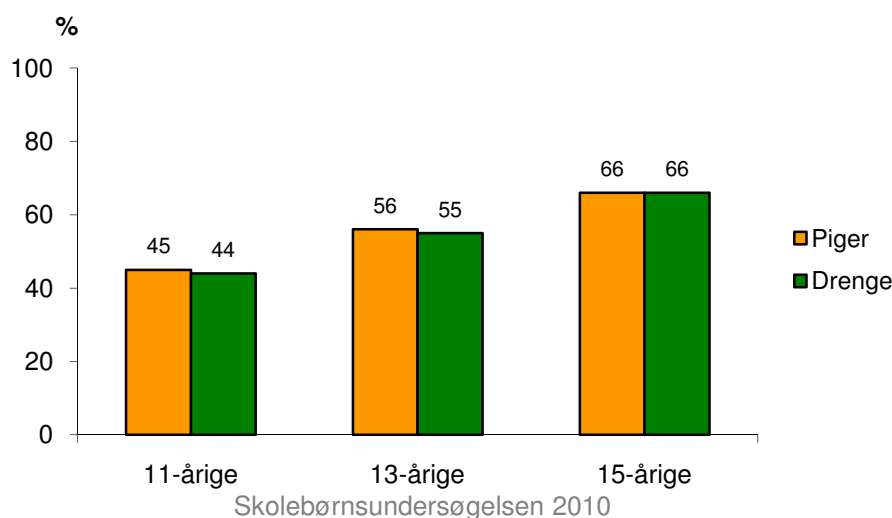


Figur 4.12.b Procent, som sover om eftermiddagen mindst en gang om ugen

Figur 4.12.c og 4.12.d illustrerer elevernes søvnkvalitet. Som figur 4.12.c viser, er det omkring hver tiende elev, der i gennemsnit rapporterer at sove dårligt eller uroligt om natten mindst en gang om ugen. Det er kun blandt eleverne i syvende klasse, at vi ser en kønsforskel. Her er det 12% af pigerne og 7% af drengene, der oplever ringe søvnkvalitet. Endvidere angiver drengene markant oftere end pigerne *aldrig* at sove dårligt eller uroligt om natten (figur ikke vist). I den efterfølgende figur (figur 4.12.d) ser vi, hvordan andelen, som oplever at være træt om morgenen, stiger med alderen, mens vi ikke ser nogen kønsforskelle. Knap halvdelen af de 11-årige oplever træthed om morgenen, og dette stiger med ca. 10% på hvert alderstrin. Denne tendens kunne tænkes at hænge sammen med, hvad vi så tidligere; nemlig at flere og flere unge sover færre timer om natten i takt med stigende alder.



Figur 4.12.c Procent, som flere gange om unge sover dårligt eller uroligt om natten



Figur 4.12.d Procent, som flere gange om ugen er træt om morgenen

I Skolebørnsundersøgelserne i 1988, 1991, 1994 og 1998 stillede vi det samme spørgsmål til eleverne, men med lidt andre svarkategorier. Tabel 4.12.b viser andel af eleverne, der er trætte, når de skal i skole mindst en morgen hver uge. Der er sket en markant stigning: i 1988 var det et mindretal af eleverne, der var morgentrætte, men andelen steg jævnt i det efterfølgende årti. I 2010 er det et markant flertal i alle tre aldersgrupper, som er trætte, når de skal i skole mindst en morgen hver uge. I dag er det sådan, at halvdelen af alle 11-15-årige er trætte, når de skal i skole om morgenen flere gange hver uge.

Tabel 4.12.b Procent af eleverne der er trætte når de skal i skole mindst en morgen hver uge, 1991-2010

	11-årige		13-årige		15-årige	
	Piger	Dreng	Piger	Dreng	Piger	Dreng
1988	20	28	25	34	43	37
1991	27	31	38	39	46	50
1994	38	43	48	50	54	54
1998	37	41	48	49	58	61
2010	67	62	79	79	87	84

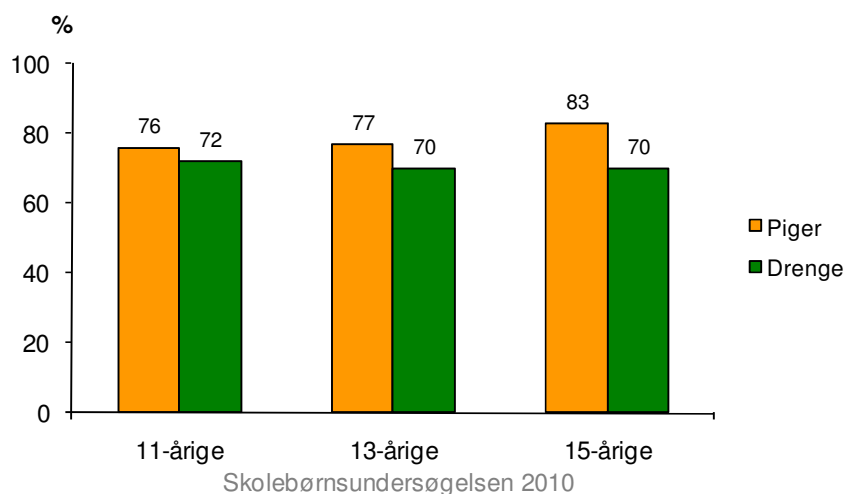
4.13 Tandbørstning

Regelmæssig tandbørstning er en forudsætning for god tandsundhed. Tandbørstningsvaner grundlægges i barndoms- og ungdomsårene og er relativt stabile den resterende del af livet. Børn og unge, der børster tænder mere end en gang dagligt, lader til at have mere stabile tandbørstningsvaner end de, der ikke gør. Den generelle anbefaling for tandbørstning er to gange daglig.

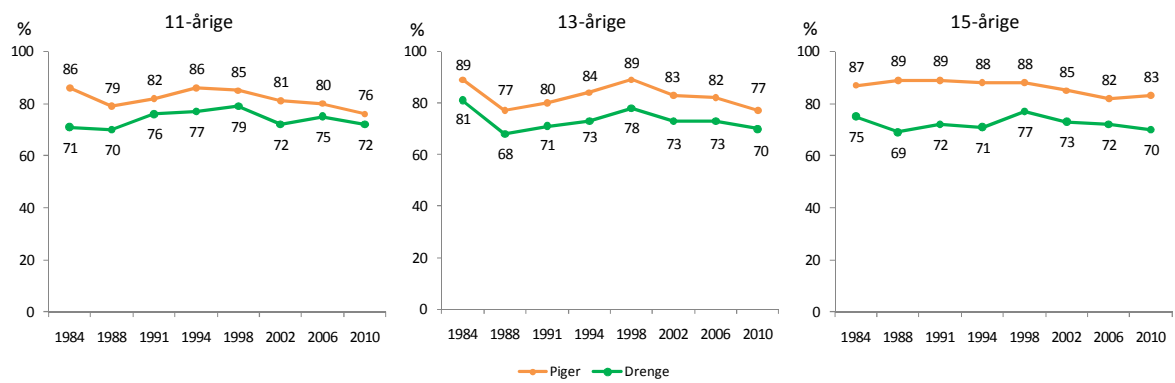
Spørgsmålet 'Hvor ofte børster du tænder?' har været med i Skolebørnsundersøgelserne siden 1984. Internationale sammenligninger viser, at andelen af børn, der rapporterer, at de børster tænder mindst to gange dagligt, er høj i Danmark i forhold andre HBSC-lande (Holstein et al., 1990).

Der kan være tendens til, at børn rapporterer gode vaner, og at elevernes svar derfor afspejler det, der sker på en god dag, mens de dage, hvor de ikke børster tænder bliver glemt. Der er dog god overensstemmelse mellem børns selvrapporterede tandbørstningsvaner og kliniske undersøgelser af børns tandstatus. De børn, der børster tænder ofte, har generelt bedre tandstatus end de, der ikke gør.

Alt i alt svarer 75% af eleverne, at de børster tænder mindst to gange om dagen, 20% en gang om dagen og 5% mindre hyppigt eller aldrig. Figur 4.13.a viser, hvor mange procent af eleverne, der siger, at de børster tænder mindst to gange dagligt fordelt på køn og alder. I alle tre aldersgrupper er der lidt flere piger end drenge, som børster tænder mindst to gange dagligt, og som på denne måde passer på deres tandsundhed. Af trendkurverne (figur 4.13.b) ses det, at der er en relativ ensartet tendens i udviklingen fra de tidlige undersøgelser til i dag. I flere grupper sås der i 1980'erne et fald i andel af elever, som børster tænder mindst to gange dagligt efterfulgt af en stigning frem til midten af 1990'erne. Over de seneste tre undersøgelsesrunder har vi generelt set en faldende tendens i andel af elever, som børster tænder mindst to gange dagligt.



Figur 4.13.a Procent, som børster tænder mindst 2 gange dagligt



Figur 4.13.b Procent, som børster tænder mindst 2 gange dagligt, 1984-2010

5 Sociale relationer

Som nævnt i kapitel 1 giver undersøgelsen et indblik i de vigtigste arenaer for unge menneskers daglige tilværelse: familien, kammeratgruppen og skolen. Dette kapitel giver basale oplysninger om elevernes sociale relationer og den sociale støtte, som de får fra forældre og venner.

5.1 Relationer til forældre og venner

Grundlaget for et godt børne- og ungdomsliv og for en sund udvikling er tæt knyttet til muligheden for at være integreret i et godt socialt netværk. Det er der, man kan hente den nødvendige støtte, hvis man føler, at der er brug for det (Schultz-Jørgensen et al., 2001).

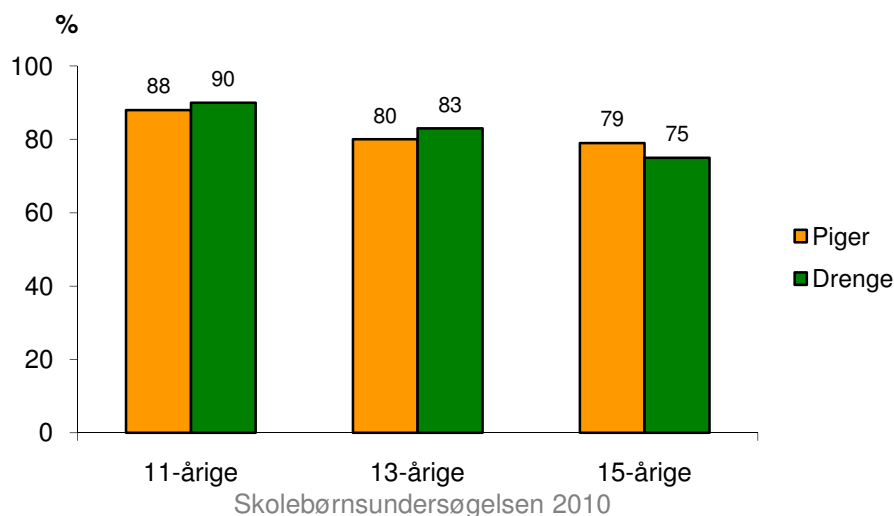
Familie og venner betragtes som nogle af de væsentligste sociale kontekster for børn og unge i pubertetsalderen. Familien bliver betragtet som den base, hvor barnet i de yngre skoleår i tryghed kan udvikle sin identitet, som er et vigtigt udgangspunkt for at kunne deltage sammen med andre – bekendte eller nære venner. Som barnet udvikler sig, er det naturligt, at familien træder mere i baggrunden, og at det unge menneske orienterer sig ud imod verden med venner og kammerater, der udgør vigtige ressourcer at spejle sig i og udvikle sig med.

Et moderne børne- og ungdomsliv kan dog føles komplekst og rodløst. De unge skal i højere grad forholde sig til mange sociale arenaer med mange forskellige modsatrettede krav, hvilket skaber en kompleksitet i den unges liv, hvor det er nemt at blive isoleret og marginaliseret. Derudover er det ikke alle børn forundt at hente sådanne ressourcer i deres familie og hos venner. Nogle børn og unge lever med forældre, som af en eller flere grunde ikke er i stand til at yde barnet/den unge den omsorg og støtte, der er behov for. Andre mangler venner og kammeratskab, føler sig ensomme og til overs eller er uden nære relationer at kunne betroe sig til, hvis livet er svært.

Endelig kan børnenes sociale relationer i visse tilfælde være til større belastning end støtte. Det gælder, når børnene bliver slået og misbrugt af voksne omkring dem, men det gælder også i børnenes indbyrdes relationer, fx når de mobber hinanden.

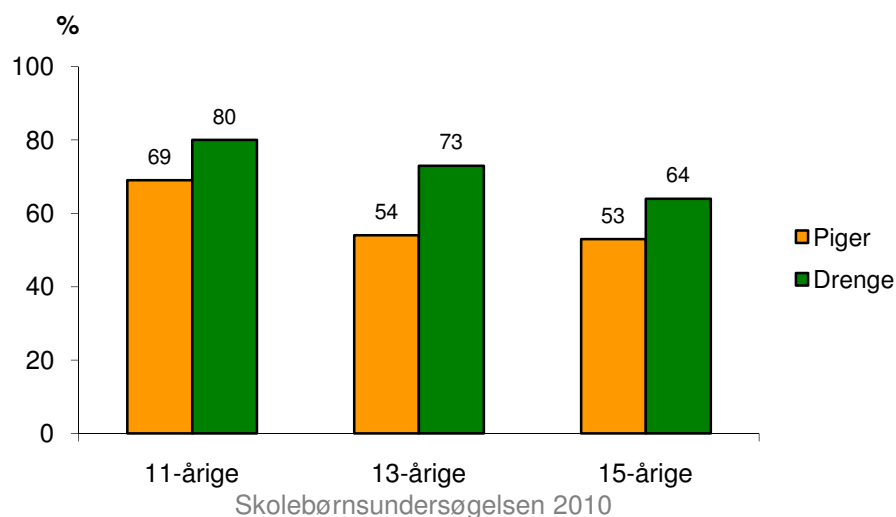
Vores erfaring fra de tidligere undersøgelsesrunder er, at et af de spørgsmål, der giver de mest relevante oplysninger om deltagernes sociale relationer, er spørgsmålet 'Hvor nemt eller svært er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig?' med mulighed for at krydse af ud for far og mor, eventuel stedfar og stedmor, ældre brødre og søstre, venner af samme og modsat køn. Svarmulighederne er: meget nemt / nemt / svært / meget svært / har eller ser ikke den person.

Figur 5.1.a viser, hvor mange procent, som har nemt ('meget nemt' eller 'nemt') ved at tale fortroligt med deres mor. Det har de fleste, om end andelen falder med stigende alder. Der er kun små forskelle mellem piger og drenge.



Figur 5.1.a Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med mor

Figur 5.1.b viser, hvor mange procent, der har nemt ved at tale fortroligt med deres far. Her ser vi ligeledes, at andelen falder med stigende alder. Samtidigt er der her tydelige kønsforskelle, således at flere drenge end piger har nemt ved at tale fortroligt med deres far. Denne kønsforskel ses på alle klassetrin. I syvende og niende klasse er det kun hver anden pige, som har nemt ved at tale fortroligt med sin far.

