

Redigeret af:
Mette Rasmussen
Trine Pagh Pedersen
Pernille Due

Statens
Institut
for
Folkesundhed

A large circular photograph showing two children climbing a wooden structure outdoors. The child on the left is wearing a black puffer jacket, dark jeans, and a blue and white striped beanie. The child on the right is wearing a red puffer jacket and blue jeans. Both children are smiling and looking towards the camera. The background shows a clear blue sky and some dry grass.

Skolebørns- undersøgelsen 2014

Skolebørnsundersøgelsen 2014

Redigeret af
Mette Rasmussen
Trine Pagh Pedersen
Pernille Due

Copyright © 2015
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Rapporten citeres
således: *Rasmussen M, Pedersen TP, Due P, red.*
Skolebørnsundersøgelsen 2014. København:
Statens Institut for Folkesundhed 2015.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-296-3
1. udgave, april 2015
(Revideret august 2015; tabel 2.1, figur 7.39, figur 7.5)

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk og www.hbsc.dk



Skolebørns- undersøgelsen

2014

Redigeret af:
Mette Rasmussen
Trine Pagh Pedersen
Pernille Due

Forord

Skolebørnsundersøgelsen udgør det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - a WHO cross-national survey. HBSC er et enestående internationalt forskningssamarbejde om 11-, 13- og 15-åriges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, og undersøgelsen gennemføres med cirka fire års mellemrum. I alt ni gange siden 1984 er HBSC gennemført – senest i 2013/14 med 43 deltagende lande i Europa og Nordamerika. Det overordnede formål med HBSC er at øge indsigten i unge menneskers sundhed og helbred, trivsel og sundhedsadfærd – med udgangspunkt i den sociale kontekst de lever i. Undersøgelsen gennemføres i Danmark af Forskningsprogrammet for Børn og Unge Sundhed og Trivsel på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, hvor den varetages af et forskerteam med 13 medlemmer. Projektleder er lektor Mette Rasmussen og professor Pernille Due er viceprojektleder, begge ansat ved Statens Institut for Folkesundhed.

Skolebørnsundersøgelsen er baseret på et repræsentativt udsnit af danske skoleelever i femte, syvende og niende klasse. Undersøgelsen udgør derfor en vigtig kilde til at dokumentere og over tid at monitorere danske skolebørns sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. Skolebørnsundersøgelsen bidrager således med basisinformation af afgørende betydning for prioriteringer i den nationale sundhedspolitik og -planlægning. Ligeledes danner Skolebørnsundersøgelsen og HBSC grundlag for omfattende national og international forskning.

Denne rapport præsenterer nøgleresultater fra Skolebørnsundersøgelsen 2014 for drenge og piger på de tre klassetrin. For mange af de inkluderede temaer præsenteres ligeledes udviklingen over tid – og for flere temaer dækkes en periode på 25-30 år. En rapport som denne er

grundlæggende beskrivende og giver derfor ikke direkte forklaringer på de præsenterede forekomster og udviklinger over tid. Det vil typisk kræve yderligere og mere avanceret analyse samt supplerende data at dokumentere mulige forklaringer og årsagssammenhænge, og det er derfor vigtigt at være forsigtig med fortolkninger.

De skoler, der indgår i undersøgelsen, er udtrukket tilfældigt fra Undervisningsministeriets liste over folkeskoler og frie grundskoler. Vi er meget taknemmelige for den opbakning af undersøgelsen, som de deltagende skoler, lærere og ikke mindst elever har vist os.

Rapporten er produceret med bidrag fra medlemmer af undersøgelsens forskerteam og redigeret af lektor Mette Rasmussen, ph.d.-studerende Trine Pagh Pedersen og professor Pernille Due.

Morten Grønbæk, professor, dr. med.
Direktør for Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Sammenfatning 4

Læsevejledning 9

1 Baggrund, formål og organisering 11

- 1.1 Baggrund 11
- 1.2 Formål 11
- 1.3 Organisation 12

2 Metode 15

- 2.1 Udvælgelse af skoler og elever 15
- 2.2 Spørgeskemaet 16

3 Sociodemografiske kendetegn 18

- 3.1 Køn og klassetrin 18
- 3.2 Familieform 18
- 3.3 Herkomst 19
- 3.4 Familiesocialgruppe 19

4 Helbred 21

- 4.1 Selvvurderet helbred 21
- 4.2 Symptomer 22
- 4.3 Vægtstatus 30
- 4.4 Skader 32

5 Mental sundhed 34

- 5.1 Livstilfredshed 35
- 5.2 Kropsopfattelse 36
- 5.3 Ensomhed 38
- 5.4 Selvværd 41
- 5.5 Self-efficacy 42
- 5.6 Social kompetence 43
- 5.7 Positiv mental sundhed 44

6 Sociale relationer 46

- 6.1 Relationer i familien 46
- 6.2 Relationer med venner 50

7 Sundhedsadfærd 58

- 7.1 Tobak 58
- 7.2 E-cigaretter 61
- 7.3 Alkohol 62
- 7.4 Hash 67
- 7.5 Fysisk aktivitet 68
- 7.6 Stillesiddende adfærd 71
- 7.7 Kostvaner 76
- 7.8 Måltidsvaner 81
- 7.9 Lægemedelforbrug 84
- 7.10 Seksualadfærd 88
- 7.11 Søvn 89
- 7.12 Tandbørstning 92

8 Skoletrivsel 94

- 8.1 Almen skoletrivsel 94
- 8.2 Mobning 97

9 Social ulighed 100

10 Perspektivering 108

Sammenfatning

HELBRED

Selvvurderet helbred: Drengene vurderer i højere grad end pigerne deres helbred som virkelig godt. Blandt de yngste er det omtrent hver anden dreng, som rapporterer virkelig godt selvvurderet helbred, mens dette gælder for cirka hver tredje pige. For både pigerne og drengene falder andelen med stigende alder. Hvor vi siden starten af 1980'erne har set et generelt fald i andelen af elever med virkelig godt selvvurderet helbred, ser vi over den seneste periode en stagnering og enkelte positive tendenser. Dette gælder særligt for de ældste piger.

Somatiske symptomer: En stor andel af eleverne har ofte *hovedpine*, flere piger end drenge og flere med stigende alder. Hver tredje 15-årige pige har hovedpine mindst ugentligt. Udviklingen er uændret siden 2010. *Mavepine* er ligeledes mest forekommende blandt piger. Hver femte pige plages af mavepine mindst ugentligt. Sammenlignet med 2010 er andelen steget lidt blandt 11-årige og blandt 15-årige piger. *Ondt i ryggen* er noget omtrent hver femte elev i femte klasse oplever, mens dette gælder for hver fjerde elev i niende klasse. Fra 2010 er forekomsten steget blandt de yngste drenge og blandt de 13-årige piger.

Psykiske symptomer: Mere end hver tredje pige er *ked af det* mindst en gang om ugen, mens forekomsten er noget lavere blandt drengene. Blandt drengene er forekomsten størst blandt de yngste. Siden 2010 er der i næsten alle grupper sket en stigning i andel af elever, som oplever at være ked af det. Også oplevelsen af at være *irriteret* mindst ugentligt er mest forekommende blandt pigerne og stiger med alderen. Ugentlig irritation forekommer hos hver anden pige i niende klasse. Omtrent hver

tredje dreng rapporterer ugentlig irritation. Andelen er for pigerne steget markant over den seneste periode fra 2010 til 2014. Omtrent hver tredje pige oplever at være nervøs mindst ugentligt – lidt flere jo ældre pigerne er. Cirka hver fjerde dreng oplever ugentligt at være nervøs. I næsten alle grupper ses en stigning i forekomsten siden 2010 – en stigning, som er særligt udtalt blandt de ældste piger. Blandt pigerne er det gennemsnitligt næsten hver anden, som ugentligt oplever at have *svært ved at falde i søvn*. Dette gælder generelt for omtrent hver tredje dreng. For de yngste drenge og de ældste piger ses en stigende udvikling siden 2010. Samlet set oplever cirka hver tiende dreng og hver femte pige at være *svimmel* mindst ugentligt. Udviklingen over tid viser, at der er sket en stigning blandt de yngste drenge og de ældste piger, og et mindre fald blandt de ældste drenge. Betragtes den samlede belastning af hyppige symptomer er det lidt færre end hver tredje pige og cirka hver femte dreng som har *mindst et symptom dagligt*. Forekomsten har været støt stigende siden 1991, hvor opgørelsen startede. Og stigningen fortsætter for pigerne, særligt for de 15-årige.

Vægtstatus: Forekomsten af overvægt/svær overvægt er størst blandt de ældste elever. Her er hver tiende elev overvægtig/svær overvægtig. Den stagnation i forekomst af overvægt/svær overvægt, som er set over de senere undersøgelsesrunder, er fortsat frem til 2014. Faktisk ses et signifikant fald i andelen af overvægtige eller svært overvægtige blandt de 11-årige drenge fra 12% i 2010 til 9% i 2014.

Skader: Hver anden dreng og lidt færre piger er kommet til skade mindst én gang i de seneste 12 måneder. Blandt de ældste piger har der fra 2010 til 2014 været en stigning i andelen af elever, som er kommet til skade mindst én gang i de seneste 12 måneder.

MENTAL SUNDHED

Vi definerer mental sundhed ved to hoveddimensioner, en *oplevelse af velbefindende*, fx livsglæde og selvværd, og en *funktion*, dvs. at

man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser.

Fem facetter af dimensionen *velbefindende* er belyst: Psykiske symptomer (se tidligere), livstilfredshed, kropsopfattelse, ensomhed og selvværd. Den *funktionelle dimension* belyses med mål for self-efficacy og social kompetence. Endeligt benyttes et nyt mål for positiv mental sundhed, en forkortet udgave af the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, som rummer elementer af både velbefindende og funktion.

Velbefindende: De fleste elever har moderat til høj *livstilfredshed*. Flere drenge end piger ligger højt, men for både drenge og piger falder livstilfredsheden med stigende alder. Livstilfredsheden har været faldende, siden vi startede med disse målinger i 2002. Der er et stort mindretal, som har problemer med *kropsopfattelsen*: Mange piger synes, de er for tykke, blandt de 15-årige er det lidt over halvdelen, og mange drenge synes, de er for tynde. Blandt de 15-årige drenge gælder dette hver fjerde. Omkring 7% føler sig ofte eller meget ofte *ensomme*. Der er flere piger end drenge, som føler sig ensomme, og allerflest blandt de 15-årige piger. Forekomsten af ensomhed har været stigende de sidste cirka 20 år. De fleste drenge svarer positivt på spørgsmålene om *selvværd*, men blandt de 13- og 15-årige piger er det lidt under halvdelen, som svarer positivt på disse spørgsmål.

Den funktionelle dimension: De fleste elever svarer positivt på to spørgsmål om *self-efficacy*, flere blandt drenge end blandt piger. Lidt over halvdelen af de unge svarer positivt på tre spørgsmål om *social kompetence*, og andelen stiger med alderen.

Endeligt viser målingen af *positiv mental sundhed*, at de fleste svarer positivt på de syv spørgsmål, og at der er flere drenge end piger, som besvarer spørgsmålene positivt.

De fleste elever rapporterer således at have positiv mental sundhed, men en del børn har

problemer med lav livstilfredshed, oplevelsen af at kroppen er forkert, ensomhed og manglende tro på egne kompetencer.

SOCIALE RELATIONER

Familien: Omkring 80% af eleverne har nemt ved at *tale fortroligt med deres mor*, lidt flere blandt de yngste sammenlignet med de ældste elever. Fortrolighed med mor har ligget relativt konstant gennem mange år. Færre har nemt ved at *tale fortroligt med deres far*. Andelen falder også her med stigende alder, og generelt har drengene hyppigere fortrolighed med far end pigerne. Fortrolighed med far er steget gennem en lang årrække og blandt de 13- og 15-årige er denne udvikling fortsat fra 2010 til 2014. Omtrent to ud af tre elever oplever at *kommunikationen i deres familie* er af god kvalitet. Andelen er højest blandt de yngste og lidt højere blandt drenge end blandt piger. Andelen af elever, som oplever *støtte fra deres familie* er lidt højere, men er ligeledes højest blandt de yngste elever og højere blandt drenge end blandt piger.