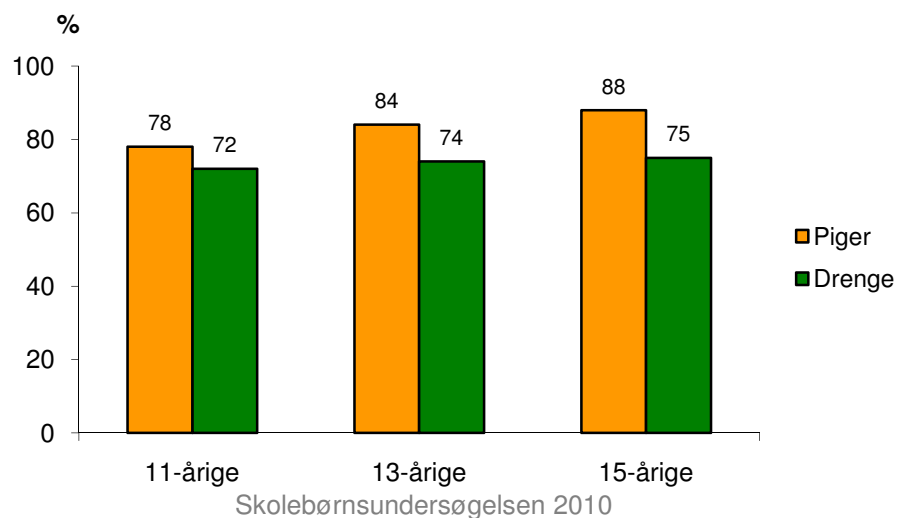


Figur 5.1.b Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med far

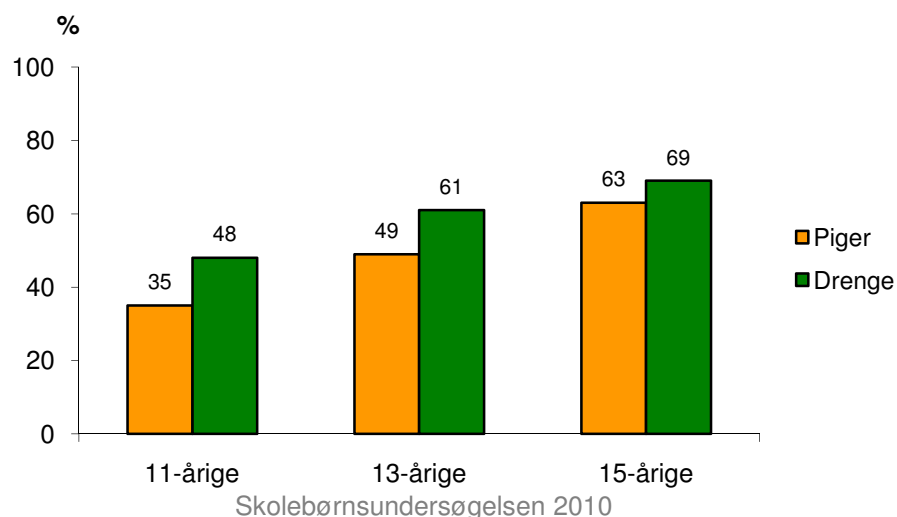
Figur 5.1.c og 5.1.d viser, hvor mange procent, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme og modsat køn. På alle tre klassetrin er det et stort flertal af både piger og drenge, som har nemt ved det. Dog ses det, at andelen, som har nemt ved at tale fortroligt med en ven af samme køn på alle tre klassetrin, er lidt højere blandt pigerne sammenlignet

med drengene. Samtidigt ses det, at andelen stiger svagt med alderen blandt pigerne, mens den er relativt uændret blandt drengene.

Af figur 5.1.d fremgår det, at der er færre elever, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af det modsatte køn. Blandt pigerne i femte klasse er det kun hver tredje elev, som har denne fortrolige relation. På hvert klassetrin er der flere drenge end piger, som kan tale fortroligt med en ven af modsat køn, mens det gælder for både drenge og piger, at andelen stiger med stigende alder.

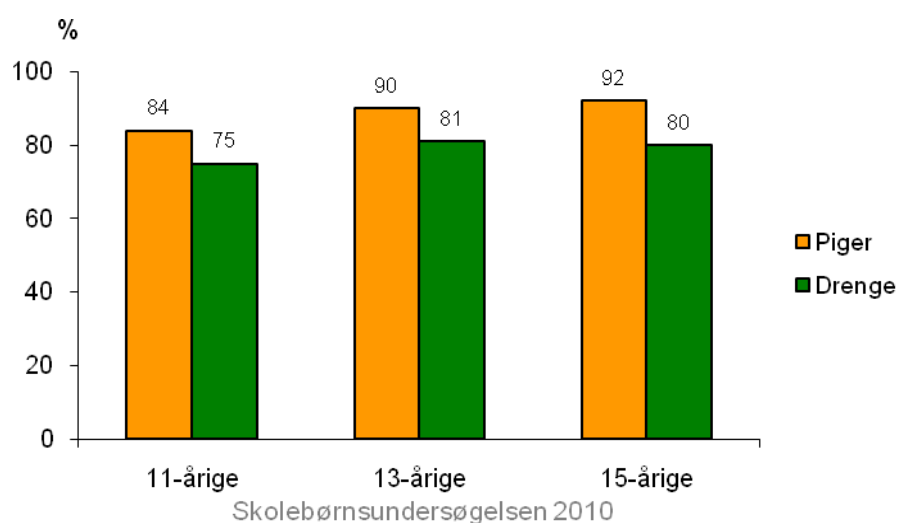


Figur 5.1.c Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med ven af samme køn



Figur 5.1.d Procent, som har nemt ved at tale med ven af modsat køn

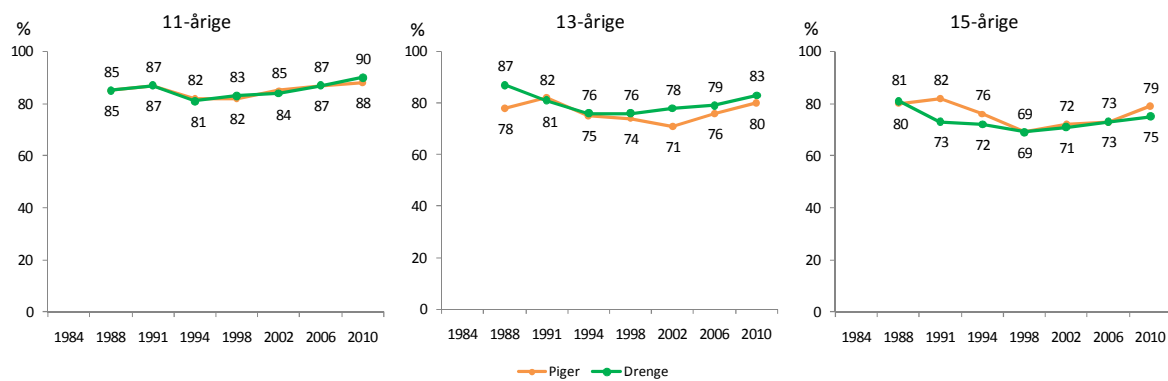
En af teserne bag spørgsmålene er, at det er en forudsætning for gode sociale relationer, at man har fortrolige relationer til mindst en jævnaldrende. Figur 5.1.e viser, hvor mange procent af deltagerne, som har let ved at tale fortroligt med mindst en ven, uanset køn. Det gælder et stort flertal af deltagerne, flere piger end drenge, og flere jo ældre de er. Men det er i høj grad de børn, som i forvejen har gode relationer til venner af eget køn, som også har gode relationer til venner af modsat køn. Fx er det blandt pigerne de samme 47%, som både har gode veninderelationer og gode relationer til drengevenner. Venskaberne på tværs af kønnene kompenserer altså ikke for manglende venner af samme køn. Desuden er det tankevækkende, at mellem 8% (15-årige piger) og 25% (11-årige drenge) af børnene i denne aldersgruppe ikke har en eneste god ven, de kan tale fortroligt med.



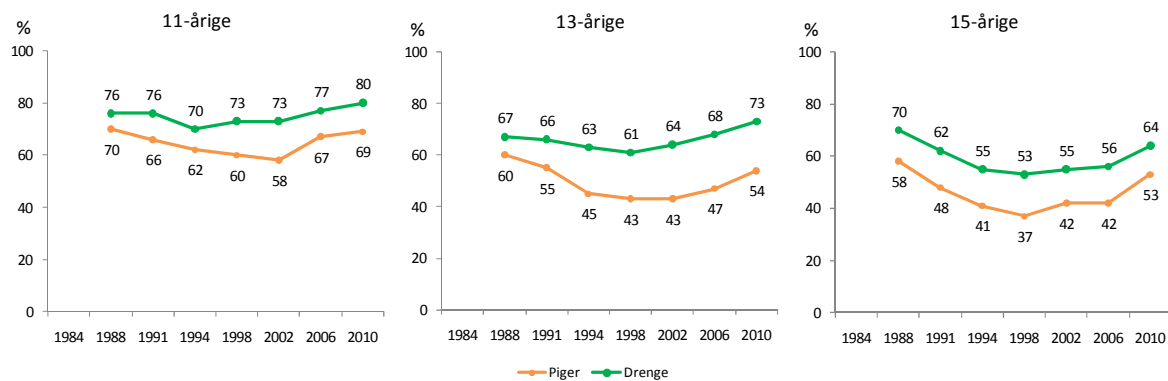
Figur 5.1.e Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med mindst en ven

Spørgsmålene om fortrolige relationer med far, mor og venner er stillet uændret i alle Skolebørnsundersøgelserne siden 1988. Figur 5.1.f og 5.1.g viser, hvor mange procent der havde nemt ved at tale fortroligt med mor og far i hver af undersøgelserne. Hvad angår fortrolighed med mor, så har denne ligget relativt konstant siden første undersøgelse i 1988. Over de seneste undersøgelser frem til 2010 er der en svagt stigende tendens til, at flere har fortrolighed med deres mor. Andelen af elever, som har nemt ved at tale fortroligt med deres far, var svagt faldende over de første undersøgelsesrunder, men har siden 1998 været svagt stigende – særligt blandt de 13- og 15-årige.

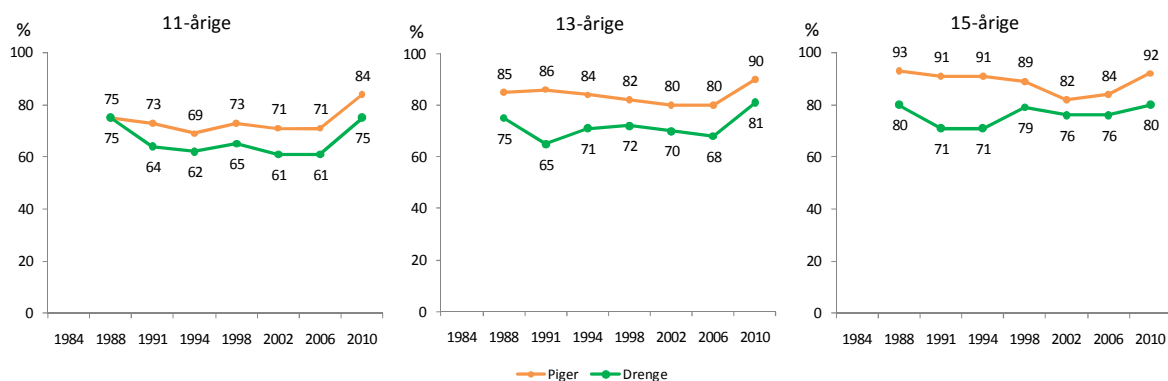
Figur 5.1.h viser, hvor mange procent som har nemt ved at tale fortroligt med mindst en ven. Tallene har været nogenlunde konstante siden 1988, dog med lidt faldende forekomst for 15-årige piger. På alle tre klassetrin ser vi fra 2006 til 2010 blandt både drenge og piger en stigning i andelen af elever, som kan tale fortroligt med mindst en ven. Tallene er dog kun for de 13-årige og for 11-årige drenge højere end i de tidligere undersøgelser.



Figur 5.1.f Procent som har nemt ved at tale fortroligt med mor, 1988-2010



Figur 5.1.g Procent som har nemt ved at tale fortroligt med far, 1988-2010



Figur 5.1.h Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med mindst en ven, 1988-2010

Det er ikke nok at kunne tale fortroligt med en ven. Gode sociale relationer er også at kunne tale fortroligt med forældrene, i det mindste med en af forældrene. Tabel 5.1.a viser hvor mange, der har nemt ved at tale fortroligt med både forældre og venner ('de integrerede'), med forældre, men ikke venner ('de voksenorienterede'), med venner, men ikke forældre ('de kammeratorienterede'), og med ingen af parterne ('de isolerede').

Tabel 5.1.a Elever fordelt efter fortrolige relationer med forældre og venner

Fortrolige relationer til mindst en ven	Fortrolige relationer til mindst en forælder	
	Ja	Nej
Ja	De integrerede 79%	De kammeratorienterede 9%
Nej	De voksenorienterede 8%	De socialt isolerede 4%

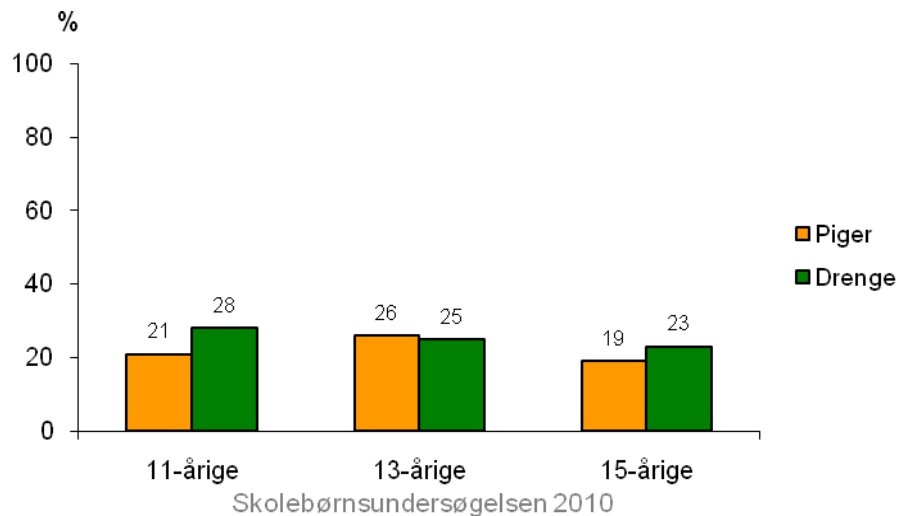
Tabel 5.1.b viser fordelingen af eleverne efter inddelingen i de fire grupper efter fortrolige kontakter med forældre og kammerater over rækken af undersøgelser siden 1991. Andelen af integrerede børn er steget over en lang årrække og også fra 2006 til 2010 synes denne udvikling at fortsætte. Sammenlignet med sidste undersøgelse er der desuden lidt færre kammeratorienterede børn.

Tabel 5.1.b Fordeling af eleverne efter fortrolige kontakter med forældre og venner 1988-2010

	1991	1994	1998	2002	2006	2010
De integrerede	69%	64%	64%	71%	74%	79%
De voksenorienterede	15%	17%	16%	12%	9%	8%
De kammeratorienterede	10%	13%	14%	13%	12%	9%
De socialt isolerede	6%	6%	6%	4%	4%	4%

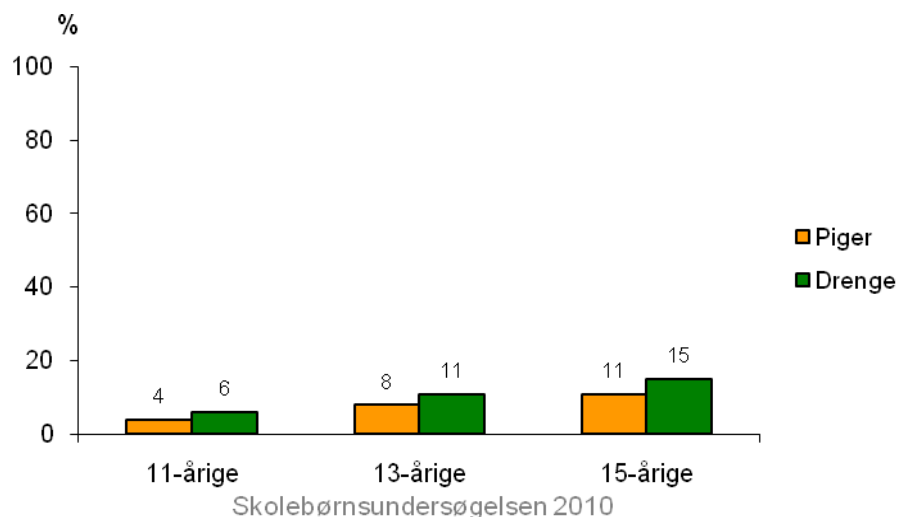
Sociale relationer til venner kan også belyses på andre måder. Vi spørger fx eleverne, hvor mange nære drenge- og pigevenner de har. Ikke mindre end 98% af drengene svarer, at de har mindst en god drengeven, og 95% har mere end to gode drengevenner. Ligeledes ser vi, at 84% af drengene har mindst en god pigeven, og 74% har mere end to gode pigevenner. Blandt pigerne finder vi næsten de samme tal: 99% af pigerne nævner mindst en god pigeven, og 95% nævner mere end to gode pigevenner. Her finder vi også, at 84% af pigerne siger, at de har mindst en god drengeven, og 73% af pigerne siger, at de har mere end to gode drengevenner (figur ikke vist).