Venner: Langt de fleste har to eller flere *nære venner af samme køn*. Omkring 80% har en *fortrolig bedste ven*, hvilket gælder lidt flere piger end drenge. Siden 2010 er der sket et fald i andelen af 15-årige piger med en fortrolig bedste ven. Cirka tre ud af fire har *venner af samme køn*, som de kan tale om problemer med. Mellem 2010 og 2014 er andelen af piger, som har nemt ved at tale fortroligt med andre piger, faldet. De ældste drenge har lettest ved at tale med *venner af modsat køn* og blandt næsten alle er denne andel faldet siden 2010. Hver tredje 11-årige er ofte *sammen med venner efter skoletid* og blandt de 11-årige piger er der sket en stigning i samvær med venner efter skole. Færre ældre elever er sammen med venner efter skole, og denne andel er faldet yderligere siden 2010. Andelen af unge, som ofte er *sammen med venner om aftenen* har ligeledes været støt faldende gennem årene – en udvikling som for de fleste grupper er fortsat frem til 2014. Daglig *kontakt med venner via telefonen eller over internettet* ses mest blandt drengene og mest blandt de ældste, hvor dette gælder

hver anden dreng. Pigerne ligger højere end drengene, når det gælder daglig *kontakt med venner via SMS* og her er andelen ligeledes stigende med stigende alder. Blandt de ældste piger udgør denne andel 65%. Omtrent hver tredje elev har dagligt *kontakt med venner gennem sociale medier*.

SUNDHEDSADFÆRD

Tobak: Under 3% af de 11-årige drenge og piger har *prøvet at ryge*, hvorimod en tredjedel af de 15-årige drenge og piger har prøvet at ryge cigaretter. Meget tidlig *debutalder* (≤ 11 år) ses hyppigere blandt drenge end blandt piger. Hver femte 15-årige elev *ryger nogle gange* (dagligt, ugentligt eller sjældnere) og 4-6% af dem er *daglige rygere*. Der er ikke nævneværdige forskelle mellem drenge og piger. Siden starten af 1990'erne er andelen af unge, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere faldet over tid. Dette fald er fortsat fra 2010 til 2014 for de 13- og 15-årige drenge og piger. Næsten ingen 11-årige ryger nogle gange. Ligeledes ses der for daglig rygning et fald blandt de 15-årige. Næsten ingen 11- og 13-årige ryger dagligt.

E-cigaretter: Få procent af de 11-årige har *prøvet at ryge e-cigaretter*. Denne andel stiger til hver fjerde pige og hver tredje dreng i niende klasse. Samme markante stigning med alderen ses for andelen, som rapporterer at have *røget e-cigaretter indenfor den sidste måned*. Denne andel udgør 13% blandt de ældste piger og 17% blandt de ældste drenge.

Alkohol: De unges alkoholforbrug og deres erfaringer med fuldskab stiger markant fra de 13-årige til de 15-årige. Hver femte dreng *driker ugentligt*, hvilket gælder for cirka hver tiende pige. Mere end hver tredje 15-årig har *prøvet at være fuld*. De fleste har haft deres *alkoholdebut* som 14- eller 15-årig, og de fleste har *fuldskabsdebut* som 15-årig. Fra 2010 til 2014 er elevernes alkoholdebut og fuldskabsdebut blevet udskudt. Andelen, som har prøvet at drikke alkohol, har været faldende over en længere årrække – også over den seneste periode fra 2010 til 2014. Det samme mønster ses for ugentligt indtag af alkohol og for erfaringer

med fuldskab. Der er således fortsat en positiv udvikling, når det gælder de 11-15-åriges alkoholforbrug.

Hash: Næsten hver fjerde 15-årige dreng har prøvet at ryge hash, mens dette gælder for hver tiende pige. Fem procent af pigerne er regelmæssige brugere, mens dette er tilfældet for 11% af drengene.

Fysisk aktivitet: Mellem 7% og 28% af danske elever i femte, syvende og niende klasse er meget fysisk aktive og dette gælder særligt for drengene. Fra 2010 til 2014 ses en positiv udvikling blandt 13-årige og 15-årige piger. I forhold til at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til børn og unge om mindst en times fysisk aktivitet om dagen, er det omtrent hver anden elev i syvende og niende klasse, som opfylder dette, mens dette gælder for lidt færre elever i femte klasse. Pigerne ligger også her lavere end drengene. Andelen af elever, som i fritiden dyrker 0 timer hård fysisk aktivitet varierer mellem 5% og 8% uden stor variation mellem drenge og piger. Efter en markant stigning fra 2006 til 2010 blandt de ældste drenge i andelen, som dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet, ses over den seneste periode til 2014 igen et fald i denne gruppe.

Stillesiddende adfærd: Mellem hver fjerde og femte elev ser mindst 4 timers *TV, video, YouTube, DVD og lignende* på hverdage og denne andel er uændret i de fleste grupper siden 2010. For weekenddage gælder det næsten halvdelen af de ældre drenge – lidt færre blandt pigerne. Foruden de yngste piger, har andelen af elever, som ser TV og lignende mindst 4 timer på weekenddage været stigende siden 2010. Generelt spiller langt flere drenge end piger *elektroniske spil* mindst 4 timer dagligt på hverdage. Det er særligt blandt de 11- og 13-årige piger, at vi ser en stigning i forekomsten siden 2010, men også blandt de 11-årige drenge ses en stigning. Andelen blandt de yngre nærmer sig således andelen blandt de ældre elever i forhold til skærmtid på hverdage brugt på elektroniske spil. Ligeledes er der markant flere drenge end piger, der spiller elektroniske

spil mindst 4 timer på weekenddage, nemlig cirka halvdelen af drengene. På tværs af køn og alder finder vi en markant stigning i andelen af elever, som spiller elektroniske spil mere end 4 timer på weekenddage.

Kostvaner: Flere piger end drenge spiser dagligt *frugt og grønt* og de yngre hyppigere end de ældre elever. Mere end hver femte elev, spiser ikke frugt og/eller grønt dagligt. Udviklingen over tid i indtag af frugt og grønt har siden årtusindskriftet vist et markant stigende indtag. Denne positive udvikling er aftaget fra 2010 til 2014, særligt blandt de yngste elever – hvor indtaget af frugt igen er faldende. Samme udvikling ses blandt de ældre piger, hvor indtag af frugt ligeledes er faldet fra 2010 til 2014. Siden vi i 1998 begyndte at spørge eleverne om deres indtag af *slik og chokolade* har andelen af elever, som dagligt spiser slik, været faldende. I 2014 er det omtrent hver tiende blandt de yngre elever og hver sjette blandt de ældre elever, som dagligt spiser slik. Omtrent hver tiende 11-årige dreng drikker dagligt *sodavand*, mens dette gælder hver femte 15-årige dreng. Siden slutningen af 1990'erne har der generelt været et fald i andelen, som dagligt drikker sodavand, men faldet er stagneret blandt de yngre elever.

Måltidsvaner: Mange af de ældste piger springer ofte *morgenmaden* over. Blandt de 15-årige piger er det hver fjerde pige, som mindst tre dage om ugen ikke spiser morgenmad. Siden vi i 2002 begyndte at spørge til morgenmadsvaner har udviklingen været relativt konstant, dog med nogle udsving blandt de ældste piger. De fleste elever spiser hyppigt *frokost*. Blandt pigerne stiger andelen, som springer frokosten over mindst tre hverdage om ugen, med alderen og denne udgør 12% blandt de 15-årige. For drengene er sammenhængen med alder modsat – her ses den største andel af elever, som springer frokosten over, blandt de 11-årige, hvor andelen udgør 14%. Næsten alle elever, spiser *aftensmad* hver dag. Generelt er der flere drenge, der spiser *morgenmad sammen med deres forældre*, mens det for både drenge og piger ses, at andelen falder med alderen. Mens det er omtrentligt hver tredje 11-årig, som hver

dag spiser morgenmad sammen med mor og/eller far gælder dette for mellem hver syvende og hver tiende 15-årige elev. *Fælles aftensmad i familien* ses særligt blandt de yngste elever, hvor tre ud af fire elever spiser sammen med deres mor og/eller far hver dag. Blandt de ældste elever gælder dette halvdelen.

Lægemiddelforbrug: *Lægemidler mod hovedpine* og *lægemidler mod mavepine* anvendes hyppigt og indtaget stiger generelt med alderen. Blandt de 15-årige piger er det mere end hver anden, som tager lægemidler mod hovedpine mindst en gang om måneden. Der er færre drenge, som bruger medicin mod hovedpine og også markant flere piger end drenge tager lægemidler mod mavepine. Blandt de 15-årige tager hver tredje pige ugentligt lægemidler mod mavepine. Efter en årrække at have set en stigning i forbruget af medicin mod hovedpine og mavepine synes denne udvikling nu at være stagneret.

Seksualadfærd: Over 70% af de 15-årige elever angiver, at de endnu ikke har haft samleje. Af dem som har haft samleje, er det få, som har haft det, inden de blev 14 år. Der er ingen kønsforskel i seksuel debutalder. Den hyppigste anvendte præventionstype er kondom efterfulgt af p-piller.

Søvn: Hvor der fra 1984 til 2010 skete en markant stigning i andelen af elever, som sover 8 timer eller mindre om natten, er der noget, der tyder på, at denne andel er faldet i alle grupper fra 2010 til 2014. Blandt de 13- og 15-årige er det cirka hver femte pige og hver tiende dreng, som flere gange om ugen oplever at *sove dårligt eller uroligt*. Med undtagelse af de ældste drenge er dette udtryk for en stigning siden 2010. Der er tendens til en stigende andel af elever med *morgentræthed* med stigende alder og blandt de 15-årige er 70% trætte om morgenen flere gange om ugen. Efter en markant stigning i morgentræthed fra slutningen af 1980'erne og frem til 2010 er denne udvikling stagneret frem til 2014.

Tandbørstning: Omtrent fire ud af fem elever børste tænder flere gange hver dag – lidt flere piger end drenge. Blandt de yngste drenge er andelen steget siden 2010.

SKOLETRIVSEL

Skoletrivsel: Andelen af elever, som *synes virkelig godt om skolen* falder markant med stigende alder – blandt de ældste gælder dette for cirka hver femte. Omtrent hver tiende dreng føler sig *presset af skolearbejdet* uafhængigt af alder. Blandt pigerne er det særligt de ældste, som føler sig presset. Her gælder dette næsten hver femte pige. Drengene synes i højere grad end pigerne at opleve *støtte fra klassekammeraterne*. Kun en meget lille andel oplever ikke støtte fra klassekammerater. Der er ligeledes en tendens til at drengene i større udstrækning oplever *støtte fra lærerne*.

Mobning: Der er flest elever blandt de 11-årige, som bliver *udsat for mobning*, nemlig 11%. Andelen falder med alderen. I 2014 ser vi for første gang siden 2002 en stigende forekomst af mobbeofre blandt de 11-årige drenge, mens der blandt de 13-årige drenge er sket et fortsat fald. Blandt de 15-årige og blandt de 13-årige piger er forekomsten af mobning nogenlunde uændret over de sidste 4 år. Det er gennemsnitligt 4% af eleverne, som *mobber andre*. Flere drenge deltager i mobning af andre, men der ses ikke længere nogen sammenhæng med alder. Tidligere var forekomsten af at mobbe andre højest blandt de ældre drenge.