Vi spørger også eleverne, hvor mange eftermiddage efter skoletid, de er sammen med deres venner. Der er en relativ stor gruppe – 6% af eleverne i femte klasse, 9% af eleverne i syvende klasse og 14% af eleverne i niende klasse – som ikke tilbringer nogen eftermiddage sammen med venner. Figur 5.1.i viser, hvor mange procent, som er sammen med venner efter skoletid mindst 4 af ugens fem hverdage. Som det fremgår, er det mellem hver fjerde og hver femte, som har så hyppig kontakt med kammerater på eftermiddage efter skoletid.



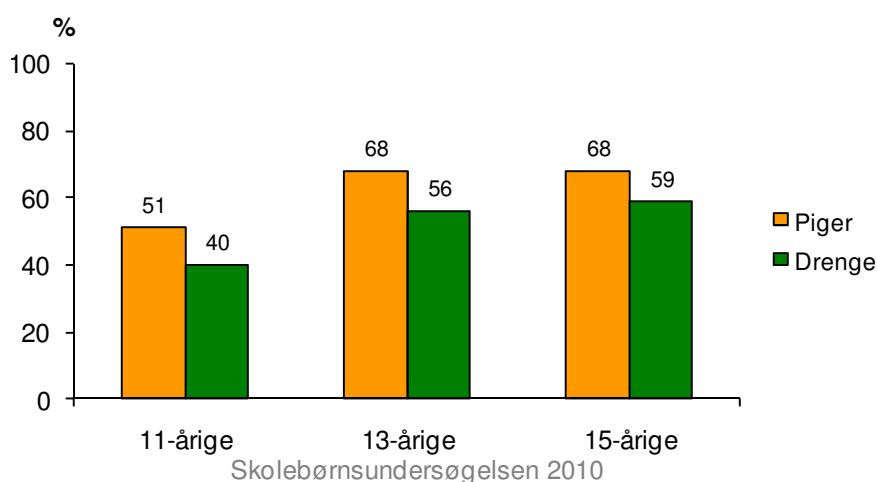
Figur 5.1.i Procent, som er sammen med venner 4-5 hverdage om ugen

Samvær om aftenen uden for hjemmet er en anden form for samvær med venner. Figur 5.1.j viser, hvor mange procent, der er ude sammen med venner mindst fem aftener på en normal uge, og det er ca. 5% i femte klasse, 10% i syvende klasse og 13% i niende klasse. Men der er mange elever, for hvem det aldrig sker eller højst en gang om ugen. I femte klasse er det således 73%, som aldrig eller højst en gang om ugen er ude sammen med kammerater. I syvende klasse er det 55% og i niende klasse 45%.



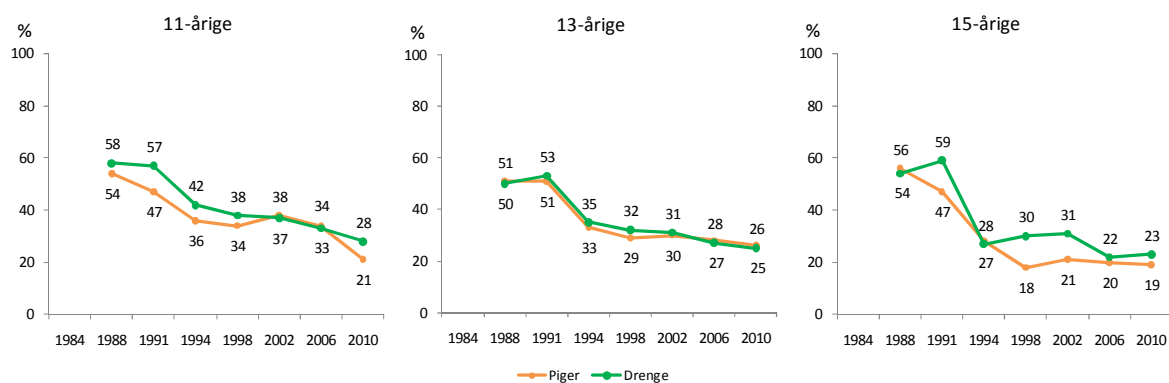
Figur 5.1.j Procent, som er sammen med venner mindst 5 aftener om ugen

Telefonisk og 'elektronisk' kontakt med venner udgør en stor rolle i børn og unge sociale omgang med hinanden. Siden 2002 har vi spurgt eleverne, hvor ofte de taler i telefon med venner eller sender dem sms-beskeder eller e-mails. Som det fremgår af figur 5.1.k er det to ud tre piger på syvende og niende klassetrin, som dagligt har en sådan 'elektronisk' kontakt med venner, mens det blandt drengene er lidt mere end hver anden. For både drenge og piger er andelen med daglig 'elektronisk' kontakt til venner lidt lavere i femte klasse.

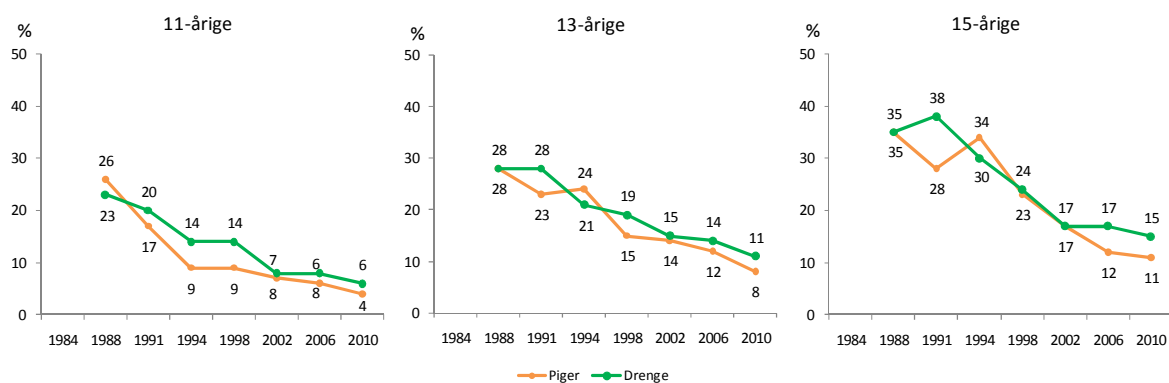


Figur 5.1.k Procent, som taler i telefon, sms'er eller e-mail'er med venner hver dag

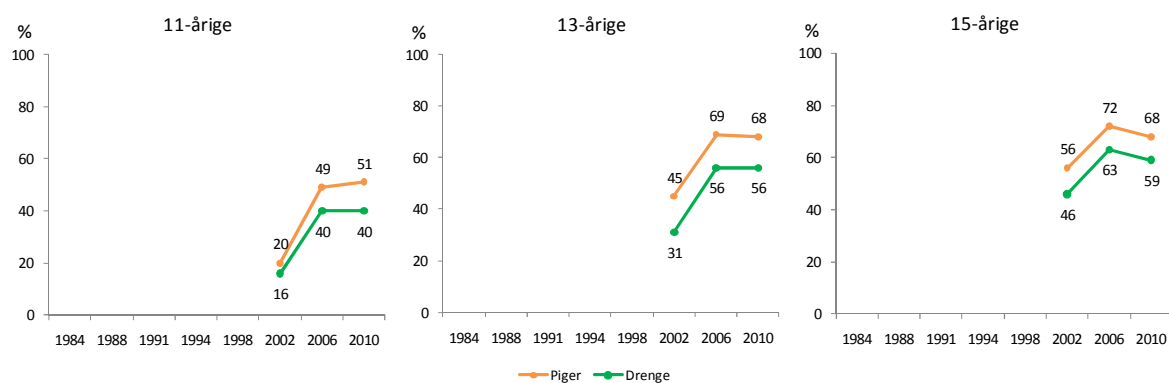
Betragter vi udviklingen over tid, så ser det ud til, at de unge er mindre sammen fysisk nu end før. Figur 5.1.l og 5.1.m viser procentandelen, som var sammen med venner efter skoletid 4-5 eftermiddage om ugen, og som var ude sammen med kammerater mindst 5 aftener om ugen. Begge former for fysisk samvær er faldet dramatisk siden slutningen af 1980'erne, og i alle køns- og aldersgrupper synes denne tendens at fortsætte frem til 2010. For enkelte grupper er der dog tale om en stagnation fra 2006 til 2010 i frekvensen af samvær med venner efter skoletid og om aftenen. Årsagen til dette fald i samvær er ukendt, men ændrede vilkår i form af eftermiddags- og klubtilbud for større børn kan være en del af forklaringen. Figur 5.1.n viser udviklingen fra 2002 til 2010 i andel, som taler i telefon, sms'er eller e-mail'er med venner hver dag. Hvor vi fra 2002 til 2006 så en markant stigning, er udviklingen stagneret frem til 2010. Samvær med jævnaldrende er vigtigt for den socialiseringsproces, som foregår i ungdomsårene, og det er derfor vigtigt at følge udviklingen i unges samvær og at undersøge konsekvenserne af ændringerne i disse.



Figur 5.1.l Procent, som er sammen med venner 4-5 eftermiddage om ugen, 1988-2010



Figur 5.1.m Procent, som er sammen med venner mindst 5 aftener om ugen, 1988-2010



Figur 5.1.n Procent, som taler i telefon, sms'er eller e-mail'er med venner hver dag, 2002-2010

6 Mobning

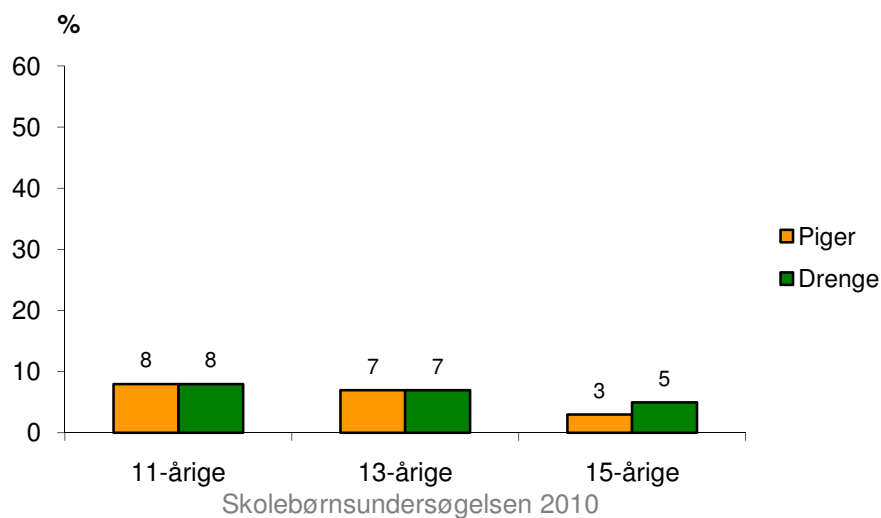
En af de væsentligste former for negative sociale relationer er mobning. Mobning defineres som bevidste, gentagne og langvarige negative handlinger, som udføres af en eller flere personer, som anses for at have en højere status eller styrke end den, som mobningen går ud over. Mobning antager mange former, kan ske som direkte eller indirekte handlinger og omfatter både verbale og fysiske overgreb og fx overgreb ved anvendelse af elektroniske medier.

Det har siden 1990'erne været vist både nationalt og internationalt, at mobning har meget alvorlige konsekvenser for børn og unges trivsel, symptomniveau, selvfølelse og evne til at koncentrere sig i skolen (Due et al., 1999; Due et al., 2005; Craig et al., 2009; Harel-Fisch et al., 2010). Det var derfor meget bekymrende, da vi i Skolebørnsundersøgelserne i 1994 og 1998 kunne konstatere at hvert fjerde 11-15-årig i Danmark var udsat for mobning. Samtidigt fandt vi, at denne forekomst var langt højere, end tilfældet var blandt store skolebørn i vores nordiske nabolande, hvor begrebet mobning er direkte sammenligneligt med den danske definition og opfattelse af fænomenet.

Siden disse undersøgelser har vi via de internationale sammenligninger i HBSC-undersøgelsen og en anden stor international undersøgelse af store skolebørn The Global School Health Survey kunnet konstatere, at mobning er meget hyppigt forekommende i en lang række lande, men også at variationen i forekomst af mobning mellem landene er enorm (Due og Holstein, 2008). I lande som Sverige og Tajikistan lå forekomsten af mobning meget lavt, mens langt over halvdelen af store børn og unge i lande som Zimbabwe og Litauen oplevede at være udsat for mobning i deres skoler. Mens disse store variationer til dels kan skyldes forskellige oversættelser af og opfattelser af fænomenet mobning, kan disse forklaringer ikke begrunde de meget store forskelle, vi også tidligere har fundet i denne undersøgelse af forekomsten i mobning mellem skoler.

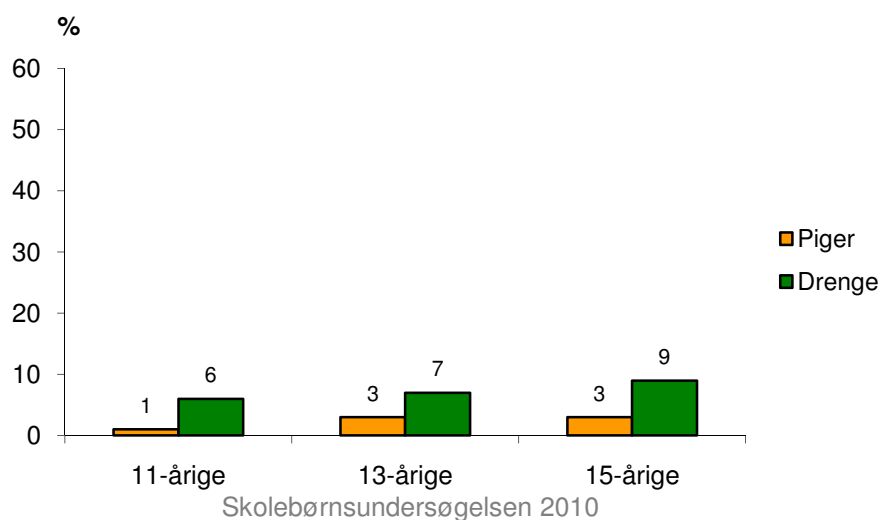
Hvor vi i 1998 fandt skoler, hvor 5% eller færre unge blev mobbet fandt vi enkelte andre skoler, hvor op mod 40% oplevede at blive mobbet. Disse meget store forskelle mellem skolerne underbygger den store betydning af 'det sociale rum', når det gælder mobning. Mobning er et socialt fænomen, som optræder i sammenhænge, hvor adfærden tillades eller tolereres. Mobning beskrives også som en refleksion af strukturer og mekanismer i det sociale rum (skolen/klassen) og som ekskluderende og dysfunktionelle gruppeprocesser indenfor fx skoleklassen.

I Skolebørnsundersøgelsen 2010 finder vi, at andelen af 11-15-årige, som bliver mobbet mindst et par gange hver måned, er mellem 3% og 8%, højest hos de yngste og lavest hos de 15-årige piger (figur 6.a).