SOCIAL ULIGHED

Gennemgangen af de mange inkluderede mål og deres sammenhæng med socialgruppe viser for det første, at mange sammenhænge viser social ulighed med en ophobning af ugunstige vilkår, tilstande og adfærdstyper i de lave socialgrupper. Sådan ugunstig ophobning i de lave socialgrupper ses for symptombelastning, overvægt/svær overvægt og tilskadekomst og selvvurderet helbred, livstilfredshed, at føle sig tyk, selvværd, self-efficacy, social kompetence og mobning. Samme ugunstige ophobning ses for fortrolighed med mor, med far og med bedste ven og for samvær med venner. Det samme

gælder uhensigtsmæssige kost- og måltidsvaner, fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd og rygning. For det andet ses der for nogle mål ikke nogen tydelige mønstre i forhold til socialgruppe. Dette gælder eksempelvis for ensomhed, skoletrivsel og alkoholvaner. For det tredje finder vi ingen steder en ophobning af ugunstige vilkår, tilstande og adfærdstyper i høj socialgruppe.

Læsevejledning

Rapporten er opbygget i ti kapitler. **Kapitel 1** beskriver undersøgelsens baggrund, formål samt organisation. **Kapitel 2** beskriver metode og herunder studiepopulationen. De efterfølgende seks hovedafsnit gennemgår undersøgelsens resultater: **Kapitel 3** præsenterer elevernes sociodemografiske kendetegn, fx familieform, socioøkonomisk baggrund og herkomst. **Kapitel 4** gennemgår data om elevernes helbred med vægt på selv vurderet helbred, symptomer, vægtstatus og skader. **Kapitel 5** gennemgår elevernes mentale sundhed og det dækker emnerne: livstilfredshed, kropsopfattelse, self-efficacy, social kompetence, ensomhed, selv-værd og positiv mental sundhed. **Kapitel 6** beskriver elevernes sociale relationer med fokus på familie og venner. **Kapitel 7** gennemgår elevernes sundhedsadfærd, og her dækkes en række emner: Ryge- og drikkevaner, hashrygning, fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd, kost- og måltidsvaner, lægemiddelforbrug, søvn, seksuel erfaring og praksis og tandbørstning. **Kapitel 8** handler om skoletrivsel, herunder psykosociale forhold i skolen og mobning. **Kapitel 9** beskriver sociale mønstre i de temaer, som er præsenteret i de forudgående afsnit, dvs. eventuelle forskelle i besvarelsenerne efter elevernes socioøkonomiske baggrund. I det afsluttende **Kapitel 10** perspektiveres over rapportens fund.

Kapitel 3-8 gennemgår undersøgelsens resultater på følgende standardiserede måde:

- 1) Præsentation af emnet og hvorfor det er vigtigt
- 2) Hvordan er emnet målt i undersøgelsen
- 3) Præsentation af hovedfund for piger og drenge i femte, syvende og niende klasse
- 4) Præsentation af udviklingen over tid for piger og drenge i femte, syvende og niende klasse

Der er mange tal og data i denne undersøgelse, så det er en udfordring at gøre rapporten læselig og brugervenlig. Vi benytter fem principper i formidling af tallene.

Princip 1: Vi viser kun nøgletal, ikke detaljer.

Et eksempel er beskrivelsen af deltagernes indtag af frugt. Vi vælger her at beskrive hvor mange procent, der spiser frugt hver dag. Undersøgelsen rummer mange flere detaljer. Vi kunne også have fokuseret på andelen af elever, som spiser frugt mindre end en gang om ugen eller den andel, som spiser frugt 2-4 dage om ugen – eller noget helt tredje. For at sikre overskuelighed præsenterer vi derfor kun centrale nøgletal.

Princip 2: Vi regner procent af dem, der har besvaret spørgsmålene.

I alle spørgsmål er der en lille gruppe, som ikke svarer. For langt de fleste af vores spørgsmål udgør denne gruppe, typisk 1-3 % af eleverne. Stadig skal det overvejes, hvorledes disse skal håndteres, når man skal regne procent. Problematikken fremgår af eksemplet her: Der er 4534 elever fra femte til niende klasse i undersøgelsen. Heraf har 4483 svaret på spørgsmålet om, hvor tit de spiser frugt og 51 har ikke svaret. Man kan så omregne de 1954, som spiser frugt dagligt som 43% af alle 4534 eller som 44% af de 4483, som har svaret på spørgsmålet. Vi vælger at rapportere 44% og forholder os således kun til de 4483 elever, der har svaret på spørgsmålet.

Princip 3: I teksten beskriver vi kun forskelle, der er statistisk betydningsfulde.

Der er næsten altid forskel på svarene fra piger og drenge og fra de forskellige klassetrin. Vi omtaler kun forskelle i teksten, hvis de er statistisk signifikante bedømt ved en χ^2 -test med 95 % sikkerhedsniveau. I særlige tilfælde omtaler vi ikke statistisk signifikante forskelle, men dette vil fremgå specifikt i teksten.

Princip 4: Vi formidler tallene, men fortolker dem ikke.

Det kan være vanskeligt at fortolke tal i en sådan rapport. Hvordan kan det være, at jo ældre eleverne bliver, desto flere har svært ved at falde i søvn? Og hvorfor er drenge mere

fysisk aktive end piger? Det er videnskabeligt vanskeligt at fremlægge holdbare forklaringer på sådanne forskelle, og det holder vi os fra.

Princip 5: N i tabellerne. I de præsenterede tabeller har vi generelt undladt at angive N dvs. hvor mange personer der indgår som grundlag for hver af procentberegningerne. Dette er gjort for at gøre tabellerne mere overskuelige.

1 Baggrund, formål og organisering

1.1 Baggrund

Der er mange vigtige grunde til at undersøge og dokumentere børn og unges sundhed og trivsel. En første vigtig grund er, at vi som samfund har en etisk forpligtelse til at sikre, at vores børn er sunde, og at de trives. En anden vigtig grund er, at problemer med sundhed, sundhedsadfærd og trivsel i barn- og ungdommen øger risikoen for sundheds- og trivselsproblemer og uhen-sigtsmæssig sundhedsadfærd livet igennem. Forebyggelse og sundhedsfremmende indsatser rettet mod børn og unge er således afgørende for på længere sigt at fremme folkesundheden. En tredje vigtig grund at fremhæve er, at gode og aktuelle data er et nødvendigt grundlag for at identificere og prioritere vigtige indsatsområder samt for at vurdere effekten af tidligere gennemførte forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Skolebørnsundersøgelsen er en vigtig kilde til dokumentation og studier af danske skolebørns sundhed, sundhedsadfærd og trivsel. Samtidigt udgør Skolebørnsundersøgelsen den danske del af det store internationale forskningssamarbejde The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization Collaborative Cross-national Study (www.hbsc.org). Undersøgelsen giver dermed en unik mulighed for at sammenligne danske skolebørn med børn i tilsvarende alder fra mere end 40 andre lande i hele Europa, USA og Canada. HBSC bygger på sammenlignelige spørgeskemaundersøgelser af store repræsentative udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever gentaget hvert fjerde. Foruden at bidrage til at dokumentere danske skoleelevers sundhed og trivsel, bidrager Skolebørnsundersøgelsen så-

ledes også til at dokumentere den samlede sundhed og trivsel blandt europæiske og nord-amerikanske børn og unge.

HBSC opstod i 1982 ved et samarbejde mellem en mindre gruppe forskere fra henholdsvis England, Finland og Norge. Disse planlagde og gennemførte den første undersøgelse i 1983/84. For at lette samarbejdet mellem lande i de daværende vest- og østblokke blev der kort efter den første dataindsamling indgået et samarbejde med WHO som international samarbejdspartner. Siden den første dataindsamling i 1983/84 er undersøgelsen gennemført otte gange med et næsten kontinuert stigende antal deltagerlande. I 1985/86 deltog 13 lande og i den seneste undersøgelsesrunde i 2013/14 deltog 43 lande. Danmark har indsamlet HBSC-data siden 1984, og har således i alt gennemført undersøgelsen ni gange. De første tre dataindsamlinger blev i Danmark gennemført tidsmæssigt lidt forskudt i forhold til de fleste andre lande.

1.2 Formål

Det overordnede formål med HBSC er at øge indsigten i unge menneskers sundhed og helbred, trivsel og sundhedsadfærd – med udgangspunkt i den sociale kontekst de lever i. HBSC ønsker, at dette gøres gennem forskning af høj teoretisk og metodologisk kvalitet, og at dette både inkluderer nationale studier såvel som internationale sammenligninger. Det er en målsætning for HBSC, at viden fra undersøgelsen formidles til andre forskere, men også til beslutningstagere, planlæggere og praktikere indenfor børnesundhed, skole og det sociale og uddannelsesmæssige område. Derudover vil vi gerne formidle undersøgelsen til de unge mennesker selv og deres forældre. Som en vigtig del af dette har HBSC som målsætning gennem partnerskaber med nationale og internationale organisationer at sikre sundhedsfremme blandt skolebørn.

Skolebørnsundersøgelsen udgør den danske del og bidrager således til den overordnede

målsætning for HBSC. Skolebørnsundersøgelsen har fire formål:

- At skabe større indsigt i, hvordan unge mennesker i denne aldersgruppe opfatter deres helbred og trivsel.
- At skabe større indsigt i hvorledes helbred, trivsel og sundhedsadfærd hænger sammen indbyrdes og med andre forhold i elevernes liv, fx deres sociale relationer, familieliv, skoleliv og almene levekår.
- At give et samlet overblik over børn og unges helbred, sundhedsadfærd og trivsel og som en del af dette dokumentere udviklingen over tid i disse.
- At producere og præsentere ny viden, som kan anvendes i det sundhedsfremmende arbejde blandt børn og unge.

Skolebørnsundersøgelsen danner basis for grundforskning om skolebørns helbred, trivsel og sundhedsadfærd drevet af en større gruppe danske forskere. Vi samarbejder med internationale forskere og en række forskellige faggrupper om den bedste udnyttelse af disse data. Foruden at danne grundlag for studier af sammenhænge er Skolebørnsundersøgelsen ligeledes udgangspunkt for forskning med det formål at udvikle nye målemetoder og nye begreber og hypoteser. Skolebørnsundersøgelsen har gennem årene været anvendt som datagrundlag for utallige bachelor- og speciale-rapporter, mere end femten ph.d.-studier samt et stort antal videnskabelige artikler.

Da undersøgelsen gennemføres med jævne mellemrum udgør Skolebørnsundersøgelsen et vigtigt instrument til monitorering af udviklinger i børn og unges helbred, sundhedsadfærd og trivsel over tid. Viden om aktuelle forekomster samt udviklingen i disse over tid er afgørende viden for at kunne identificere og prioritere sundhedsfremmende indsatser blandt danske børn og unge. Skoler, kommuner, regioner, ministerier og organisationer anvender løbende data som baggrund for indsatser overfor problemstillinger, som undersøgelsen har påpeget som særligt væsentlige eller som værende i en særlig ugunstig udvikling.

1.3 Organisation

Det internationale HBSC-forskningsnetværk er opbygget af selvstændige forskningsenheder, som hver repræsenterer et af de mange deltagende lande. HBSC-netværket er organiseret med en international projektledelse, valgt af og blandt de deltagende forskergrupper, som sikrer den overordnede koordination og organisering af undersøgelsen – både internt i netværket, og også i forhold til eksterne partnere. Derudover er netværket organiseret i en række mindre grupper, som grundlæggende har som formål at udvikle den standardiserede protokol for studiet. Denne protokol danner grundstenen i det internationale samarbejde og alle deltagerlande forpligter sig til at følge denne protokol. På denne vis sikres datakvalitet og sammenlignelige data på tværs af de mange deltagerlande. Protokollen indeholder et teoretisk rationale for hvert tema inkluderet i undersøgelsen, det standardiserede spørgeskema, samt standardiserede retningslinjer for sampling, dataindsamling og datarensning.

Professor Candace Currie fra St. Andrews University i Skotland har siden 1995 været international koordinator. Denne funktion overtages i sommeren 2015 af seniorforsker Jo Inchley også fra St. Andrew University. Den tidligere danske projektleder professor Bjørn Holstein var tidligere medlem af den internationale styregruppe. Både den tidligere danske projektleder og nuværende vice-projektleder professor Pernille Due samt den nuværende danske projektleder lektor Mette Ramussen er medlem af den aktuelle internationale styregruppe; Pernille Due som international vice-koordinator.

I 2014 samlede følgende lande data ind: Albanien, Armenien, Belgien (Fransktalende del + Flandern), Bulgarien, Canada, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Grønland, Holland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Makedonien, Malta, Moldavien, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, Rusland, Schweiz, Skotland, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjekkiet, Tyskland, Ukraine, Ungarn, Wales og Østrig. Tyrkiet og USA er ligeledes repræsente-

ret i HBSC-netværket, men af økonomiske og praktiske grunde var det i disse to lande ikke muligt at indsamle data i 2014.

Skolebørnsundersøgelsen er forankret i Forskningsprogrammet for Børn og Unges Sundhed og Trivsel på Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Undersøgelsen har

siden de tidligste undersøgelsesrunder været gennemført af den samme forskningsgruppe, som frem til 2009 var tilknyttet Københavns Universitet.

Tabel 1.1 beskriver indsamlingstidspunkt samt antal deltagende lande og elever i hver af de ni undersøgelsesrunder.

Tabel 1.1 HBSC-undersøgelsen 1983-2014

Undersøgelsesrunde	International dataindsamling, skoleår	Antal deltagende lande	Omtrentligt antal deltagende elever internationalt	Tidspunkt for dataindsamling i Danmark	Antal deltagende elever i Danmark
1	1983/84	5	35.000	Dec 1984-jan 1985	679
2	1985/86	13	55.000	Apr-maj 1988	1.671
3	1989/90	16	70.000	Apr-maj 1991	1.860
4	1993/94	25	102.000	Jan-marts 1994	4.046
5	1997/98	29	123.000	Marts-maj 1998	5.205
6	2001/02	35	163.000	Feb-april 2002	4.824
7	2005/06	41	204.000	Feb-marts 2006	6.269
8	2009/10	41	200.000	Jan-apr 2010	4.922
9	2013/14	43	219.000	Feb-marts 2014	4.534

Som noget relativt nyt har vi siden undersøgelsesrunden i 2002 gennemført fire danske mellemundersøgelser. Disse er gennemført med det formål at undersøge kvaliteten (validiteten) af flere af vores eksisterende spørgsmål og at udvikle nye mål. Den første mellemundersøgelse blev gennemført i 2001 og omfattede 300 elever i 17 klasser med efterfølgende fokusgruppediskussioner med det formål at vurdere

validiteten af en række nye spørgsmål. Den anden mellemundersøgelse blev gennemført i 2005 i samarbejde med kolleger i fem andre lande og havde fokus på om børn og deres forældre svarede ensartet på mange af spørgsmålene i spørgeskemaet. Den tredje mellemundersøgelse blev gennemført i 2008/09 i samarbejde med Århus Kommune og havde et særligt fokus på forældres støtte til børns fysiske aktivitet

samt på elevernes evne til at rapportere korrekte værdier for deres højde og vægt. Den fjerde mellemundersøgelse (HBSC Metodeundersøgelsen 2012) blev gennemført i 2012 i samarbejde med Slagelse og Halsnæs Kommune og gav os betydningsfuld viden i vores indsats for at udvikle mål for børn og unges mentale sundhed.

2 Metode

2.1 Udvælgelse af skoler og elever

HBSC gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse, hvor tværsnitsdata indsamles kontinuerligt med intervaller på fire år. Ved grundig efterlevelse af den internationale standardiserede protokol indsamler hvert deltagerland data fra et landsrepræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever. Fra hvert land deltager mindst 4.500 elever ligeligt fordelt på de tre aldersgrupper. I Danmark og alle andre deltagende lande gennemføres undersøgelsen frivilligt og anonymt. Ingen af de elever, som udfylder spørgeskemaet, kan efterfølgende identificeres og kun forskergruppen kender identiteten på de deltagende skoler. Hver skole, som deltager i Skolebørnsundersøgelsen, modtager efter endt dataindsamling en skolerapport med skolens egne resultater sammenlignet med landsdata. Kun den enkelte skole får sin egen skolerapport at se.

Til Skolebørnsundersøgelsen 2014 udvalgte skoler fra en oversigt over alle skoler i landet på følgende måde: Proportionelt med andelen af den samlede danske befolkning boende i regionen, blev der fra hvert af landets regioner inviteret et tilfældigt antal skoler. Hvis en invi-

teret skole afslog deltagelse blev der inviteret en skole fra samme region, valgt tilfældigt. I alt blev der rettet henvendelse til 170 skoler, hvoraf 48 ønskede at deltage. Henvendelse med invitation om deltagelse skete ved separate breve til skolebestyrelse, skoleleder og elevråd. I hver deltagende skole besvarede alle elever på femte, syvende og niende klassetrin spørgeskemaet. Besvarelsen skete i en klassetime efter instruktion fra deres lærer. Gennem denne instruktion blev eleverne blandt andet informeret om, at undersøgelsen er frivillig og anonym. Dataindsamlingen foregik elektronisk. Hver elev fik udleveret en login-kode, hvormed de fik adgang til spørgeskemaet.

Som det fremgår, er svarprocenten på skoleniveau ganske lav for Skolebørnsundersøgelsen 2014 (29%) – betydeligt lavere end for tidligere runder. Dette afspejler, at skolerne generelt inviteres til ganske mange forskellige undersøgelser og projekter og i særdeleshed, at danske skoler i vinteren og foråret 2014 fuldt forståeligt var travlt optaget af at planlægge implementeringen af Skolereformen 2014. Blandt eleverne er svarprocenten derimod høj. I 2014 besvarede 87% af alle elever indskrevet i de deltagende klasser spørgeskemaet; en svarprocent, som er på niveau med svarprocenten i de tidligere undersøgelsesrunder.

Tabel 2.1 beskriver antal skoler og elever samt svarprocenter i de ni runder af Skolebørnsundersøgelsen.

Tabel 2.1 Antal skoler og elever i de ni danske undersøgelser

	1984/85	1988	1991	1994	1998	2002	2006	2010	2014
Antal inviterede skoler	10	25	23	50	64	78	100	137	168
Antal deltagende skoler	10	18	19	45	55	69	80	73	48
Svarprocent på skoleniveau	100%	72%	83%	90%	86%	88%	80%	53%	29%
Antal deltagende elever	679	1.671	1.860	4.046	5.205	4.824	6.269	4.922	4.534
Svarprocent på elevniveau (i forhold til antal indskrevne elever)	90%	94%	91%	91%	91%	91%	89%	86%	87%

2.2 Spørgeskemaet

Det anvendte spørgeskema har tre dele. Den første og største del består af kernespørgsmål. Disse er udviklet i det internationale HBSC-forskernetværk og anvendes i alle deltagende lande. Langt størstedelen af kernespørgsmålene fastholdes fra runde til runde. Den anden del består af fokusspørgsmål. Disse er ligeledes udviklet i det internationale netværk, men er ikke obligatoriske og anvendes derfor oftest i et mindre antal deltagerlande. Fokusspørgsmål varierer ofte fra den ene undersøgelsesrunde til den anden. Endeligt består den sidste del af nationale spørgsmål.

Kernespørgsmålene dækker følgende temaer: *sociodemografiske kendetegn* (køn, klassetrin, familieform, familiesocialgruppe), *helbred* (selvvurderet helbred, symptomer, vægtstatus, pubertet, skader), *trivsel* (livstilfredshed, kropsopfattelse), *sociale relationer* (fortrolighed, familiekommunikation, støtte fra familie, støtte fra venner, samværsfrekvens, e-kommunikation, antal venner, slåskamp), *sundhedsadfærd* (rygevaner, drikkevaner og hashrygning, fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd, kostvaner, måltidsvaner, seksualadfærd, tandbørstning, slankekur), *skoletrivsel* (skoletilfredshed, støtte fra lærere og klassekammerater, skolepres, mobning). **Tabel 2.2** beskriver fokusspørgsmål og nationale spørgsmål i de ni danske undersøgelser.

Tabel 2.2 Fokusspørgsmål og nationale spørgsmål inkluderet i de ni danske undersøgelser

Undersøgelsesrunde	Inkluderet fra udvalget af årets internationale fokusspørgsmål	Årets danske nationale spørgsmål
1984	Rygning, holdning til rygning	Sociale relationer
1988	Motionsvaner	Sociale relationer
1991	Sociale relationer	Kontakt med sundhedsplejersken
1994	Skolens arbejdsmiljø, skader	Kontakt med sundhedsplejersken
1998	Skolens arbejdsmiljø, social ulighed, højde og vægt, kropsopfattelse, rygning og rygepolitik	Kontakt med sundhedsplejersken, handlekompetence
2002	Social ulighed, social kapital, skolens arbejdsmiljø, familiekultur, astmasymptomer	Handlekompetence, rygepolitik, brug af lægemidler, etnicitet
2006	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	Brug af lægemidler, aktiv transport, etnicitet, motiver til at drikke alkohol	Mad- og måltidsvaner hjemme og i skolen, adgang til fastfood, søvn, alkohol, postnummer, etnisk tilhørsforhold, fremmedgørelse, oplevelse af lokalsamfundet
2014	Brug af lægemidler, herkomst, søvnvaner	Måltidsvaner, frokostvaner i skolen, alkohol, brug af e-cigaretter, trivsel og mental sundhed (self-efficacy, social kompetence, ensomhed, selvværd, positiv mental sundhed), kronisk sygdom, sygdom og dødsfald hos søskende eller forældre

Det er afgørende for undersøgelsens kvalitet, at de anvendte spørgsmål fungerer godt, samt at de faktisk måler det givne tema, og at det er håndterbart for eleverne at besvare spørgsmålene. Bag både nationale og internationale spørgsmål ligger der derfor et stort udviklingsarbejde, som foruden et grundigt teoretisk arbejde involverer flere pilotundersøgelser. Disse inkluderer både kvalitative undersøgelser (fx fokusgruppediskussioner) og mindre kvantitative dataindsamlinger. Før hver dataindsamling tester vi det fulde spørgeskema i en mindre gruppe elever; særligt med fokus på at vurdere det samlede omfang af spørgeskemaet. På grund af dette grundige forarbejde, har vi stor tiltro til spørgeskemaets funktion og kvalitet. Kun ganske få elever saboterer spørgeskemaet med useriøse svar. I 2014-undersøgelsen var dette kun tilfældet i cirka 1% af besvarelsene.

Da det internationale standardspørgeskema er formuleret på engelsk, ligger der i hvert land indledningsvist et stort arbejde i at sikre en korrekt oversættelse. Denne proces følger helt standardiserede procedurer og er kontrolleret af den internationale organisation. En anden udfordring i forhold til udvikling af det internationale spørgeskema er at sikre sammenlignelighed bagud i tid. For at en sådan sammenligning over tid er mulig, skal den samme spørgsmålsformulering have været anvendt i alle undersøgelsesrunder. For en større del af spørgeskemaet er samme formulering fastholdt. For andre har tilpasning været nødvendigt, enten fordi analyser har afdækket uventede problemer med spørgsmålets funktion eller fordi spørgsmålet eller svarkategorierne grundet den tidsmæssige udvikling ikke længere har været relevante.