Figur 6.a Procent, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden

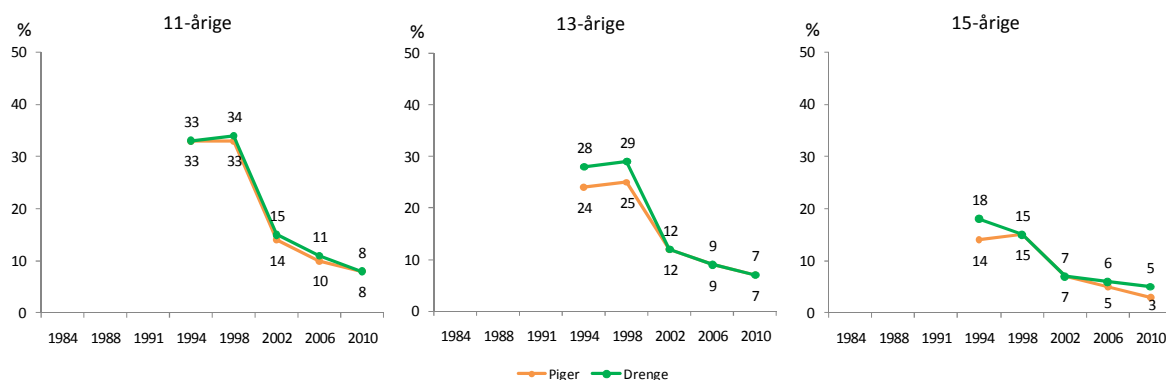
Når vi betragter andelen af unge, som er involveret i at mobbe andre, finder vi som tidligere de højeste forekomster hos de største af børnene og hos drengene. 9% af de 15-årige drenge mobber andre mindst et par gange om måneden, mens det kun gælder 1% af de 11-årige piger (figur 6.b).



Figur 6.b Procent, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden

Figur 6.c viser den meget høje forekomst af mobning, da vi startede med at måle forekomsten af mobning blandt danske skolebørn i 1994. 25% af 11-15årige danske børn var udsat for at blive mobbet i årene 1994 og 1998. Siden da er der sket en meget glædelig udvikling, accentueret af resultaterne fra vores undersøgelser af de skadelige virkninger af mobning og den opfølgning, først Børnerådet og senere en lang række organisationer og

interesenter landet over har udført i form af indsatser overfor problemet. Fra 1998 til 2002 skete der et markant fald i forekomsten af mobning i de danske skoler, og dette fald er fortsat i 2006 og i 2010, således at vi nu finder, at 6% af danske børn udsættes for mobning mindst et par gange månedligt. Også i mange andre europæiske lande er forekomsten af mobning gået ned i de sidste 10 år (Molcho et al., 2009).



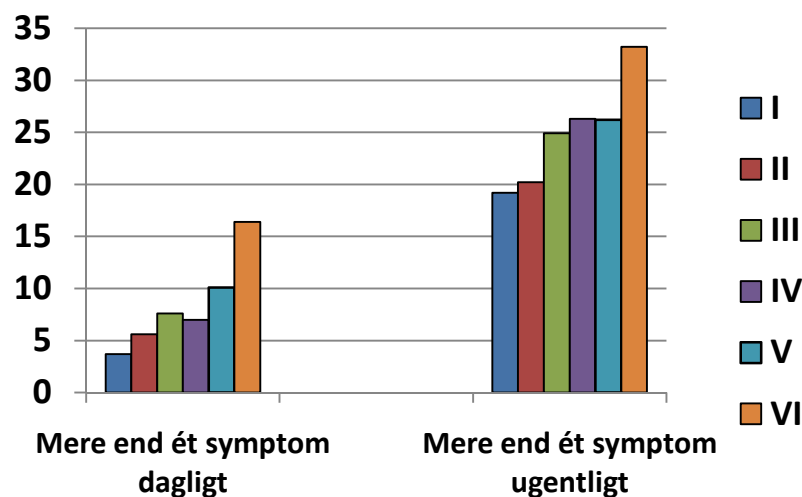
Figur 6.c Procent, som bliver mobbet mindst et par gange om måneden, 1994-2010

Omfattende forskning om interventioner overfor mobning har vist, at indsatser mod mobning er effektive, hvis de er omfattende og inddrager alle led i skolen ('whole school approach'), dvs. når de bakkes op af skoleledelsen, tages alvorligt af lærere og elever, og hvis forældrene inddrages og engageres i problematikken. På trods af, at indsatsen mod mobning ikke har været centralt styret eller strømlinet, er det i udpræget grad lykkedes for det danske skolevæsen at minimere forekomsten af mobning ved at tage problemet alvorligt, ved at sætte det på dagsordenen og ved at involvere mange parter bredt i indsatsen. De fleste danske skoler har i 2010 en egentlig mobbepolitik eller en trivselspolitik, som indeholder elementer, som er målrettet mobning og antisocial adfærd kombineret med indsatser for at sikre en sammenhængskraft imellem børnene. Der er dog stadig et mindretal af danske børn, som lider under at blive mobbet af deres klassekammerater eller af større elever på skolen, så kampen er ikke vundet. Det er derfor vigtigt, at skolerne fastholder indsatsen og fokus på børnenes gensidige relationer og trivsel også i fremtiden.

7 Social ulighed i levekår, helbred, trivsel og sundhedsadfærd

Det er en triviell oplysning, at der er social ulighed i sundhed, for det er set i mange studier af befolkningens sundhed herhjemme og i andre lande i over 100 år. Men det er alligevel vigtigt at holde denne ulighed under opsyn, dels fordi det har været et sundhedspolitisk mål i den sidste snes år at reducere social ulighed i sundhed, og dels fordi et nærmere studium af social ulighed i sundhed kan gøre os klogere på de faktorer, der former folkesundheden.

I dette afsnit beskrives elevernes levekår, helbred, trivsel og sundhedsadfærd i relation til forældrenes socialgruppe (se omtalen heraf i kapitel 2). I nogle tilfælde er omfanget af social ulighed afhængig af den måde, man præsenterer data på. Figur 7.a viser det såkaldte skæringspunktsdilemma: at valget af skæringspunkt – fx for et givet helbredsproblem – kan give forskelligt indtryk af ulighedens omfang. Den venstre del af figuren viser procent af eleverne, som har mere end et symptom dagligt – en meget høj belastning – mens den højre del af figuren viser procent af eleverne, som har mindst et symptom ugentligt. I den venstre del af figuren er der en forskel mellem socialgruppe I og VI på 13 procentpoint, og uligheden ser meget voldsom ud, fordi der er tale om en firedobling i forekomsten fra høj til lav socialgruppe (fra 4% til 16%). I den højre del af figuren har uligheden nogenlunde samme numeriske størrelse med en forskel på 14,0 procentpoint mellem socialgruppe I og VI, men uligheden ser ikke så markant ud, da den højre del af figuren kan beskrives som knapt en fordobling i forekomsten fra høj til lav socialgruppe (fra 19% til 33%). Begge fremstillinger er rigtige, men lægger op til hver sin konklusion. I dette afsnit viser vi flere eksempler på dette skæringspunktsdilemma.



Figur 7.a To illustrationer af symptombelastning i forhold til familiens socialgruppe

Tabellerne herunder skal læses på følgende måde: Hvert tal i tabellen er udtryk for forekomsten i procent i den pågældende socialgruppe. Et eksempel: I tabel 7.a herunder er det første tal 82%. Det betyder, at blandt eleverne fra socialgruppe I er der 82%, som bor

sammen med både mor og far. De resterende 19% har andre familieformer, men det fremgår ikke af tabellen. Tallene kan altså ikke summeres til 100%. Man skal læse tabellen vandret og holde øje med, om forekomsten stiger eller falder fra venstre til højre i tabellen. I første linje i tabel 7.a ser man altså, at der er en jævnt faldende andel af eleverne, der bor sammen med både far og mor, jo længere vi bevæger os mod højre, det vil sige med faldende socialgruppe.

Tabel 7.a viser forekomsten af nogle materielle og sociale vilkår. Langt de fleste elever fra socialgruppe I bor i en traditionel familie med far, mor og børn, men andelen der bor i traditionel familie daler støt med faldende socialgruppe, og andelen er 44% i den laveste socialgruppe. Andelen af familierne, der har rådighed over forbrugsgoder såsom bil, eget værelse til eleven og har været på ferie inden for de seneste 12 måneder, falder støt med faldende socialgruppe. Bemærk fx, at der blandt eleverne i socialgruppe VI er 25%, hvis familie ikke har en bil, 25% har ikke sit eget værelse og 36% har ikke været på ferie sammen med familien i de seneste 12 måneder. Til gengæld er der nu næsten ingen familier, som ikke ejer en computer.

Der er mindre social lighed, når vi studerer børns og unges sociale relationer. Andelen, der ikke har nære venner, er højest i socialgruppe I og VI og lavest i midtergrupperne, men forskellene er beskedne. Andelen, der aldrig er sammen med venner efter skole, er let stigende fra socialgruppe I til VI. Andelen, der aldrig er ude sammen med venner om aftenen, er ikke relateret til socialgruppe, og andelen, der ikke har kontakt med venner via e-kommunikation, er meget lav i alle socialgrupper. Andelen, som ikke har nogen at tale fortroligt med, som bliver udsat for mobning, som selv deltager i mobning, og som har været i slagsmål inden for det seneste år, stiger med faldende socialgruppe.

Tabel 7.a Materielle og sociale vilkår blandt elever fra seks socialgrupper, %

Materielle og sociale vilkår	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Bor i traditionel familie med far, mor og barn/børn	82	73	74	66	68	44
Familien har ikke bil	2	3	3	5	7	25
Har ikke sit eget værelse	4	3	5	7	15	25
Har ikke været på ferie med familien sidste 12 mdr.	5	10	12	17	23	36
Familien har ikke en computer	0	0	0	0	0	3
Har ingen nære venner	18	17	14	13	17	22
Er aldrig sammen med venner efter skole	7	8	10	9	12	12
Er sammen med venner efter skole 5 dage om ugen	9	10	11	11	11	17
Er aldrig ude med venner om aftenen	39	38	38	39	37	35
Er ude med venner mindst 3 aftener om ugen	18	21	21	26	28	30
Har sjældent/ aldrig e-kommunikation med venner	7	5	4	7	7	8
Har e-kommunikation med venner hver dag	53	57	61	57	57	51
Har ingen at tale fortroligt med	4	3	3	3	4	8
Er ikke fuldt socialt integreret [#]	18	19	22	21	23	30
Har været udsat for mobning i dette skoleår [§]	17	16	19	20	24	26
Har været udsat for mobning jævnligt [×]	6	5	5	7	8	9
Har selv mobbet andre i dette skoleår [§]	18	17	21	22	27	26
Har selv mobbet andre jævnligt [×]	4	3	3	6	8	8
Har været i slagsmål i de seneste 12 måneder	25	27	28	31	34	43

* Socialgruppe VI omfatter familier, hvor forældrene ikke har arbejde og lever af overførselsindkomst

[#] At være fuldt socialt integreret betyder at man kan tale fortroligt med mindst en af sine forældre og mindst en ven

[§] Omfatter alle grader af mobning, fra en enkelt gang til at være udsat for mobning til stadighed

[×] Omfatter kun habituel mobning, dvs. mere end et par gange i dette skoleår

Tabel 7.b Forekomst af helbreds- og trivselsproblemer blandt elever fra seks socialgrupper, %

Helbreds- og trivselsindikator	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Har mere end et symptom hver dag	4	6	8	7	10	16
Har mere end et symptom hver uge	19	20	25	26	26	33
Er overvægtig eller fed	4	7	8	11	15	14
Er kommet til skade i de sidste 12 måneder	43	46	45	48	46	44
Mindst to skader i de sidste 12 måneder	20	22	25	27	25	28
Lav livstilfredshed (0-5 point på Cantrill stigen)	10	11	13	18	17	22
Meget høj skoletrivsel 'kan meget godt lide skolen'	31	29	25	27	30	38
Meget lav skoletrivsel 'kan slet ikke lide skolen'	3	5	5	5	7	10

* Socialgruppe VI omfatter familier, hvor forældrene ikke har arbejde og lever af overførselsindkomst

Tabel 7.b viser betydelig social ulighed i fem indikatorer på helbred og trivsel: forekomsten af mere end et symptom hver dag, som er en alvorlig belastning, stiger gradvist fra den højeste til den laveste socialgruppe, bortset fra et lille dyk i socialgruppe IV. Forekomsten er mere end fire gange højere i den laveste end i den højeste socialgruppe. Hvis vi benytter et mildere skæringspunkt for symptombelastning – mere end et symptom hver uge – ser vi det samme næsten jævnt stigende mønster, men stigningen er ikke så stejl, og forekomsten i den laveste socialgruppe er ca. 1,7 gange højere end i den højeste socialgruppe.

Forekomsten af overvægt og fedme stiger på samme måde jævnt fra socialgruppe I til VI med en mere end tre gange højere forekomst i den laveste socialgruppe. Forekomsten af hyppige skader, her defineret som at man er blevet behandlet for mindst to skader i de sidste 12 måneder, viser samme mønster med en næsten jævn stigning fra socialgruppe I til VI. Lav livstilfredshed viser samme mønster med mere end dobbelt så høj forekomst i laveste som i højeste socialgruppe.

De sidste to linjer i tabel 7.b viser procent med henholdsvis meget høj og meget lav skoletrivsel. Forekomsten af meget høj skoletrivsel er lavest i socialgruppe III og specielt høj i socialgruppe VI. Forekomsten af meget lav skoletrivsel er jævnt stigende fra socialgruppe I til VI. De to linjer om skoletrivsel er dermed et godt eksempel på, at den sociale ulighed kan være mere kompleks, her at forekomsten af både meget høj og meget lav skoletrivsel er højest i socialgruppe VI.

Tabel 7.c viser tilsvarende analyser for måltids- og spisevaner. Der er en del børn og unge, som ikke spiser morgenmad jævnligt, her defineret som højest to hverdage om ugen. Forekomsten stiger næsten jævnt fra socialgruppe I til VI med en næsten tre gange højere

forekomst i socialgruppe VI som I. Samme mønster kan ses for frokostmåltid og aftensmåltid, selv om der her er langt færre elever, der springer måltiderne over. Men den sociale gradient er nogenlunde som for morgenmad. De næste linjer i tabellen handler om det at spise måltider sammen med forældre. Der er ganske mange børn, der ikke spiser morgenmad sammen med forældre, og forekomsten stiger nogenlunde jævnt fra socialgruppe I til VI. Der er kun ganske få, der ikke spiser aftensmad sammen med forældre, men forekomsten heraf viser samme mønster: tydeligt stigende forekomst fra socialgruppe I til VI.

Kostanbefalingerne er, at vi spiser både frugt og grønt dagligt. Det er u hensigtsmæssigt kun at spise frugt og grønt nogle dage, her illustreret med højst fire dage om ugen. Forekomsten af denne u hensigtsmæssige adfærd stiger – om end ikke helt jævnt – fra de højere til de lavere socialgrupper. Det er ernæringsmæssigt u hensigtsmæssigt at spise slik hver dag og at drikke sukkersødet sodavand hver dag. Begge disse vaner stiger jævnt fra socialgruppe I til VI. Sidste linje i tabellen viser, hvor mange børn der spiser et fast food måltid mindst to dage om ugen. Forekomsten er 7% i den højeste socialgruppe og stiger jævnt til 24% i den laveste socialgruppe.