3 Sociodemografiske kendetegn

Mogens Trab Damsgaard & Bjørn Holstein

Sociale og demografiske klassifikationer spiller en vigtig rolle i folkesundhedsvidenskab. Inddeling efter sociodemografiske kriterier er med til at afdække forskelle i helbred og sundhedsadfærd mellem forskellige befolkningsgrupper, og med til at synliggøre særligt udsatte grupper. De forskelle, man kan observere, afhænger af de kriterier, man inddeler efter. De kendetegn, man inddeler efter, er i almindelighed ikke direkte årsager til de forskelle, man ser mellem grupperne. De egentlige årsager vil for det meste være mangeartede og komplekse, men hænge sammen med de kriterier, man inddeler efter. Fx vil det næsten altid være relevant at studere forskelle opdelt efter køn og alder, og dette gælder ikke mindst i barne- og ungdomsårene. Nogle af de helbreds- og adfærdsmæssige sammenhænge man 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 også 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 familieform, herkomst og familiesocialgruppe.

3.1 Køn og klassetrin

I denne rapport benytter vi køn og skoleklassetrin som gennemgående hovedopdeling af eleverne. Vi ser ofte forskelle i helbred og adfærd mellem drenge og piger, ligesom vi ser forskelle i sammenhæng med alder. Der deltog i alt 2.217 drenge og 2.317 piger i Skolebørnsundersøgelsen i 2014.

Vi anvender skoleklassetrin som indikator for aldersgrupper. Det skyldes, at 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 3.1**, og i resten af rapporten omtaler vi disse aldersgrupper som 11-årige, 13-årige og 15-årige, vel vidende, at der godt kan være elever, der er lidt yngre eller ældre end deres klassekammerater. I femte klasse, som vi benævner 11-årige, er der enkelte tiårige og tolvårige. Gennemsnitsalderen for deltagerne er 11,8 år for femte klasse, 13,8 år for syvende klasse, og 15,8 år for niende klasse, standardafvigelsen er for alle tre klassetrin 0,4 år.

3.2 Familieform

På baggrund af en række spørgsmål om, hvem eleverne bor sammen med, har vi klassificeret dem i tre grupper efter familieform: traditionel familie (med far og mor), eneforsørger-familie (med én forælder) og sammenbragt familie (med én forælder og én stedforælder). Fordelingen efter familieform fremgår **Tabel 3.1**.

Tabel 3.1 Eleverne fordelt efter køn, alder, familieform, herkomst og familiesocialgruppe. Procent. (n=4.534)

Køn	Drenge	49 %
	Piger	51 %
Klassetrin	Femte klasse (11-årige)	33 %
	Syvende klasse (13-årige)	35 %
	Niende klasse (15-årige)	33 %
Familieform*	Traditionel familieform	74 %
	Eneforsørger-familie	17 %
	Sammenbragt familie	7 %
	Andet (fx plejefamilie, institution)	1 %
Herkomst*	Dansk oprindelse	84 %
	Efterkommere af indvandrere	7 %
	Indvandrere	3 %
	Ikke klassificerbare	6 %
Familiesocialgruppe	Socialgruppe I	8%
	Socialgruppe II	29%
	Socialgruppe III	16%
	Socialgruppe IV	21%
	Socialgruppe V	9%
	Socialgruppe VI (økonomisk inaktive)	5%
	Ikke klassificerbart arbejde	11%

* Fordelingen efter familieform kan beregnes på to måder, afhængigt af, hvor mange missing man accepterer. Den alternative opgørelse giver følgende fordeling: 71% traditionel familie, 16% eneforsørgerfamilie, 7% sammenbragt familie og 5% anden familieform. Fordelingen efter herkomst kan ligeledes beregnes på to måder, afhængigt af, hvor mange missing man accepterer. Den alternative opgørelse giver 83% danske, 13% efterkommere af indvandrere og 4% indvandrere.

3.3 Herkomst

Inddelingen af eleverne efter herkomst er baseret på Danmarks Statistiks inddeling. Deres inddeling bygger på personernes fødeland og til en vis grad på statsborgerskab. Vi har ikke oplysning om statsborgerskab, men vi har svar på spørgsmål om elevernes og forældrenes fødeland. På denne baggrund kan vi klassificere eleverne i tre grupper; dansk oprindelse (eleven og en eller begge forældre er født i Danmark), efterkommere af indvandrere (eleven er født i Danmark af forældre født i udlandet) og indvandrere (eleven og forældrene er født i udlandet). Fordelingen fremgår af **Tabel 3.1**. Efterkommere og indvandrere udgør 479 elever i undersøgelsen og repræsenterer mere end 50 lande. Der er således ikke tale om, at inddelingen er udtryk for ensartede grupper i etnisk eller kulturel forstand. På den anden side kan selve det, at en familie har baggrund i et andet land og er indvandret til Danmark, være en stressbelastning og opdelingen er derfor relevant i helbredssammenhænge. Tidligere

har sammenhængen mellem herkomst og helbred, sundhedsadfærd og trivsel været publiceret i en særskilt rapport baseret på Skolebørnsundersøgelsen 2006¹.

3.4 Familiesocialgruppe

Det er velkendt inden for folkesundhedsvidenskab, at der er sociale uligheder i helbred og sundhedsadfærd. Derfor er det relevant at kunne opdele eleverne 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.

¹ Nordahl Jensen H & Holstein B. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danskere i 5., 7. og 9. klasse. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2010.

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. Selv med disse omhyggelige metoder vil der dog stadig være en vis andel af elevbesvarelsenerne, hvor vi må opgive at fastlægge en klar socialgruppe for deres forældre pga. upræcise jobbeskrivelser. Det er ofte elever, som angiver navnet på den virksomhed, hvor forælderen arbejder ('Lego', 'Novo Nordisk') eller elever, som angiver så upræcise beskrivelser, at de ikke kan kodes, fx 'far arbejder på kontor', 'mor arbejder med mennesker' eller 'noget med at besøge kunder'. Det vi ved om disse forældre er, at de har et arbejde, vi kan blot ikke kode dem efter socialgruppe. I Skolebørnsundersøgelsen 2014 udgør denne gruppe af ikke-klassificerbare godt 10% (473 elever). Yderligere 115 elever (2,5%) har slet ikke skrevet noget om forældrenes erhverv, dvs. de er uoplyste, og de indgår ikke beregning af procenttallene i **Tabel 3.1**.

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 familieso-

cialgruppe II. Elevernes fordeling efter familiesocialgruppe fremgår af **Tabel 3.1**.

4 Helbred

Der er mange måder at måle helbred 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. Som en del af vores beskrivelse af elevernes helbred viser vi ligeledes forekomsten af *overvægt*, samt i hvilken grad de er *kommet til skade* i en grad, som har krævet behandling.

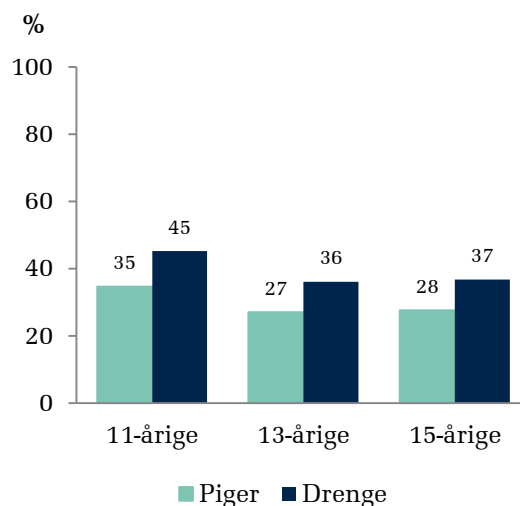
4.1 Selvvurderet helbred

Trine Pagh Pedersen

Selvvurderet helbred har vist sig at være en meget relevant oplysning: dels er det vigtigt for det enkelte menneske at føle sig ved godt helbred, dels har oplevelsen af eget helbred betydning for, hvor meget man bruger sundhedsvæsenet, og dels afspejler selvvurderet helbred hos voksne prognosen: Voksne med dårligt selvvurderet helbred har betydeligt større risiko for at blive syge og dø for tidligt. Vi arbejder ud fra den hypotese, at selvvurderet helbred også blandt børn og unge er en indikator for livskvalitet, fremtidig helbredsudvikling og brug af lægemidler og sundhedsvæsen.

Selvvurderet helbred baseres på et enkelt spørgsmål i spørgeskemaet, 'Synes du selv dit helbred er?' 'Virkelig godt', 'Godt', 'Nogenlunde', 'Dårligt'. **Figur 4.1** viser, hvorledes eleverne vurderer deres helbred. Drengene vurderer i højere grad end pigerne deres helbred som virkelig godt. Blandt de 11-årige er det fx omtrent hver anden dreng, som rapporterer virkelig godt selvvurderet helbred, mens dette gælder for cirka hver tredje 11-årige pige. For både pigerne og drengene falder andelen af elever, der vurderer deres helbred som virkelig godt, fra de 11-årige til de 13- og 15-årige.

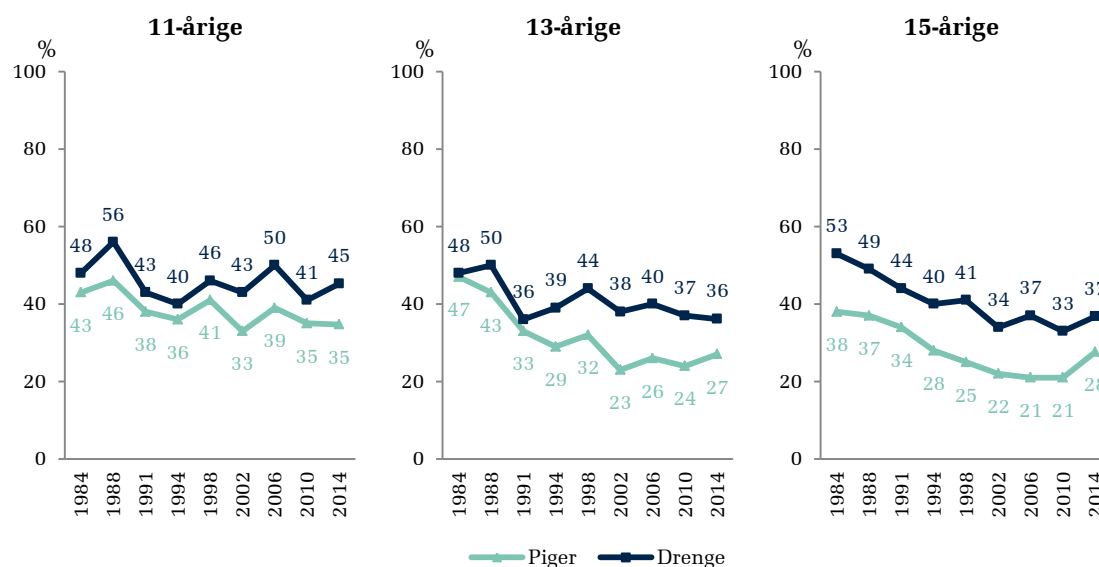
Figur 4.1 Procent med virkelig godt selvvurderet helbred



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Spørgsmålet om selvvurderet helbred har været stillet på helt samme måde i 1984 og i de seneste fire undersøgelser fra 2002, 2006, 2010 og 2014. I undersøgelserne fra 1988, 1991, 1994 og 1998 var spørgsmålet det samme, men indeholdt kun tre svarkategorier (den fjerde kategori 'dårligt' var udeladt). Som det fremgår af **Figur 4.2**, ser vi blandt de 15-årige et fald i andelen med virkelig godt helbred, både når 1984-undersøgelsen sammenholdes med de seneste fire 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. De nye data fra 2014 viser en stigning i andelen af 15-årige piger, der angiver, at de har et virkelig godt helbred fra 21% i 2010 til 28% i 2014. Blandt de 13-årige ses et fald i andelen, der har angivet at have et virkeligt godt helbred i hele perioden fra 1984 til 2014. Dog ser vi en stigning for de 13-årige piger fra 24% i 2010 til 27% i 2014, men denne stigning er ikke signifikant. Blandt de 11-årige elever har andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt, været relativt stabil over den 30-årige periode. Blandt de 11-årige drenge finder vi en stigning fra 41% i 2010 til 45% i 2014.