Tabel 7.c. Måltids- og spisevaner blandt elever fra seks socialgrupper, %

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Spiser morgenmad højst to hverdage om ugen	13	18	23	23	28	37
Spiser frokost højst to hverdage om ugen	7	10	14	16	17	16
Spiser et aftensmåltid højst to hverdage om ugen	1	1	1	3	3	6
Spiser sjældent [#] morgenmad med forældre	24	23	28	31	32	36
Spiser sjældent [#] aftensmad sammen med forældre	1	2	3	3	5	8
Spiser frugt højst 4 dage om ugen	20	29	37	39	37	39
Spiser frugt sjældnere end ugentligt	2	5	8	6	7	9
Spiser grøntsager højst 4 dage om ugen	23	32	37	41	45	39
Spiser grøntsager sjældnere end ugentligt	4	5	9	10	11	14
Spiser slik hver dag	5	7	9	8	8	14
Drikker sodavand (sukkersødet) hver dag	4	6	9	9	9	17
Spiser fast food mindst to dage om ugen	7	8	12	11	14	24
Spiser fast food mindst fem dagen om ugen	1	2	4	4	6	10

* Socialgruppe VI omfatter familier, hvor forældrene ikke har arbejde og lever af overførselsindkomst

[#] Sjældent betyder her mindre end en gang om ugen

Tabel 7.d viser forekomsten af forskellige typer risiko- og sundhedsadfærd. Det er en klar risikoadfærd at sove mindre end 8 timer per nat i disse aldersgrupper. Forekomsten af denne risikoadfærd er lavest i socialgruppe I (22%) og højest i socialgruppe VI (37%) Hyppig tandbørstning, her defineret som at børste tænder to eller flere gange om dagen, er højest i socialgruppe I (81%) og aftager gradvis til 60% i socialgruppe VI. Omvendt ser vi, at den adfærd at børste tænder mindre end en gang om dagen er sjælden i socialgruppe I (2%) og langt hyppigere i socialgruppe VI (14%).

De næste linjer i tabel 7.d fokuserer på fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd. Det at være helt fysisk inaktiv, defineret som at man dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet ugentlig i sin fritid, er klart stigende med faldende socialgruppe, fra 5% i socialgruppe I til 12% i socialgruppe VI. Den modsatte adfærd, at være fysisk aktiv mindst syv timer per uge, aftager fra over 40% i de højeste socialgrupper til 25% i den laveste. At cykle til skole er langt mere almindelig i de højeste socialgrupper end i de laveste, mens at køre med bus eller tog til skole er mere almindeligt i de lavere end i de højere socialgrupper.

Resultaterne for stillesiddende adfærd foran en skærm er lidt mere sammensatte. Tidsforbruget til at se TV, video eller DVD, tidsforbruget til computerspil, og tidsforbruget til anden brug af computer (chat, afsøge internet, e-maile og lave lektier) stiger jævnt fra socialgruppe I til III, men er herefter nogenlunde det samme i socialgrupperne III-IV.

Tabel 7.d. Risiko- og sundhedsadfærd blandt elever fra seks socialgrupper, %

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Sover mindre end 8 timer per nat (hverdag)	22	26	33	31	29	37
Børster tænder mere end en gang om dagen	81	80	77	76	68	60
Børster tænder højst en gang ugentligt	3	3	3	5	7	12
Børster tænder sjældnere end dagligt	3	3	3	5	7	14
Dyrker hård fysisk aktivitet 0 timer om ugen	5	5	5	8	9	12
Dyrker hård fysisk aktivitet 4+ timer om ugen	43	46	40	34	31	25
Dyrker hård fysisk aktivitet 7+ timer om ugen	19	16	13	12	12	9
Cykler til skole	59	50	46	44	37	27
Kører med bus eller tog til skole	10	14	20	19	19	22
Ser TV, video eller DVD min. 4 timer på hverdag	12	16	22	23	23	23
Spiller computer mindst 2 timer på hverdag	15	18	24	24	26	24
Bruger computer mindst 2 timer på hverdag [#]	17	19	25	22	24	22

* Socialgruppe VI omfatter familier, hvor forældrene ikke har arbejde og lever af overførselsindkomst

[#] Brug af computer til at chatte, søge på internet, e-maile og lave lektier

Tabel 7.e handler kun om 15-årige. Den viser blandt andet forekomsten af brug af tobak, alkohol og hash. Forekomsten af rygning stiger fra 8% i socialgruppe I til 37% i socialgruppe VI. Forekomsten af dagligrygning stiger ligeledes fra socialgruppe I (1%) til socialgruppe VI (21%) og det samme gælder erfaring med at ryge vandpipe. Mønstrer er det samme for forekomsten af hashrygning, som viser tydeligt stigende forekomst med faldende socialgruppe

Men mønstret er anderledes for alkoholforbrug. Andelen af 15-årige, som drikker alkohol mindst en gang om ugen, er højest i socialgruppe I og VI og lavest i midterområdet, socialgruppe III og IV. Forskellene er ikke store, men de er statistisk signifikante. Tabellen viser også andelen af 15-årige, som slet ikke drikker alkohol. Den er lavest i socialgruppe I (11,7 %) og højest i socialgruppe VI (36%). Tabellen rummer også oplysninger om rusdrikkeri, hvor forekomsten er en anelse højere i socialgruppe VI end i de andre socialgrupper. Også andelen, som har været fulde over 10 gange, er højest i socialgruppe IV og lavest i socialgruppe I og VI. Den andel, der aldrig har været fulde, er lavest i socialgruppe IV og højest i socialgruppe VI. Sidste linje i tabel 7.e viser andelen, som har haft samleje. Andelen er lavest i socialgruppe I og II og højest i socialgruppe VI. Andelen af 15-årige, som har haft samleje, er alt i alt stigende med faldende socialgruppe.

Tabel 7.e. 15-åriges ryge-, drikke- og hashrygningsvaner samt seksuelle erfaringer, %

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Ryger (dagligt eller lejlighedsvis)	8	22	29	28	28	37
Ryger dagligt	1	8	11	13	10	21
Har prøvet at ryge vandpipe	30	34	37	41	38	58
Har prøvet at ryge hash	7	11	16	17	21	30
Har røget hash inden for de seneste 30 dage	0	3	4	4	8	9
Drikker alkohol mindst ugentligt	30	22	22	22	22	26
Drikker ikke alkohol	12	16	15	13	21	36
Har prøvet at rusdrikke [§] > 2 gange seneste 30 dage	18	16	18	19	21	23
Har været fuld over 10 gange	19	19	21	25	23	19
Har aldrig været fuld	34	28	31	29	34	51
Har haft samleje	33	31	38	43	35	47

* Socialgruppe VI omfatter familier, hvor forældrene ikke har arbejde og lever af overførselsindkomst

[§] At rusdrikke vil sige at drikke fem eller flere genstande hurtigt efter hinanden

Der er meget omfattende social ulighed i levekår, sociale relationer, helbred og trivsel. De fleste steder er denne ulighed til ugunst for de laveste socialgrupper, hvor man finder en meget høj andel af unge fra ikke-traditionelle familieformer, unge fra familier uden adgang til almindelige forbrugsgoder såsom bil og ferierejser, unge uden fortrolig kontakt til andre, unge der er involveret i mobning som offer eller mobber, unge der har mange flere symptomer, med større risiko for overvægt, for skader og lav livstilfredshed.

På adfærdsområdet er der også betydelige sociale uligheder, fx en langt højere forekomst i lavere socialgrupper af uregelmæssige måltidsvaner, sjældent indtag af frugt og grønt, hyppigt indtag af slik, sodavand, fast food, kort nattesøvn, uregelmæssig tandbørstning, fysisk inaktivitet, stillesiddende adfærd, rygning og hashrygning. De nævnte sociale uligheder er ofte overordentlig store, ofte mere end en fire-fem-dobling i faresignaler fra højeste til laveste socialgruppe. Der er yderligere en vigtig observation: I de fleste tilfælde er disse sociale uligheder graduerede, dvs. at forekomsten af faresignaler er jævnt stigende fra den højeste til den laveste socialgruppe. Der er altså ikke tale om en tærskelværdi, over hvilken de unge lever et sundt liv og hvorunder de lever et usundt liv. De traditionelle politiske formuleringer af et 80-20-samfund, hvor man opfatter at 80% har det godt, mens der er et mindretal på 20% med problemer holder ikke: Uligheden er gradueret.

Der er vigtige undtagelser. Der er ikke systematiske sociale uligheder i sociale relationer, fx har unge fra højere og lavere socialgrupper tilsyneladende lige mange venner og sociale kontakter. Skoletrivslen er heller ikke entydigt social skæv, og faktisk ser det ud som om, at grundskolen er et miljø, som lavere socialgrupper trives godt i. Og unge fra lavere socialgrupper drikker mindre end unge fra højere socialgrupper.

Vi nævnte i starten af dette afsnit to grunde til at dokumentere social ulighed: Den første er, at det har været et sundhedspolitisk mål i den sidste snes år at reducere social ulighed i sundhed. Tallene i dette afsnit viser, at den beskyttelse mod risikoadfærd og helbredsproblemer, som et samfund bør kunne tilbyde sine børn og unge, ikke er til stede i tilstrækkeligt omfang. Den anden grund er, at dokumentation af social ulighed gør os klogere på de faktorer, der former folkesundheden. Her kan vi fremhæve den graduerede sammenhæng mellem socialgruppe og problemer. Elever fra socialgruppe II, III og IV kommer fra helt almindelige middelklassehjem, den type hjem der er flest af i Danmark. Forældrene er hverken fattige eller lavtuddannede. Alligevel er deres trivsel, helbred og sundhedsadfærd i de fleste tilfælde betydeligt ringere end eleverne fra socialgruppe I. Den graduerede sammenhæng viser, at sociale vilkår har meget stor indflydelse mht. at forme børn og unges sundhed, og at denne formningsproces er under indflydelse af mange andre faktorer end fattigdom og ukundskab.

8 Perspektiver

Med Skolebørnsundersøgelsen indsamles vigtige data om danske 11-, 13- og 15-årige skoleelevers helbred, sundhedsadfærd og trivsel. Skolebørnsundersøgelsen 2010 er den ottende i rækken af undersøgelser siden begyndelsen af 1980'erne og dermed har vi med de samlede Skolebørnsundersøgelser i dag mulighed for at følge udviklingen blandt store børn og unge over en periode på 26 år.

8.1 Hovedresultater

Betragter vi de præsenterede resultater helt overordnet, kan det konkluderes, at de fleste danske 11-, 13- og 15-årige skoleelever er sunde, raske og trives godt. Men af resultaterne fremgår det også, at der er et mindretal af elever, for hvem dette ikke gælder – og dette mindretal er ofte ganske stort. Alle børn og unge har ret til et godt liv, og det er derfor vigtigt at vide, hvilke grupper af børn og unge, som lever et liv med mistrivsel. Samtidigt er det selvfølgelig vigtigt at undersøge hvorfor og hvordan, denne mistrivsel opstår. Hertil bidrager Skolebørnsundersøgelserne, og i dette perspektiv beskriver vi i det følgende nogle af de væsentligste resultater i denne ottende rapport fra Skolebørnsundersøgelsen 2010.

- Størstedelen af eleverne rapporterer, at de har et godt eller meget godt *helbred*. Der er lidt flere drenge end piger, der synes at deres helbred er godt eller meget godt, og lidt flere piger i femte klasse sammenlignet med niende klasse, som synes de har et godt/meget godt helbred. Betragter vi udviklingen over tid ser vi et knapt så positivt billede. Siden 1984 har vi set et fald i andelen af elever, som vurderer, at de har et meget godt helbred, og blandt de 13-årige piger og 15-årige piger og drenge er der næsten tale om en halvering.
- Mange elever lider af hyppige *symptomer* som hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, nervøsitet, indsovningsbesvær, svimmelhed, irritation og mange er ofte kede af det. Der er meget store forskelle i symptombelastning mellem piger og drenge for alle andre symptomer end ondt i ryggen. Særligt oplever pigerne i langt større grad end drengene at være kede af det og at plages af hovedpine. For en række af symptomerne ses tydelige aldersforskelle. Flere blandt de store skolebørn har ondt i ryggen og er irriterede, og et større antal af de store piger har hovedpine. Andelen af elever med mindst et dagligt symptom varierer mellem 26 og 30% blandt pigerne og mellem 22 og 23% blandt drengene. Der er således en bekymrende stor gruppe af elever, som har en betydelig symptombelastning.

Når vi betragter udvikling i symptombelastninger, siden vi spurgte til emnet første gang i 1984, er det svært at give en samlet konklusion. For nogle af symptomerne har udviklingen været præget af svingende forekomst, for andre symptomer har forekomsten været forholdsvis stabil i den nævnte 26-årige periode. Et mere tydeligt mønster ses dog for andelen af elever, som oplever at være ked af det eller irriteret, idet forekomsten for disse symptomer har været markant faldende over de seneste undersøgelser helt frem til 2010. Modsat er andelen af elever, som rapporterer, at de mindst ugentligt har svært ved at falde i søvn, steget relativt

markant blandt de 13- og 15-årige elever over de seneste tre undersøgelser frem til 2010.

Når vi betragter udviklingen i den samlede symptombelastning over de 26 år, ser vi en generel stigende tendens i andelen af elever med mindst et symptom dagligt.

- Når vi spørger til elevernes *livstilfredshed*, så ser vi desværre, at andelen, som scorer højt på trivselsstigen, er fortsat faldende. Livstilfredsheden er lavest blandt de ældste elever. Kun hver fjerde pige og hver tredje dreng i syvende og niende klasse angiver høj tilfredshed med deres liv.
- Det er også på de ældste klassetrin, at vi finder færrest elever med høj *skoletilfredshed*. Hvor vi tidligere så faldende skoletilfredshed, var der fra 2002 til 2006 positive tendenser med en stigende andel af elever, som synes godt om deres skole. Denne udvikling synes at være fortsat frem til 2010. Dette gælder dog desværre ikke for drengene i niende klasse, hvilket netop er den gruppe af skoleelever, hvor færrest er glade for deres skole
- *Overvægt og fedme* er en stadigt stigende belastning for folkesundheden. I Skolebørnsundersøgelserne har vi indsamlet data om elevernes højde og vægt siden 1998, og vi har med denne seneste undersøgelse derfor mulighed for at følge udviklingen i selvrapporteret forekomst af overvægt og fedme blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever over de seneste 12 år. Udviklingen har i vores undersøgelse ikke været nær så dramatisk, som det er set i andre undersøgelser. Fra 1998 til 2002 fandt vi, som de fleste andre nationale og internationale undersøgelser, en stigning i forekomsten af overvægt og fedme (Due et al., 2006). Fra 2002 til 2006 så vi derimod en stagnation i forekomsten af overvægt og fedme. De seneste tal fra 2010 indikerer, at denne stagnation er fortsat.
- Hvad angår danske børn og unges *sundhedsadfærd* finder vi både positive og negative tendenser. Over en årrække har vi observeret positive udviklinger i unges *rygeadfærd*, hvor andelen i alle former for rygeadfærd har været faldende siden midten af 1990'erne (Rasmussen et al., 2008; Rasmussen et al., 2009). Mellem de seneste to undersøgelsesrunder i 2006 og 2010 er andelen af rygere stagneret i de yngste aldersgrupper, mens andelen af 15-årige rygere fortsat faldt lidt frem til 2010. Dog er det fortsat hver fjerde af de 15-årige, som ryger. For første gang har vi i 2010-undersøgelsen spurgt til *vandpiberygning*. Resultaterne viser, at relativt mange elever i niende klasse har prøvet at ryge vandpibe, og at næsten hver tiende elev her har et regelmæssigt forbrug. Næsten hver femte dreng og lidt færre piger i niende klasse har prøvet at ryge *hash*. Disse tal er udtryk for et fald siden 2002, hvor vi spurgte til dette emne første gang. For pigerne har udviklingen dog været stagnerende mellem 2006 og 2010. Andelen af elever i niende klasse, som har røget hash mindst 10 gange, har været relativt stabil mellem 2002 og 2010.

Hvor vi fra 2002 og frem til 2006 generelt så positive udviklingsmønstre i forhold til unges *alkoholforbrug* er udviklingen frem til 2010 mere varieret. Den markante positive udvikling, som vi tidligere så i andel af 15-årige drenge og piger, som drikker alkohol mindst ugentligt, er fortsat frem til 2010. Derimod er den tidligere

observerede positive udvikling i de unges erfaring med fuldskab tilsyneladende stagneret.

Over de seneste år har andelen af elever, som er meget *fysisk aktive* været relativt konstant, mens andelen af fysisk inaktive elever har været faldende. Betragter vi den seneste periode fra 2006 til 2010, ser vi desværre nogle steder tendenser til en mere negativ udvikling. En lidt større andel af eleverne er nu fysisk inaktive (fx 13% blandt de 15-årige drenge), og blandt 11-årige elever er færre meget fysisk aktive i 2010 undersøgelsen.

Også i 2010 finder vi, at for få elever spiser tilstrækkeligt med *frugt og grøntsager*, og for mange elever spiser for meget slik og chokolade og drikker for meget sodavand. Men der er også positive resultater. Fra 1984 frem til 2002 var andelen af elever, som dagligt spiser frugt og grønt, markant faldende, men i 2006 så vi for første gang, at denne andel steg (Rasmussen et al., 2008). Denne stigning er fortsat frem til 2010. Blandt elever i femte og syvende klasse har der over en årrække været en positiv udvikling med et stadigt fald i andelen, som drikker *sodavand*. Mellem 2006 og 2010 ses fortsat en sådan positiv udvikling blandt elever på alle tre klassetrin. Udviklingen i indtag af *slik og chokolade* har været mere svingende over tid, men også her gælder det, at indtaget er faldet mellem 2006 og 2010 blandt elever på alle tre klassetrin.

En del elever springer ofte *morgenmaden* over. Dette gælder særligt pigerne i niende klasse (Fabritius & Rasmussen, 2008; Jørgensen et al., 2011). Derfor er det positivt, at det netop er i denne gruppe af elever, at vi i 2010 ser et fald i andelen, som ofte springer morgenmaden over. Blandt de øvrige elever ser vi ingen store ændringer fra 2002 og frem til 2010.

Som vi har observeret i tidligere undersøgelsesrunder er *lægemiddelforbruget* blandt danske børn højt (Holstein et al., 2009). Særligt gælder dette forbruget af lægemidler mod hoved- og mavepine, som er mest udbredt blandt pigerne, og hvor indtaget stiger markant med alderen. Vores data om danske elevers lægemiddelforbrug viser et stigende forbrug siden slutningen af 1980'erne – en stigning som er særlig markant for lægemidler mod hovedpine og mavepine. Over den seneste periode fra 2006 er denne stigning særligt fortsat for lægemidler mod hovedpine blandt elever i niende klasse.

I undersøgelsen spørger vi eleverne i niende klasse om deres *seksualadfærd*. På baggrund af deres svar ser vi, at omtrent 40% af eleverne på dette klassetrin har haft samleje, og at pigernes debutalder for samleje er lavere end drengenes. Blandt de elever i niende klasse, som er seksuelt aktive, er der relativt mange, som ikke anvendte prævention ved sidste samleje. Dette gælder for mere end hver tiende af de seksuelt aktive drenge i niende klasse. Desuden anvendte kun omtrent 60% af de seksuelt aktive elever i niende klasse kondom ved sidste samleje, og mange elever er derfor ubeskyttede mod kønssygdomme.

I den første undersøgelse i 1984 spurgte vi til elevernes *søvn*. Børn og unges søvnadfærd er de seneste år atter kommet i fokus, og vi har derfor i 2010 igen

spurgt til søvnadfærd. Store skoleelever sover færre timer end yngre elever, men sammenligner vi data om søvnlængde fra 1984 med data fra 2010, finder vi, at der blandt både piger og drenge på alle klassetrin er sket en voldsom stigning i andelen, som sover 8 timer eller mindre om natten.

- Når vi spørger til elevernes *relationer* til forældre og venner, ser vi, at der stadig er et stort mindretal af eleverne, som ikke har fortrolige kontakter til forældre og kammerater, hvilket naturligvis er bekymrende. Når vi betragter udviklingen over tid, er der dog nogle positive tendenser, idet stadigt flere elever har nemt ved at tale fortroligt med deres forældre. Ligeledes er andelen af elever, som har nemt ved at tale fortroligt med mindst en ven steget. Ser vi derimod på det faktiske samvær med kammerater efter skole og om aftenen, har dette over flere undersøgelsesrunder været aftagende, og denne udvikling fortsætter mellem 2006 og 2010. Over en årrække har vi set en markant stigning i telefonisk og 'elektronisk' kontakt til kammerater. Over de seneste periode fra 2006 til 2010 er denne stagneret.
- Megen forskning viser, at *mobning* har meget alvorlige konsekvenser for børn og unges trivsel, symptomniveau, selvfølelse og evne til at koncentrere sig i skolen (Due et al., 2005). Mobning blandt skoleelever har været et centralt forskningstema i forskningsgruppen gennem en årrække, og vi har i denne rapport valgt at tillægge dette tema et særligt fokus og her præsentere hovedresultaterne for denne specifikke forskningsindsats.
 - Tidlige resultater fra midten af 1990'erne viste, at forekomsten af mobning var langt højere blandt danske skoleelever end tilfældet var blandt store skolebørn i vores nordiske nabolande (Due et al., 1999).
 - Større internationale sammenligninger viste store forskelle mellem lande i forekomst af mobning (Due & Holstein, 2008; Craig et al., 2009), men at det for alle lande, begge køn og alle aldersgrupper gjaldt, at mobning havde en stærk sammenhæng med forekomsten af alle former for symptomer i undersøgelsen (Due et al., 2005).
 - Sammenligninger mellem danske skoler viste store forskelle i forekomst af mobning.
 - Siden 1998 er der sket en meget positiv udvikling, idet andelen, som oplever at blive mobbet, er faldet drastisk. Denne udvikling er fortsat frem til 2010 og kan tilskrives en stor indsats mod mobning fra en lang række organisationer og interesser landet over.
 - Resultaterne fra 2010 viser, at omtrent 6% af danske elever udsættes for mobning mindst et par gange månedligt. Selvom dette tal er lavere end nogensinde før, er det naturligvis meget vigtigt fortsat at have fokus på det mindretal af danske børn, som stadig lider under at blive mobbet af deres klassekammerater eller af større elever på skolen. Det er derfor vigtigt, at skolerne også i fremtiden fastholder indsatsen og fokus på børnenes gensidige relationer og trivsel.
- *Social ulighed* har i mange år været et andet væsentligt fokus for skolebørnsundersøgelserne.

- Også i HBSC undersøgelsen 2010 finder vi store forskelle i de materielle og sociale vilkår blandt skolebørn, fx illustreret ved at mere end hver tredje barn af forældre udenfor arbejdsmarkedet ikke har været på ferie med familien i det forgangne år, mens dette kun gælder mindre end hvert tyvende barn af forældre i socialgruppe I.
- Flere børn og unge fra lav social gruppe er sammen med venner om eftermiddagen og aftenen, men samtidig er der en større andel af børn i lave socialgrupper, som helt mangler fortrolige kontakter. Mobning og slagsmål belaster også en større andel af børn fra lav socialgruppe.
- Der er fortsat markante sociale forskelle i skolebørns helbred. Symptombeforekomst, manglende tilfredshed med sit liv og fedme viser alle markante sociale forskelle i forekomst til ugunst for børn fra lavere social baggrund.
- Der er flere børn i både lav og høj socialgruppe, som er glade for at gå i skole, men også en større andel af børn fra lav socialgruppe, som slet ikke kan lide deres skole.
- Samtlige mål relateret til børns kostvaner viser sammenhæng med sociale vilkår, og børn fra lavere social baggrund har i højere grad usunde kostvaner.
- Det samme ugunstige mønster viser sig i forbindelse med en lang række andre sundhedsadfærdsformer. Søvn, tandbørstning, fysisk aktivitet, aktiv transport til skole, stillesiddende adfærd, rygning, vandpiberygning og eksperimenteren med hash er alle adfærdsformer, som har en social gradient og hvor adfærden blandt unge fra lavere sociale grupper i højere grad går imod de sundhedsmæssige anbefalinger.
- Kun for alkohol vaner er mønsteret anderledes. Her finder vi fx en højere andel af børn i lave social grupper, som slet ikke drikker alkohol, men også flere i den laveste socialgruppe som har været fulde mere end 10 gange.

De sociale uligheder, vi finder i helbred og sundhedsadfærd, er ofte store. En 4-5 doubling af forekomsten af belastninger eller usunde vaner fra højeste til laveste socialgruppe ses ofte. Desuden viser langt de fleste sociale forskelle sig som en gradient, således at belastningerne ikke kun forekommer i den laveste socialgruppe, men at forekomsten gradvis øges for hvert trin ned af den sociale rangstige. Dette betyder, at rigtig mange danske børn helbreds- og adfærdsmæssigt er ringere stillet end deres jævnaldrene fra den højeste socialgruppe.

Skolebørnsundersøgelsen bliver i vid udstrækning anvendt som grundlag for forskning. Forskningen udføres af Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og en lang række udenlandske samarbejdspartnere – dels fra det internationale forskernetværk Health Behaviour in School-aged Children, som undersøgelsen er en del af, og dels af en række nationale og internationale forskere, som vores forskningsgruppe har indledt samarbejder med gennem årene.

8.2 Metoderne

Alle undersøgelsens resultater må betragtes i lyset af mulige metodeproblemer. Vi benytter os af data fra de unge selv, og det er derfor deres synspunkter, som træder frem, deres egen beskrivelse af, hvordan de lever, og hvordan de har det. Som vi ligeledes har argumenteret for i tidligere rapporter, så mener vi, at dette er en styrke. Eleverne i de inkluderede aldersgrupper ved udmærket godt, om de har ondt, om de trives, har fortrolige kontakter osv. Igennem et grundigt internationalt udviklingsarbejde og gennem en serie nationale indledende forundersøgelser samt valideringsundersøgelser blandt elever og forældre sikrer vi os, at eleverne kan svare på vores spørgsmål, at de forstår dem på den måde, vi har tænkt, og at de også er interesserede i at medvirke.

Det er også en styrke, at undersøgelsen baseres på et tilfældigt – og dermed repræsentativt – udsnit af skoler i hele landet. Undersøgelsespopulationen er stor, hvilket giver en stor statistisk sikkerhed og svarprocenten er høj, særligt på elevniveau.

Det er også en styrke, at vi har gennemført undersøgelsen på samme måde nu otte gange fra 1984 til 2010. Vi har udvalgt skoler på samme måde og benyttet samme grundspørgeskema, og vi kan derfor beskrive trends i sundhed, sundhedsvaner, trivsel og sociale forhold.

Muligheden for at sammenligne med andre lande er også en perspektivgivende side ved undersøgelsen, og stadig flere lande har fået øje på undersøgelsen og dens potentiale som informationskilde til internationalt sammenlignende forskning. Ved den tidlige start i begyndelsen af 1980'erne deltog fem lande, mens der i denne seneste undersøgelsesrunde i 2010 deltog i alt 41 lande. Det internationale studie dækker i dag således over store kulturelle og geografiske forskelle, og det internationale potentiale er derfor stort. Dette kommer blandt andet til udtryk i det stigende omfang, hvormed de internationale data anvendes af bl.a. WHO og UNICEF.

Endelig er det en styrke ved undersøgelsen, at den er forankret i en forskningsgruppe af tværvideenskabelig karakter. Den danske forskergruppe rummer medlemmer med forskellig uddannelsesmæssig baggrund og dermed forskellige perspektiver på børns sundhed og trivsel, fx medicin, sociologi, psykologi, folkesundhedsvidenskab, ernæring, sundhedspleje og biologi.

Men undersøgelsen har også svagheder. De udvalgte skoler, som ikke ønsker at medvirke, og de elever på de medvirkende skoler, som ikke er til stede, skaber et bortfald, som næppe er tilfældigt. Dette bortfald kan dække over elever og skoler med væsentlige styrkesider eller væsentlige problemer, som undersøgelsen dermed ikke belyser. Samtidig er der nogle spørgsmål, som eleverne har svært ved at håndtere eller forstå, især spørgsmålene om hvem de bor sammen med. Vi arbejder derfor løbende med at validere og udvikle vores målemetoder.

En anden svaghed ved undersøgelsen er, at det er en tværsnitsundersøgelse: Den undersøger eleverne på et tidspunkt, men følger ikke eleverne over tid. Derfor kan man ikke udtale sig om årsagsrelationer, kun om statistiske sammenhænge. Når vi fx finder en sammenhæng mellem sociale relationer med venner og rygning, så ved vi ikke, om det er

den sociale interaktion, som leder til rygning, eller om det er rygning, som fører til dannelsen af sociale relationer. Forløbsundersøgelser med gentagne dataindsamlinger fra de samme personer giver bedre mulighed for at afsløre årsagsmønstre. Ved analyse af tværsnitsdata er det derfor vigtigt at have en teoretisk forståelsesramme for de undersøgte sammenhænge. Som det fremgår af det indledende kapitel, tilstræber vi i vid udstrækning at forankre vores analysearbejde af data fra Skolebørnsundersøgelsen i en teoretisk forståelse.

I nogle forskerkredse anses selvrapporterede data for at være svage. Vi betragter det som en styrke, at skolebørn selv har mulighed for at fortælle, hvordan de har det. Der er dog undtagelser, hvor selvrapportering kan være behæftet med ulemper. Dette gælder fx data om vægtstatus baseret på elever egne rapporteringer af deres højde og vægt. Som nævnt medfører dette ofte en underestimering af BMI, hvorved nogle overvægtige elever kan blive kategoriseret som normalvægtige. Data om overvægt og fedme baseret på selvrapporterede data er derfor ikke velegnede til at dokumentere den specifikke forekomst, men bør i stedet overvejende anvendes til analytiske formål. Når vi alligevel tillader os at rapportere forekomsten i denne rapport, er det fordi, vi overvejende hæfter os ved udviklingen over tid. Vi har anvendt samme dataindsamlingsmetode i alle undersøgelsesrunder, og på trods af risikoen for underestimering af forekomsten kan data derfor anvendes til at sige noget om udviklingen over tid. Dog antager vi dermed, at graden af fejlestimering er den samme i alle undersøgelser. Det kan ikke udelukkes, at det øgede fokus på overvægt og fedme har medført, at eleverne i stigende grad underrapporterer deres vægt, hvorved der kan være tale om en stigende grad af fejlestimering af forekomsten af overvægt og fede over tid. I givet fald vil dette naturligvis skjule en egentlig stigning i forekomst.

8.3 Handling påkrævet!

Undersøgelsen viser, at der kan siges meget godt om børn og unges sundhed: De fleste er raske og trives godt, og de fleste udviser en fornuftig sundhedsadfærd. I de seneste ti år er der sket en markant reduktion i mobning, en markant reduktion i unges alkoholforbrug og en markant øgning af frugt- og grøntindtag.

Men undersøgelsen viser også, at der er brug for handling: Den tidligere glædelige mindskning i antallet af unge, som ryger, er gået i stå, og alt for mange unge begynder at ryge. Der er stadig alt for mange unge, der drikker heftigt. Alt for mange børn får for lidt motion, og der sker ikke rigtigt nogen forbedringer. Alt for mange børn og unge dør med smerter, alt for mange børn og unge dør med mistrivsel. Alt for mange børn og unge sover for lidt. Alt for mange børn bruger lægemidler, og alt for mange børn spiser usundt. Den sociale ulighed i sundhed, som vi har påvist mange gange, er fortsat dramatisk og efterlader børn og unge fra familier med få ressourcer i en alvorlig risikosituation.