Figur 4.2 Procent med virkeligt godt selvvalueret helbred, 1984-2014



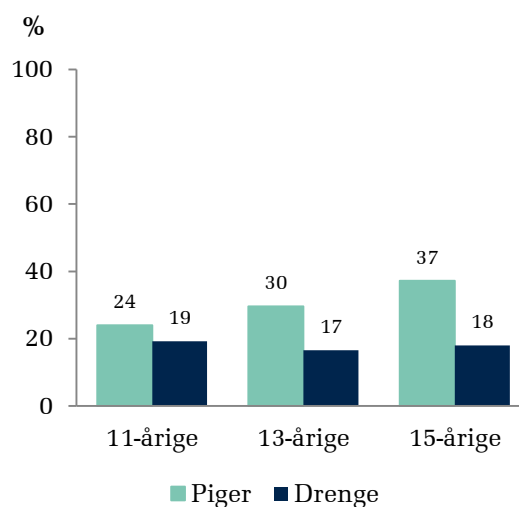
4.2 Symptomer

Pernille Due

Skolebørnsundersøgelsen indeholder en række spørgsmål om fysiske og psykiske symptomer, som internationalt samlet kaldes The HBSC Symptom Check List. Børns angivelse af symptomer er omdiskuteret, fordi man fra sundhedsfaglig side ofte betragter symptomer, som tegn på belastninger, der ikke altid har en fysisk baggrund og kan forklares lægeligt. Vi anser børns oplevelser af egne symptomer som en vigtig angivelse af, hvordan børn har det. Børn, som oplever at have hovedpine, mavepine eller svimmelhed ofte eller dagligt, er belastede, også selvom der ikke lige altid kan findes en bagvedliggende årsag. Vores undersøgelse har altså først og fremmest fokus på, hvordan børnene oplever, de har det.

Figur 4.3 viser, at en stor andel af 11-, 13- og 15-årige har hovedpine, flere piger end drenge. Næsten hver femte dreng, hver fjerde 11-årige pige og mere end hver tredje 15-årige pige har hovedpine mindst ugentligt.

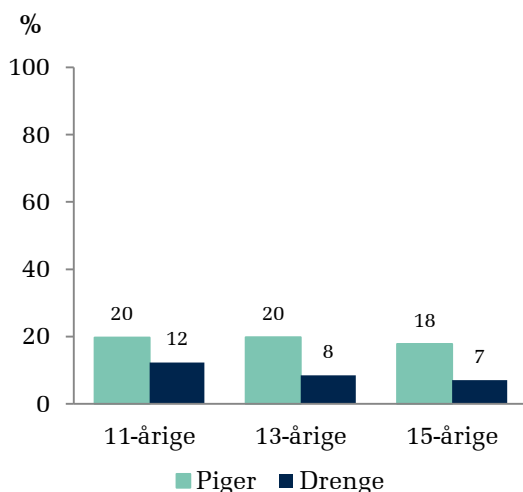
Figur 4.3 Procent med hovedpine mindst ugentligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.4 viser, at når det gælder mavepine, er der ligeledes en højere forekomst blandt pigerne. Cirka hver femte pige har mavepine ugentligt, mens det gælder mellem 7% og 12% af drengene, hvor andelen falder lidt med alderen.

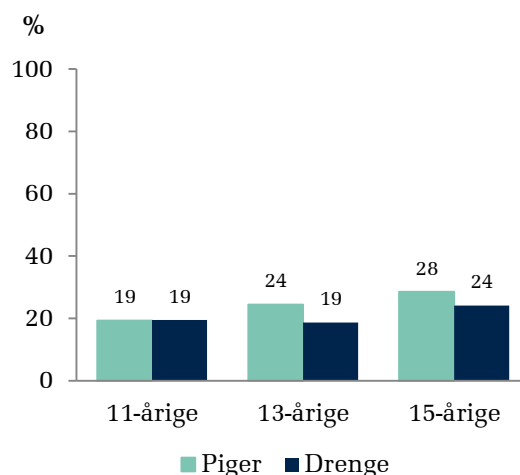
Figur 4.4 Procent med mavepine mindst ugentligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Ondt i ryggen er endnu et hyppigt symptom blandt de store skolebørn. **Figur 4.5** viser, at i modsætning til, hvad der gælder for hovedpine og mavepine, er der nogenlunde lige mange piger og drenge, som har ondt i ryggen. Der er samlet set 22% af skolebørnene i undersøgelsen, som har ondt i ryggen ugentligt. Forekomsten er højst blandt de ældste elever, hvor hele 28% af pigerne og 24% af drengene oplever at have ondt i ryggen mindst hver uge.

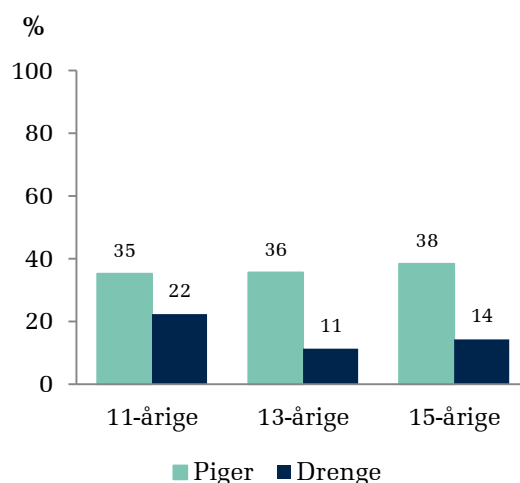
Figur 4.5 Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt



Skolebørnsundersøgelse 2014

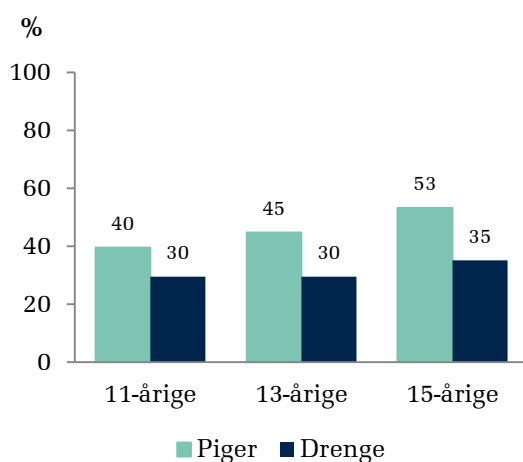
Figur 4.6 viser, at mere end hver tredje pige er ked af det mindst en gang om ugen, mens forekomsten er noget lavere blandt drengene, hvor mellem 11% og 22% er kede af det mindst ugentligt. 2014 undersøgelsen viser ligeledes, at 32% af drengene og 46% af pigerne oplever at være irritable mindst ugentligt. Forekomsten er generelt højere hos pigerne og i de ældste aldersgrupper (**Figur 4.7**).

Figur 4.6 Procent, som er ked af det mindst ugentligt



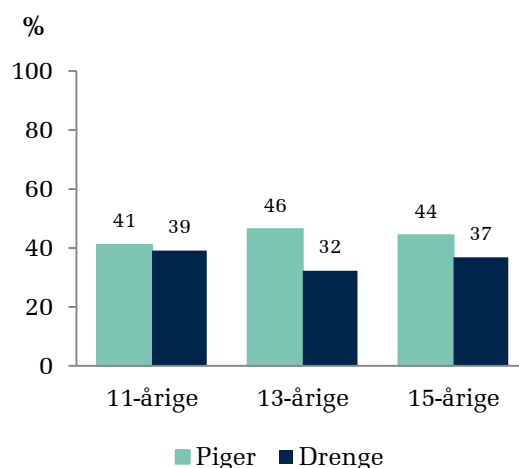
Skolebørnsundersøgelse 2014

Figur 4.7 Procent, som er irriteret mindst ugentligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.9 Procent, som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt

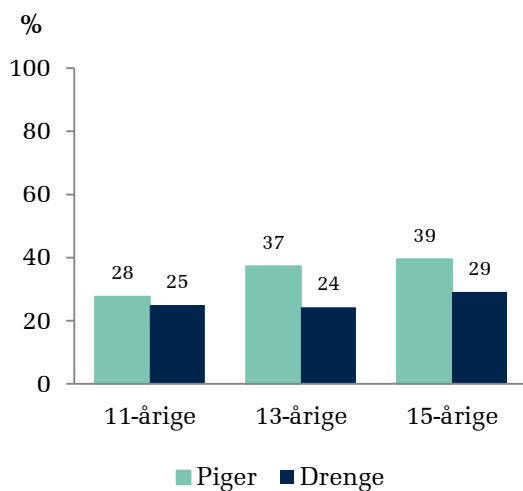


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.8 viser andelen af elever, der er nervøs mindst ugentligt. Mens mere end hver tredje pige er nervøs mindst ugentligt i 2014, gælder dette hver fjerde dreng. Forekomsten stiger med alderen, særligt blandt piger.

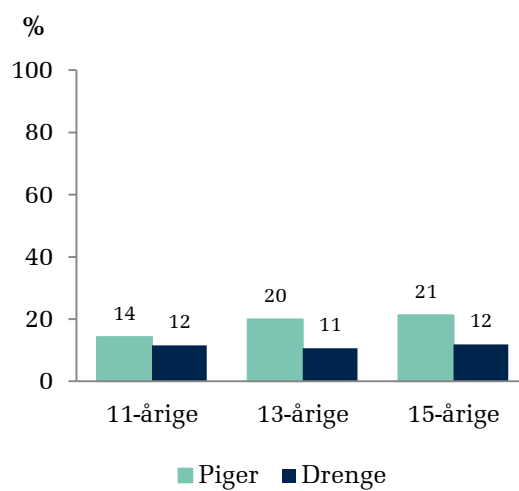
Forekomsten af svimmelhed er, set i lyset af de øvrige symptomer, relativt lav (**Figur 4.10**). Samlet set oplever 12% af drengene og 18% af pigerne at være svimle mindst ugentligt.

Figur 4.8 Procent, som er nervøs mindst ugentligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.10 Procent, som er svimmel mindst ugentligt

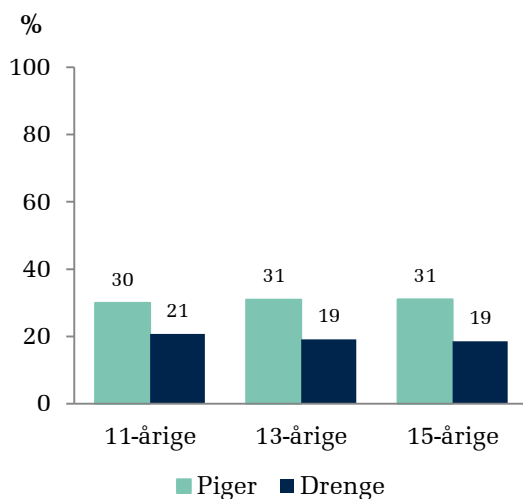


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.9 viser, at gennemsnitligt 36% af drengene og 44% af pigerne har svært ved at falde i søvn mindst en gang ugentligt. Særligt blandt de 13- og 15-årige er forekomsten højere blandt pigerne end blandt drengene.

Figur 4.11 viser andelen af 11-, 13- og 15-årige elever, som har mindst et symptom dagligt og er således et udtryk for den samlede belastning af hyppige symptomer. Dette gælder lidt færre end hver tredje pige og hver femte dreng.