Der er fælles træk ved de områder, hvor det er gået fremad. Det er ofte der, hvor samfundet har gjort en indsats: den markante reduktion i alkoholforbrug skyldes formentlig aldersgrænser for køb af alkohol. Den markante øgning i forbruget af frugt og grønt skyldes formentlig en meget intens og langvarig kampagne ('6 om dagen'). Meget tyder på, at hvis man prioriterer og gør en indsats, så kan man bremse uheldige udviklinger og skabe bedre sundhed for børn og unge. Derfor glæder vi os over, at mange kommuner og især

mange skoler virkelig gør en indsats for at skabe sundhed og trivsel blandt børn og unge. Den markante reduktion i mobning skyldes med stor sandsynlighed, at masser af skoler har taget udfordringen op og gjort en aktiv indsats for at komme mobningen til livs. Inden for et andet område, trivsel, kan vi også se, at nogle skoler er i stand til at holde den psykiske mistrivsel på et minimum (Holstein et al. 2011).

Derfor er det forstemmende, at der er så store problemer på andre områder. Det afspejler med stor sandsynlighed, at samfundets indsats for børn og unges sundhed er helt utilstrækkelig. Der er brug for en særlig indsats inden for alle de områder, vi nævnte ovenfor.

Hvad kan man så gøre? Man kan sikre, at alle kommuner og alle skoler har - og efterlever - en politik for sundhedsfremme. Man kan sikre børnene et sundt undervisningsmiljø, det man blandt voksne ville kalde et sundt arbejdsmiljø. Man kan sikre, at bevægelse, sundhedsoplysning og hjemkundskab får en mere tydelig plads på skoleskemaet. Man kan sikre, at skolerne har ressourcer til at tackle disse opgaver, ikke fordi det er skolens kerneopgave, men fordi sundhed fremmer selve skolens kerneopgave: læring. Man kan sikre, at børn og unge og deres forældre har nogen at tale med om sundhed og trivsel, fx pædagogisk-psykologisk rådgivning, skolesundhedspleje og den øvrige skolesundheds-tjeneste, som i disse år er under beskæring. Man kan sikre efteruddannelse af relevante personalegrupper, så de kan håndtere de sundhedsmæssige udfordringer. Man kan styrke den sundhedsoplysende indsats, så vi alle sammen får øje på nødvendige indsatser i hjemmet, fx mht. søvn og måltider. Man kan etablere politikker, der beskytter børn og unge mod aggressiv markedsføring af usunde produkter. Man kan etablere politikker, der sikrer børn og unge mere tid til fysisk aktivitet.

Ud over alle disse muligheder er der endnu en værktøjskasse at tage frem: Man kan lære af de gode eksempler. På stort set alle de ovennævnte områder er der lande, der gør det bedre end Danmark. Lad os lære af dem. På stort set alle områder er der skoler, der gør det bedre end gennemsnittet. Lad os lære af dem. Man kan skabe en kultur, hvor de gode eksempler får lettere ved at blive spredt. Nogle gange skal de gode eksempler have en hånd med på vejen, det vil sige, at vi er nødt til at bruge flere kræfter på at udvikle og evaluere metoder til sundhedsfremme blandt børn og unge.

I de år, hvor skolebørnsundersøgelsen har kørt, har store børns muligheder for at bruge kommunale eftermiddags- og aftentilbud blevet væsentligt forringet. Fritidsklubber og ungdomsklubber er blevet lukket, og tilbuddene er i rigtigt mange kommuner blevet minimeret. Det har medført, at de fleste børn og unge over 10 års alderen tilbringer mange timer dagligt i hjemmet om eftermiddagen, ofte alene. Denne situation kombineret med det stigende udbud af tekniske muligheder for stillesiddende adfærd, er en farlig cocktail, når det gælder udviklingen af sunde bevægelsesmønstre for børn og unge. Det danske samfund har en stor udfordring på dette område. Både børns aktivitetsniveau og den sammenhængskraft, der kommer ud af at have andre rammer med andre fællesskaber, mangler nu helt for den aldersgruppe, vores undersøgelse omhandler. Hvad langtids-konsekvenserne er af dette manglende tilbud, er uafklaret, og feltet er meget dårligt forskningsmæssigt belyst. Noget, vi i de kommende skolebørnsundersøgelser vil forsøge at råde bod på.

Desværre kan vi gentage, hvad vi skrev i rapporten fra Skolebørnsundersøgelsen 2006: det er på høje tid, at et samfund som det danske får en bevidst og aktiv politik med hensyn til sundhedsfremme for børn, en politik, der bliver bakket op med tilstrækkelige økonomiske midler og med national og kommunal politisk opmærksomhed.

9 Publikationer

Nedenstående liste indeholder publikationer fra Skolebørnsundersøgelsen med forfattere fra den danske forskergruppe, opgjort per 1. februar 2011.

9.1 Artikler i videnskabelige tidsskrifter

2011

Torsheim T, Samdal O, Rasmussen M, Freeman J, Griebler R, Dür W. Comparing school-related social support in seven countries: The HBSC study. *Social Indicator Research*, in press

Niclasen B, Rasmussen M, Borup I, Schnohr C. The secular development in intake of imported foods in rural and urban Greenland – fruits versus sweets. *International Journal of Circumpolar Health*, in press.

Bjarnason T, Bendtsen P, Arnarsson AM, Borup I, Iannotti RJ, Löfstedt P, Haapasalo I, Niclasen B. 2010. Life satisfaction among children in different family structures: A comparative study of 36 western societies. *Children & Society* 2011, in press.

Jørgensen A, Pagh Pedersen T, Meilstrup C, Rasmussen M. The influence of family structure for breakfast habits among adolescents. *Danish Medical Bulletin*, in press.

Nordahl H, Krølner K, Páll G, Currie C, Andersen A. Measurement of ethnic background in cross national school surveys: agreement between students' and parents' responses. *Journal of Adolescent Health* 2011, in press.

Holstein BE, Damsgaard MT, Bjarnasson T, Due P, Eriksson L, Fismen A-S, Henriksen PW, Melkevik O, Niclasen B, Rayce O, Rayce SB, Samdal O, Välimaa R, Wold B, Rasmussen M. Socioeconomic patterning of physical inactivity among adolescents: comparative study across six Nordic countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, in press.

Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H, Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011, 39 Supplement 6:62-78.

Melkevik O, Torsheim T, Rasmussen M. Patterns of screen-based sedentary behaviour and physical activity and associations with overweight among Norwegian adolescents: a latent profile approach. *Norsk Epidemiologi* 2010, 20: 109-17.

Brixval CS, Rayce SLB, Rasmussen M, Holstein BE, Due P. Overweight, body image and bullying - an epidemiological study of 11-15-year-olds. *European Journal of Public Health*, e-pub March 7, 2011.

Gobina I, Välimaa R, Tynjälä J, Villberg J, Vilerusa A, Iannotti RJ, Godeau E, NicGabhainn S, Andersen A, Holstein BE. Medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, e-pub 2011 Jan 18.

2010

Levin KA, Torsheim T, Vollebergh W, Richter M, Davies CA, Schnohr CW, Due P, Currie C. National Income and Income Inequality, Family Affluence and Life Satisfaction Among 13 year Old Boys and Girls: A Multilevel Study in 35 Countries. *Social Indicators Research* 2010, e-pub Nov 1, 2010.

Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A, Bendtsen P, Godeau E, Demetrovics Z. Cultural and Gender Convergence in Adolescent Drunkenness. Evidence From 23 European and North American Countries. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2011, 165 (2): 152-8.

Borup I, Holstein BE. How do students who smoke and drink respond to the school nurse? Cross sectional study among 11, 13, and 15-year-olds. *British Journal of School Nursing* 2010, 5: 128-33.

Dhariwal M, Rasmussen M, Holstein BE. Body mass index and smoking: cross-sectional of a representative sample of adolescents in Denmark. *International Journal of Public Health* 2010; 55: 307-14.

Borup I, Holstein BE. Overweight children's response to an annual health dialogue with the school nurse. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16: 359-65.

Borup IK, Andersen A, Holstein BE. Re-visit to the school nurse and adolescents' medicine use. *Health Education Journal*, e-pub Sep 1, 2010.

Harel-Fisch Y, Walsh SD, Fogel-Grinvald H, Amitai G, Pickett W, Molcho M, Due P, de Matos MG, Craig W; Members of the HBSC Violence and Injury Prevention Focus Group. Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence*, e-pub Dec 16, 2010.

2009

Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, Molcho M, de Matos MG, Overpeck M, Due P, Pickett W A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. ; HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group; HBSC Bullying Writing Group. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Suppl 2: 216-24.

Molcho M, Craig W, Due P, Pickett W, Harel-Fisch Y, Overpeck M. Cross-national time trends in bullying behaviour 1994-2006: findings from Europe and North America. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Suppl 2: 225-34.

Due P, Merlo J, Harel-Fisch Y, Damsgaard MT, Holstein BE, Hetland J, Currie C, Gabhainn SN, de Matos MG, Lynch J. Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health* 2009; 99: 907-14.

Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M, Holstein BE, Wardle J, Merlo J, Currie C, Ahluwalia N, Sørensen TIA, Lynch J. Socioeconomic position, macroeconomic environment, and overweight among adolescents in 35 countries. *International Journal of Obesity (Lond)* 2009, 44: 1084-93.

Due P, Damsgaard MT, Lund R, Holstein BE. Is bullying equally harmful for rich and poor children? A study of bullying and depression from age 15 to 27. *European Journal of Public Health* 2009; 19: 464-9.

Holstein BE, Andersen A, Hansen EH og Due P. Børns og unges brug af lægemidler mod smerter og psykologiske problemer: Udviklingen fra 1988 til 2006. *Ugeskrift for læger* 2009; 171: 24-8.

Holstein BE, Currie C, Boyce W, Damsgaard MT, Gobina I, Kökönyei G, Hetland J, de Looze M, Richter M, Due P. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Suppl 2: 260-70.

Koushede V, Holstein BE. Sense of Coherence and medicine use for headache among adolescents. *Journal of Adolesc Health* 2009; 45: 149-55.

Krølner R, Due P, Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Klepp K-I, Lynch J. Does school environment affect 11-year-olds' fruit and vegetable intake in Denmark. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1416-24.

Rasmussen M, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Social inequality in adolescent daily smoking: Has it changed over time? *Scandinavian Journal of Public Health* 2009; 37: 287-94.

Rayce SL, Holstein BE, Kreiner S. Aspects of alienation and symptom load among adolescents. *European Journal of Public Health* 2009; 19: 79-84.

Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S, Iannotti R, Rasmussen M. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Supplement 2: 140-50.

Schnohr CW, Kreiner S, Rasmussen M, Due P, Diderichsen F. School-related mediators in social inequalities in smoking: a comparative cross-sectional study of 20,399 adolescents. *International Journal of Equity in Health* 2009; 8: 17.

Vindfeldt S, Schnohr C, Niclasen B. Trends in physical activity in Greenlandic schoolchildren, 1994-2006. *International Journal of Circumpolar Health* 2009; 68: 42-52.

Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, Vereecken C, Melkevik O, Lazzeri G, Giacchi M, Ercan O, Due P, Ravens-Sieberer U, Currie C, Morgan A, Ahluwalia N. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. *International Journal of Public Health*, 2009;54 Supplement 2:167-79.

Freeman JG, Samdal O, Klinger DA, Dur W, Griebler R, Currie D, Rasmussen M. The relationship of schools to emotional health and bullying. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Supplement 2: 251-9.

Vereecken C, Dupuy M, Rasmussen M, Nansel TR, Al Sabbah H, Baldassari D, Jordan MD, Kelly C, Maes L, Niclasen BVL, Ahluwalia N. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health* 2009; 54 Supplement 2: 180-90.

Schnohr CW, Kreiner S, Rasmussen M, Due P, Diderichsen F. Comparative study on etiological mechanisms generating social inequalities in smoking: The role of children's school satisfaction and academic achievement. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009; 8: 17

2008

Andersen A, Krølner R, Currie C, Dallago L, Due P, Richter M, Ökényi Á, Holstein BE. High agreement on family affluence between children's and parents' reports: international study of 11-year-olds. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2008; 62: 1092-4.

Borup I, Holstein BE. Self-reported symptoms and outcome of health promotion at school: cross-sectional study of 11-15-year-olds. *Vård i Norden* 2008; 28: 32-36.

Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein BE, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine* 2008; 66: 1429-36.

Due P, Holstein BE. Bullying victimization among 13 to 15 year old school children: results from two comparative studies in 66 countries and regions. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2008; 20: 209-21.

Fabritius K, Rasmussen M. Morgenmadsvaner og overvægt blandt danske skoleelever. *Ugeskrift for læger* 2008; 170: 2559-63.

Holstein BE, Andersen A, Krølner R, Due P, Hansen EH. Young adolescents' use of medicine for headache: sources of supply and availability and accessibility at home. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2008; 17: 406-10.

Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2008; 17: 186-92.

Niclasen B, Schnohr C. Has the curve been broken? Trends between 1994 and 2006 in smoking and alcohol use among Greenlandic school children. *International Journal of Circumpolar Health* 2008; 67: 299-307.

Rasmussen M, Krølner R, Svastisalee CM, Due P, Holstein BE. Secular trends in fruit intake among Danish schoolchildren, 1988 to 2006: Changing habits or methodological artefacts? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2008; 5: 6.

Rasmussen M, Due P, Andersen A, Krølner R, Holstein BE. Udviklingen i rygevaner blandt 11-15-årige fra 1988 til 2006. *Ugeskrift for læger* 2008; 170: 736-9.

Schnohr CW, Kreiner S, Rasmussen M, Due P, Currie C, Diderichsen F. The role of national policies intended to regulate adolescent smoking in explaining the prevalence of daily smoking: a study of adolescents from 27 European countries. *Addiction* 2008; 103: 824-31.

Schnohr CW, Petersen JH, Niclasen BV. Onset of overweight in Nuuk, Greenland: a retrospective cohort study of children from 1973 to 1992. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 2734-8.

Schnohr C, Kreiner S, Due P, Currie C, Boyce W, Diderichsen F. Differential item functioning of a family affluence scale: Validation study on data from HBSC 2001/02. *Social Indicators Research* 2008; 89: 70-95.

Srabstein J, Joshi P, Due P, Wright J, Leventhal B, Merrick J, Kim YS, Silber T, Kumpulainen K, Menvielle E, Riibner K. Prevention of public health risks linked to bullying: a need for a whole community approach. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2008; 20: 185-99.

Sørensen TI, Due P, Hansen B, Heitman BL, Jørgensen K, Lichtenberg A, Michaelsen KF, Müller P, Richelsen B. Monitorering af forekomsten af fedme. *Ugeskrift for læger* 2008; 170: 317-20.

2007

Andersen A, Holstein BE, Due P. School-related risk factors for drunkenness among adolescents: risk factors differ between socio-economic groups. *European Journal of Public Health* 2007; 17:27-32.

Andersen A, Krølner R, Holstein BE, Due P, Hansen EH. Medicine Use Among 11- and 13-years-old: Agreement between parents' reports and children's self-reports. *Annals of Pharmacotherapy* 2007; 41: 581-6.

Borup IK. Are pupils' age, sex and background associated with the outcome of a health dialogue with the school health nurse? Pupils' reflections, discussions and actions (in Danish: Har elever alder, køn og baggrund betydning for udbyttet af sundhedssamtalen med sundhedsplejersken?) Skoleelevers refleksioner, diskussioner og handlinger). *Sygeplejersken* 2007: 58-65.

Borup I, Holstein BE. Schoolchildren who are victims of bullying benefit more from dialogue with the school health nurse. *Health Education Journal* 2007; 66: 58-67.

Due P, Hansen EH, Holstein BE. Is Victimization from Bullying Associated with Medicine Use among Adolescents? A Nationally Representative Cross-sectional Survey in Denmark. *Pediatrics* 2007; 120: 110-117.

Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Prevalence of Obesity in Denmark. *Obesity Reviews* 2007; 8: 187-9.

Holstein BE, Henriksen PE, Krølner R, Rasmussen M, Due P. Udviklingen i energisk fysisk aktivitet og fysisk inaktivitet blandt 11-15-årige 1988-2002. *Ugeskrift for læger* 2007; 169: 37-42.