Figur 4.11 Procent med symptomer dagligt



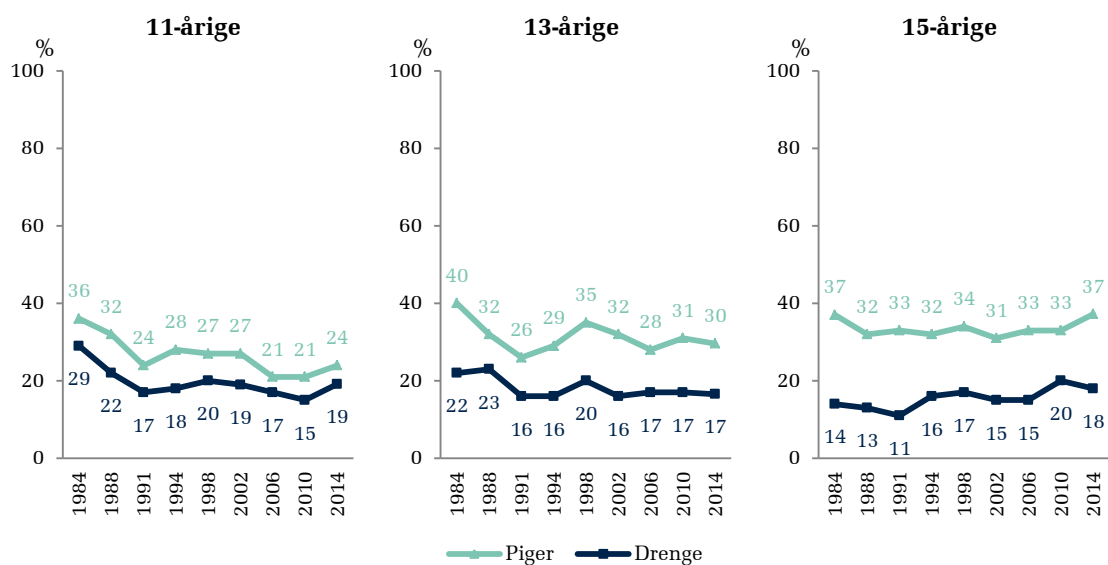
Skolebørnsundersøgelsen 2014

De følgende figurer viser udviklingen over tid i elevernes symptombelastning. Af **Figur 4.12** fremgår det, at andelen af elever med hovedpine mindst ugentligt har ligget relativt stabilt over de seneste undersøgelsesrunder og dette gælder også frem til denne seneste undersøgelse. Blandt de 11-årige piger og drenge og blandt de 15-årige piger finder vi en tendens til stigning i andelen siden sidste undersøgelse i 2010, disse er dog ikke signifikante. **Figur 4.13** viser, at andelen af elever med mavepine mindst ugentligt har ligget relativt konstant over de seneste undersøgelsesrunder, dog med nogle udsving gennem tiden. Fra 2010 til 2014 ser vi, at andelen er steget lidt blandt 11-årige og blandt 15-årige piger. **Figur 4.14** viser, at forekomsten af elever med ondt i ryggen mindst ugentligt er steget blandt de yngste drenge og blandt de 13-årige piger i forhold til den sidste undersøgelse i 2010. Af **Figur 4.15** fremgår udviklingen i andel af elever, som er kede af det mindst en gang ugentligt. Her ses stigninger i alle grupper med undtagelse af de 13-årige drenge. For pigerne er forekomsten samlet set steget fra 27% i 2010 til 36% i 2014, og blandt drengene er den samlede forekomst steget fra 11% til 16% i samme tidsperiode. En kedelig udvikling, som følger en ellers positiv tendens i forekomsten siden undersøgelsens start, hvor der særligt i de yngste aldersgrupper tidligere

har været tale om en positiv udvikling med et relativt stabilt fald i forekomsten frem til 2010. Udviklingen i forekomsten af elever, som oplever at være irriteret mindst ugentligt fremgår af **Figur 4.16**. Der er især for pigerne tale om en markant stigning i forekomsten af dette symptom siden 2010. Som det fremgår af figuren, har andelen over de seneste undersøgelsesrunder generelt været faldende, men over den seneste periode fra 2010 til 2014 er den samlede forekomst blandt pigerne steget med 10%, fra 36% til 46%. Den samlede stigning hos drengene i samme tidsrum udgør 4%, fra 28% til 32%, om end denne stigning er ikke signifikant. Den positive udvikling, der har været for irriteret over de seneste fire undersøgelser, er således vendt, i særdeleshed blandt pigerne.

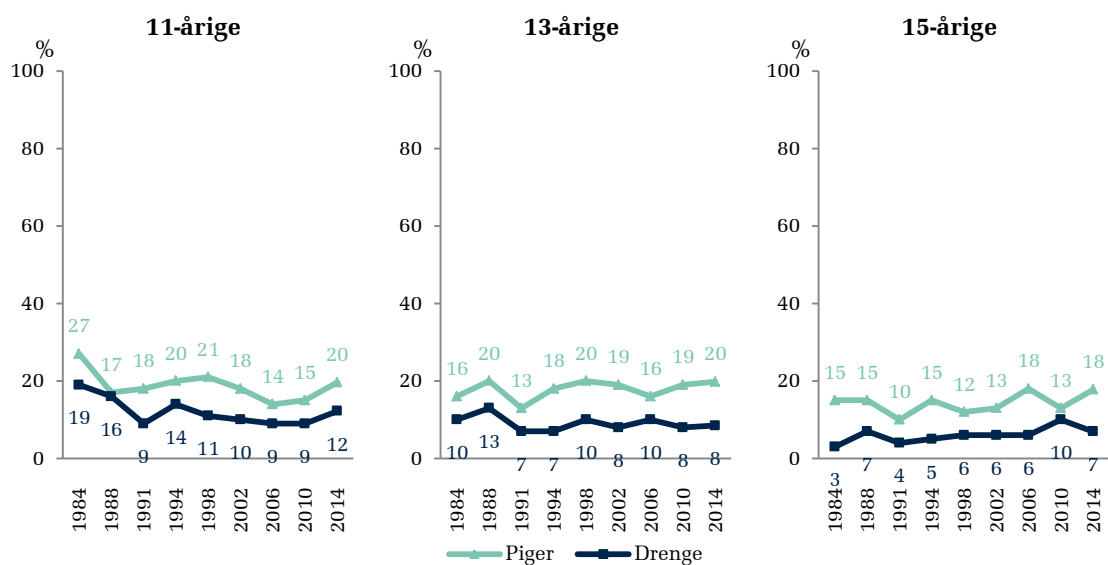
Af **Figur 4.17** fremgår det, at der i alle kønsaldersgrupper siden 2010 er sket en stigning i andelen af elever, der er nervøse mindst ugentligt, dog er stigningen ikke signifikant for de 11-årige piger og 13-årige drenge. Stigningen er særligt udtalt blandt 15-årige piger, hvor forekomsten er steget fra 23% til 39%. Gennemsnitligt er der tale om store stigninger i forekomsten fra 25% til 35% blandt pigerne og fra 18% til 26% blandt drengene. Som det ses af **Figur 4.18** har der særligt for de ældste aldersgrupper været en stigning i forekomsten af søvnproblemer over de sidste 20 år. I 2014 er der sket et fald i forekomsten af indsovningsbesvær blandt 13-årige drenge, mens der er tale om en fortsat stigning af forekomsten blandt de yngste drenge og blandt de ældste piger. Udviklingen i andel af elever, som oplever at være svimmel mindst ugentligt fremgår af **Figur 4.19**. Her ses det, at der er sket en mindre stigning blandt de yngste drenge og de ældste piger, og et mindre fald blandt de ældste drenge. **Figur 4.20** viser at forekomsten af elever, som har mindst et symptom dagligt har været støt stigende siden 1991, hvor opgørelsen startede. Og stigningen fortsætter for pigerne, særligt for de 15-årige, mens der er fra 2010 til 2014 er en tendens til en positiv udvikling blandt drengene, særligt de ældste drenge.

Figur 4.12 Procent med hovedpine mindst ugentligt, 1984-2014



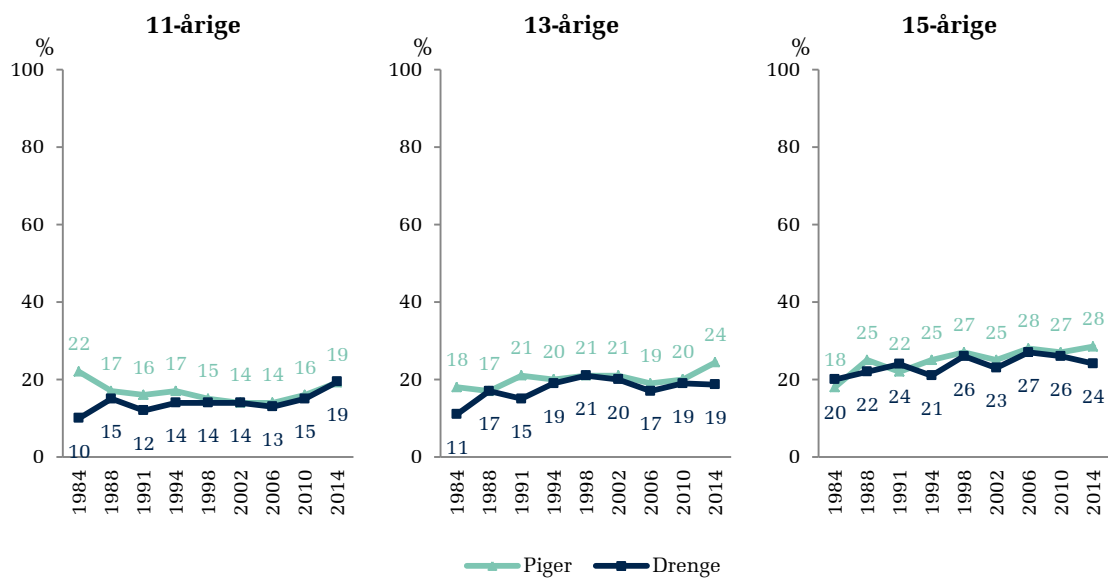
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.13 Procent med mavepine mindst ugentligt, 1984-2014



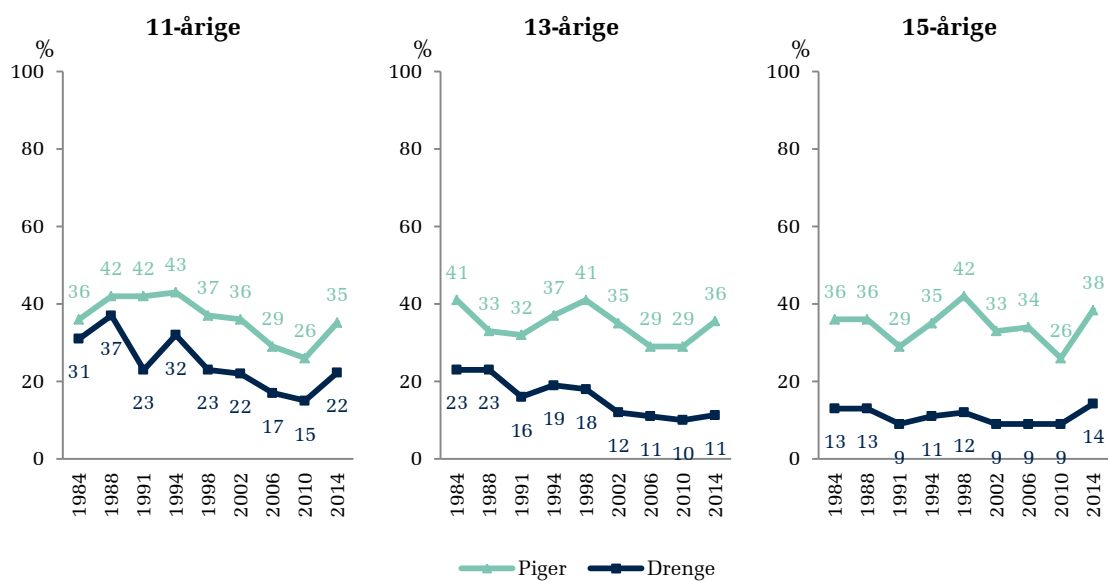
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.14 Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt, 1984-2014