2006

Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Is medicine use in adolescence risk behaviour? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39: 362-6.

Borup I, Holstein BE. Does poor school satisfaction inhibit positive outcome of health promotion at school? A cross-sectional study of schoolchildren's response to health dialogues with school health nurses. *Journal of Adolescent Health* 2006; 38: 758-60.

Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Adipositasepidemien i Danmark. *Ugeskrift for læger* 2006; 168: 129-32.

2005

Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Nic Gabhain S, Scheidt P, Currie C. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health* 2005; 15: 128-32.

Holstein BE, Hansen EH. Self-reported medicine use among adolescents from ethnic minority groups. *European Journal of Clinical Pharmacotherapy* 2005; 61: 69-70.

Rasmussen M, Damsgaard MT, Holstein BE, Poulsen LH, Due P. School connectedness and daily smoking among boys and girls: the influence of parental smoking norms. *European Journal of Public Health* 2005; 15: 607-12.

2004

Borup I, Holstein BE. Social class variations in schoolchildren's self-reported outcome of the health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004; 18: 343-50.

Holstein BE, Hansen EH, Due P. Social class variation in medicine use among adolescents. *European Journal of Public Health* 2004; 14: 49-52.

Lissau I, Overpeck M, Ruan WJ, Due P, Holstein BE, Hediger ML. Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel and the United States. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2004; 158: 27-33.

2003

Due P, Lynch JW, Holstein BE, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003; 57: 692-8.

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie C. International Survey of Self Reported Medicine Use among Adolescents: Cross-sectional survey in 28 countries. *Annals of Pharmacotherapy* 2003; 37: 361-6.

Holstein BE, Hansen EH, Due P, Almarsdóttir AB. Self-reported medicine use among 11-15-year-old girls and boys in Denmark 1988-1998. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003; 31:334-341.

2002

Poulsen LH, Osler M, Roberts C, Due P, Holstein BE. Exposure to teachers' smoking and adolescent smoking behaviour: analysis of cross sectional data from Denmark. *Tobacco Control* 2002; 11: 246-51.

Rasmussen M, Damsgaard MT, Due P, Holstein BE. Rygemønstret blandt drenge og piger i den danske skoleklasse. *Ugeskrift for læger* 2002; 164: 5778-81.

Rasmussen M, Damsgaard MT, Due P, Holstein BE. Boys and girls smoking within the Danish elementary school classes: a group-level analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002; 30: 62-9.

Før 2001

Borup IK. Danish pupils' perceived satisfaction with the health dialogue: Associations with the office and work procedure of the school health nurse. *Health Promotion International* 2000; 15: 313-320.

Due EP, Holstein BE, Jørgensen PS. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. *Ugeskrift for læger* 1999; 161: 2201-6.

Due EP, Broholm K, Holstein BE, Iversen L. Unges alkoholforbrug. *Ugeskrift for læger* 1999; 161: 3641-4.

Holstein BE, Due P. Tilskadekomst blandt 11-15-årige. *Ugeskrift for læger* 1999; 161:4874-9.

Borup IK. Pupils' experiences of the annual health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1998; 12: 160-9.

Borup IK. Adolescents learning health promotion: Pupils' evaluation of contacts with the school health nurse. *Vård i Norden* 1998; 18: 26-31.

Borup IK. Psychosocial and health factors associated with the schoolchildren's perceived benefits of the health dialogue in Denmark. *Health Education Journal* 1998; 57: 339-50.

Due EP, Holstein BE. Rygevaner blandt 11-15-årige 1984-1994. *Ugeskrift for læger* 1997; 159: 1090-3.

Jørgensen PS, Ertman B. Skoletrivsel. *Nordisk Psykologi* 1997.

Ross-Petersen L, Holstein BE, Due P. Kønsforskelle i sundhedsadfærd og selvvurderet helbred hos 11-15-årige. *Ugeskrift for læger* 1995; 157: 2447-51.

Due P, Holstein BE, Groth MV. Spisevaner og sundhedsadfærd blandt 11-15-årige. *Tandlægenes nye tidsskrift* 1991; 6: 232-7.

Due P, Holstein BE, Marklund U. Selvrapporteret helbred blandt skoleelever i Norden. *Nordisk Medicin* 1991; 106: 71-4.

Due P, Holstein BE. Alkoholforbrug og sociale faktorer blandt 11-15-årige. *Nordisk Psykologi* 1991; 43: 313-25.

Holstein BE, Due P, Ito H, Deckert H. Tv- og videokiggeri blandt 11-15-årige. Et socialmedicinsk perspektiv. *Ugeskrift for læger* 1991; 153: 1658-61.

Holstein BE, Ito H, Due P. Rygevaner blandt 11-15-årige i 1988. Undersøgelse af rygevaner og deres sammenhæng med sociale baggrundsfaktorer, helbred, trivsel og socialt netværk. *Ugeskrift for læger* 1990; 152: 2651-4.

Holstein BE, Ito H, Due P. Motionsvaner blandt skoleelever. Landsdækkende undersøgelse af 1.671 11-15-årige. *Ugeskrift for læger* 1990; 152: 2721-6.

Holstein BE, Ito H, Due P. Sociale forskelle i børns helbred. *Ugeskrift for læger* 1990; 152: 2910-13.

Holstein BE, Due P, Ito H. Tandplejeadfærd blandt 11-15-årige i en sundhedssociologisk belysning. *Tandlægenes nye tidsskrift* 1990; 9: 252-5.

Holstein BE, Ito H. Selvrapporteret helbred og lægemiddelforbrug blandt skoleelever. *Ugeskrift for læger* 1987; 149: 311-4.

Holstein BE, Ito H. Livsstil og helbred blandt skoleelever. *Ugeskrift for læger* 1987; 149: 315-7.

Holstein BE, Ito H. Kendetegn ved børn med hyppigt forbrug af alkohol. *Ugeskrift for læger* 1987; 149: 467-9.

Ito H, Holstein BE, Ibsen KK. Skoleelevers rygevaner og -holdninger i sociologisk belysning. Ugeskrift for læger 1987; 149: 396-400.

Ito H, Holstein BE, Mathiesen J. Sundhedsadfærd blandt danske skoleelever 1984-85. Ugeskrift for læger 1987; 149: 400-6.

9.2 Ph.d.- afhandlinger

Svastisalee S. Physical activity, fruit and vegetable intake, and the built environment: ecological and epidemiological studies among youth. University of Copenhagen, Institute of Public Health, and: University of Southern Denmark, National Institute of Public Health, submitted 2010.

Schnohr CW. Measuring and understanding social inequalities in adolescent smoking. University of Copenhagen: Institute of Public Health, 2009.

Poulsen LH. Adolescents' smoking: the role of smoking restriction policies and the school and family environment (PhD-thesis). University of Copenhagen: Institute of Public Health, 2005.

Rasmussen M. Smoking behaviour of adolescent boys and girls - the influence of school related factors (PhD-thesis). University of Copenhagen: Institute of Public Health, 2004.

Andersen A. Epidemiological studies on alcohol use in adolescence (PhD-thesis). University of Copenhagen: Institute of Public Health, 2004.

Borup IK. Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue (Doctoral Thesis). Göteborg: Nordic School of Public Health, 1999.

9.3 Bøger, rapporter og artikler uden peer-review

Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen S, Rayce SB, Due P. Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

Nordahl Jensen H, Holstein BE. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske dansker i 5., 7. og 9. klasse. København: Statens Institut for Folkesundhed 2010.

Holstein BE, Currie C, Zambon A, Boyce W, Richter M, Damsgaard MT, Levin K, Balakireva O, Simetin IP, Andersen A, Zakariás I, Krølner R, Due P. Social inequality. Pp 8-34 in: HBSC research protocol for the 2009/10 survey.

Andersen A, Holstein BE. Medicine use. Pp 286-292 in: HBSC research protocol for the 2009/10 survey.

Holstein BE. Sundhedsfremme blandt børn og unge. Kvan 2008; 28 Marts: 91-98.

Johansen A, Holstein BE, Andersen A-MN, red. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Copenhagen: National Institute of Public Health, 2007.

Rasmussen M, Due P, red. Skolebørnsundersøgelsen 2006. Copenhagen: University of Copenhagen, Institute of Public Health 2007 (internet publication: www.hbsc.dk).

Holstein BE. Lægemiddelbrug blandt 11-15-årige. Pp 18-22 i: Årsskrift 2005. Copenhagen: Sygekassernes Helsefond 2006.

Holstein BE, Parry-Langdon N, Zambon A, Currie C, Roberts C. Socioeconomic inequality and health. Pp 165-172 in: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Rasmussen VB, eds. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2004.

Due P, Holstein BE, red. Skolebørnsundersøgelsen 2002. Internet publication, www.hbsc.dk, University of Copenhagen, Institute of Public Health, 2003.

Mullan E, Currie C, Boyce W, Morgan A, Kalnins I, Holstein BE. Focus area rationale: social inequality. Pp 175-199 in: Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith B, eds. Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-Narional Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey. Edinburgh: University of Edinburgh, 2002.

Schultz-Jørgensen P, Holstein BE, Due P, red. Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. Copenhagen: Hans Reitzels forlag, 2001, anden reviderede udgave 2004.

Holstein BE. Pjækkeri blandt skoleelever. Lilleskolen 2001; 6: 4-7.

Krølner R. I: Hansen HR, red. AMOR. Copenhagen: Børns Vilkår, 2001.

Rasmussen M, Due P, Holstein BE. Skolebørnsundersøgelsen 1998. Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2000.

Wold B, Holstein BE, Griesbach D, Currie C. Control of adolescent smoking. National policies on restriction of smoking at school in eight European countries. Edinburgh: University of Edinburgh, 2000.

Due P, Holstein BE. Health and well-being among children and adolescents (in Danish: Sundhed og trivsel blandt børn og unge). Copenhagen: FADLs Forlag 1997.

Due P, Holstein BE. Unges sundhedsadfærd. Pp 10-22 i: Samarbejde om sundhedsundervisning. Copenhagen: Danmarks Lærerskole 1993.

Due P, Holstein BE, Borup IK. Danske skoleelever 1991 - trivsel, helbred og sundhedsvaner. University of Copenhagen, Institute of Social Medicine, 1992.

Due P, Holstein BE, Ito H. Helbred, sundhedsvaner og sociale forhold blandt 11-15-årige. University of Copenhagen: Institute of Social Medicine, 1991.

Holstein BE, Due P. De fleste danske skoleelever får megen motion. Idræt i skolen 1991; nr. 1: 5-11.

9.4 Speciale- og masterafhandlinger

Axelsen SF. Betydning af rygeeksponering fra forældre og venner for unges rygning: Hvilken rolle spiller socioøkonomisk position? Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2010.

Cordt M. Socio-demografiske forhold og prævalens af ADHD blandt danske skolebørn. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2010.

Nielsen LS. Tandbørstningsvaner, social og etnisk baggrund – et epidemiologisk studie af 11-15-årige i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet 2010.

Birke E. Lægemiddelforbrug for hovedpine og mavepine blandt børn og unge: Har følelsen af støtte fra læreren en betydning? Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2010.

Brixval CS. Overvægt, kropsopfattelse og mobning - et epidemiologisk studie af 11-15-årige. Copenhagen: Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2009.

Ho KB. Social kapital, selvvurderet helbred og trivsel: Et multilevel studie af danske børn og unge. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2009.

Hedegaard HK. Et epidemiologisk studie af sammenhængen mellem vægtstatus og subjektive symptomer blandt danske skolebørn. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2009.

Dhariwal M. Body mass index and smoking and alcohol use: cross-sectional study of a representative sample of adolescents in Denmark. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2009.

Holtze DB. Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og overvægt: Hvilken rolle spiller køn og alder? Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2009.

Brandt M. Betydningen af skole, familie og venner for unges generelle self-efficacy - en epidemiologisk studie blandt 13-15-årige. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Pagh Møller T, Meilstrup CR. Måltider, frugt og grøntsager - en epidemiologisk undersøgelse af social ulighed blandt børn og unge. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Meiner Jensen, CA. Etnicitet, fysisk aktivitet og socioøkonomisk position: epidemiologisk tværnsnitsstudie af 11-15-årige. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Pors K. Skolerelaterede risikofaktorer for alkoholdebut. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Jørgensen A. Familiestruktur og morgenmadsvaner. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Ankerfeldt MZ, Christensen JS. Forældemonitorering og unges rygeadfærd. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2008.

Rasmussen M. Hvilken rolle spiller sense of coherence for den sociale ulighed i fysisk aktivitet hos unge mennesker? En epidemiologisk prospektiv undersøgelse. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007.

Lohmann-Jensen S, Holflod Friberg AK. Psykisk funktionsevne som prädiktor for brug af lægemidler mod hovedpine. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007.

Grønlund Hiul C. Tracking af fysisk aktivitet fra 15 til 27 år - et epidemiologisk studie af betydningen af socialgruppe. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007.

Løngaard K. Er sociale relationer associeret med kropsopfattelse? Et tværnsnitsstudie blandt grønlandske skolebørn. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007.

Munk Petersen R. Fysisk inaktivitet og stillesiddende livsstil. En epidemiologisk undersøgelse af sammenhænge mellem fysisk inaktivitet og stillesiddende livsstil hos danske børn og unge. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2007.

Pedersen SF, Laursen LK. Hvilken betydning har sense of coherence (SOC) for udviklingen af selvrapporterede helbredssymptomer hos grønlandske skolebørn, der udsættes for mobning? Syddansk Universitet 2006.

Henriksen PE. Børns sociale relationer – en kvantitativ undersøgelse af konsekvenser af forældres arbejdsledshed. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2005.

Larsen T, Østerbye T. Belastninger i skolen og lægemiddelindtag – en tværnsnitsundersøgelse af elever i niende klasse. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2005.

Løchte L. Physical symptoms as predictors of low physical activity in children and adolescents: a cross-sectional study. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Hasholt ED. Handlekompetence og sundhedsfremmende adfærd. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Hoffmann KH. Børns lægemiddelforbrug i relation til sociale forhold. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Rayce S. Fremmedgørelse og symptombelastning blandt børn og unge. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Krølner R. Måling af forældres socialgruppe i skolebørnsundersøgelser – et valideringsstudie. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Rass-Hansen A. Sociale belastninger og helbredsproblemer blandt unge: Hvilken betydning har sense of coherence?. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2004.

Stæhr JD. Prædiktorer for motion i fritiden blandt 11-15-årige skoleelever fra Polen. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2003.

Ravn Jensen C, Pedersen C, Toubroe S-M. Social kompetence som prædiktor for rygestart blandt elever i syvende og niende klasse. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2003.

Christoffersen SV, Habroe M, Hargreave MLGH. Undersøgelse af familiestrukturens association med danske børns symptomer. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2003.

Nordberg Christensen K, Gillesberg Lassen S, Madsen MH. Fremmedgørelse fra skolen og alkoholforbrug hos unge i 9. klasse. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2002.

Ammitzbøl J. Skolemiljø og hovedpine i Danmark. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2002.

Engell R. Fysisk aktivitet og BMI – den tidsmæssige relation blandt unge belyst ved en prospektiv undersøgelse. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2002.

Krølner R. Skoletrivsel og helbred – er der en sammenhæng og hvad kan vi lære af skoler med høj og lav skoletrivsel? Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2001.

Bach KG. Unge, alkohol og trivsel. En tværnational undersøgelse af trivsels betydning for alkoholforbrug blandt 15-årige i Danmark, Norge og Sverige. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2001.

Viskum H. Skole og helbred. Er der sammenhæng mellem klassemiljø og elevers helbred? Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 2001.

Bastian EB. Psykosociale prædiktorer for mobning blandt danske 11-15-årige drenge. Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab 1998.

Borup IK. Sundhedssamtaler med skoleelever. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan 1995.



SYDDANSK UNIVERSITET

STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Skolebørnsundersøgelsen 2010 er finansieret af

NORDEA
FONDEN