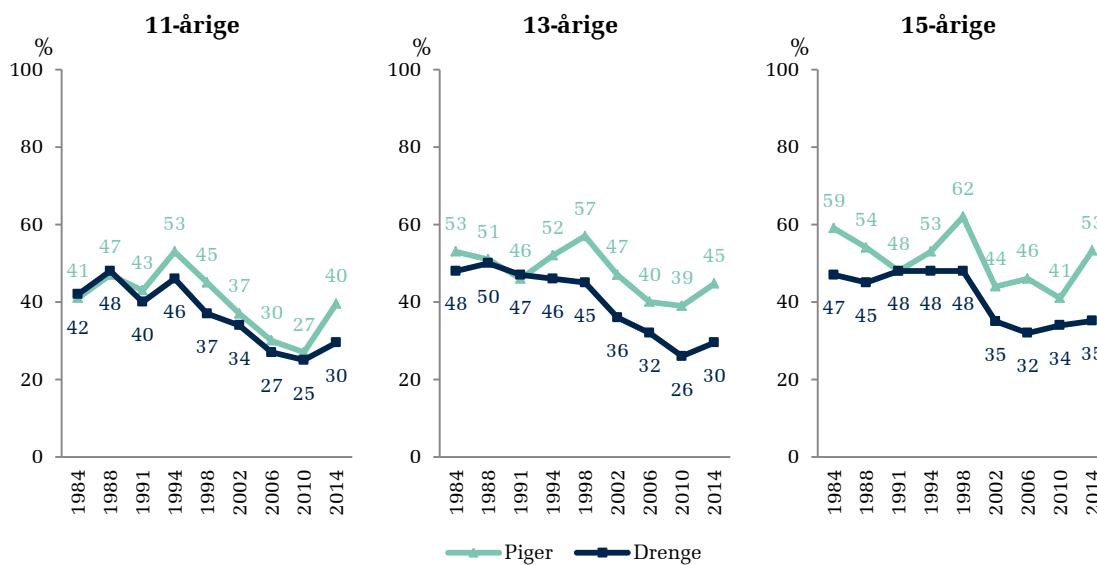
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.15 Procent, som er ked af det mindst ugentligt, 1984-2014



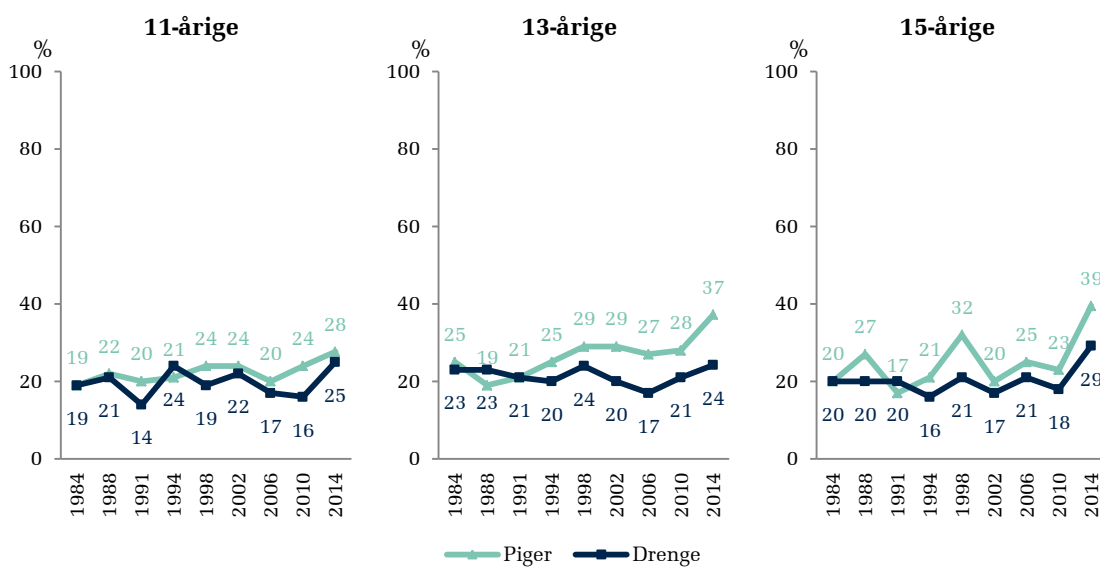
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.16 Procent, som er irriteret mindst ugentligt, 1984-2014



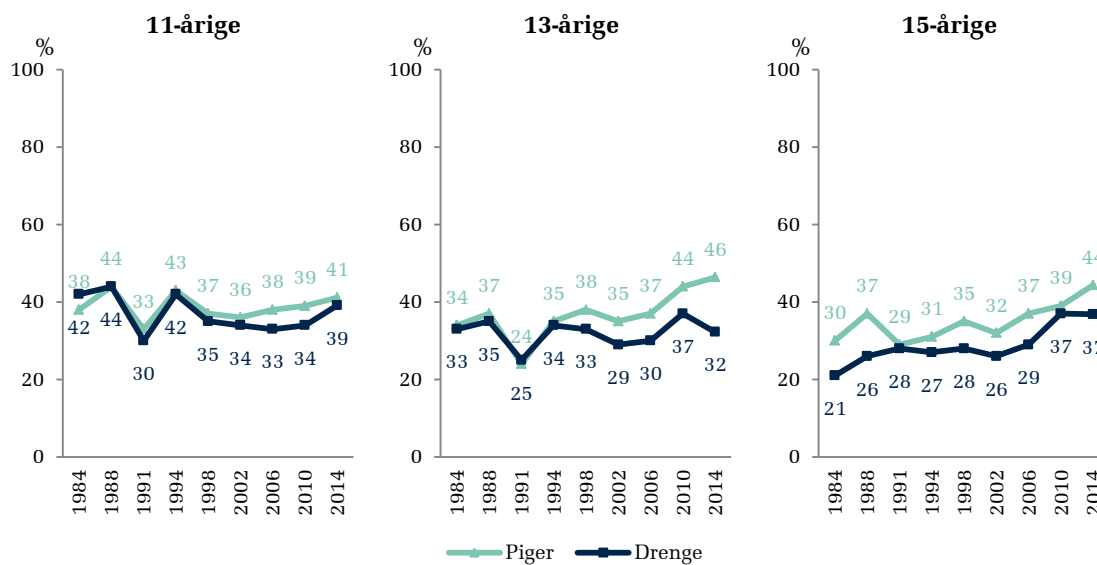
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.17 Procent, som er nervøs mindst ugentligt, 1984-2014



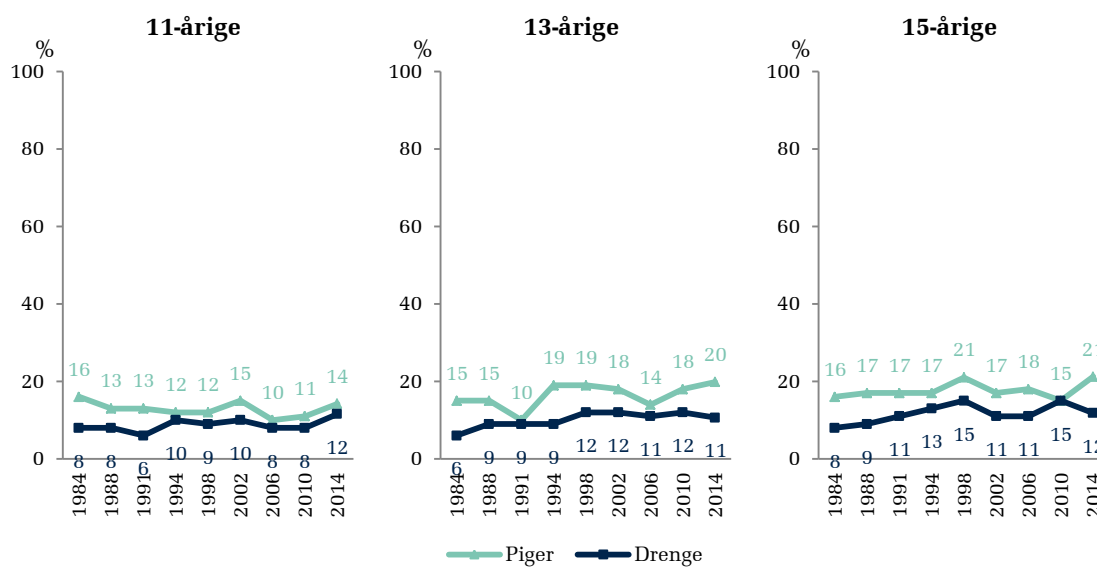
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.18 Procent, som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt, 1984-2014



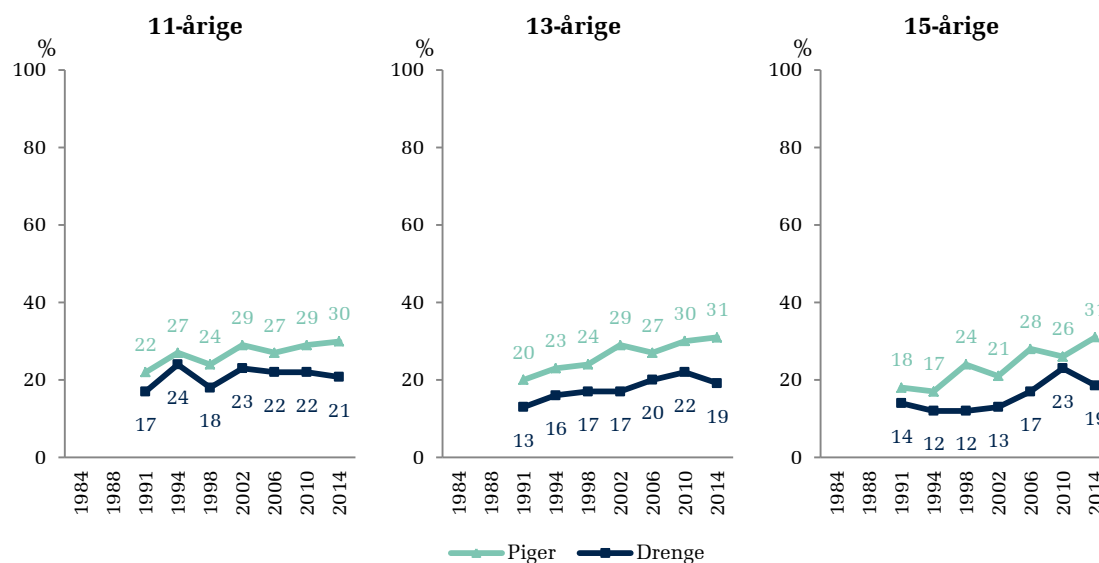
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.19 Procent, som er svimmel mindst ugentligt, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.20 Procent med symptomer dagligt, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

4.3 Vægtstatus

Mette Rasmussen

Både nationalt og globalt er overvægt en af nutidens store udfordringer for folkesundheden. Både blandt børn og unge har vi de sidste årtier set en foruroligende vækst i andelen, som lider af overvægt. De seneste år er der dog sporet en opbremsning i stigningen blandt børn og unge, men der er og bliver stadig for mange overvægtige børn og unge.

Overvægt og svær overvægt har allerede i barndommen og ungdommen alvorlige konsekvenser. En række risikofaktorer for hjertekarsygdom, som fx tendenser til åreforkalkning og forekomst af type-2-diabetes, kan allerede observeres ved overvægt tidligt i livet. Ligeledes plages overvægtige børn og unge i særlig grad af mobning, mistrivsel og lav livskvalitet. Overvægt i barndom og ungdom følger ofte barnet ind i voksenlivet, hvor det kan medføre en række alvorlige helbredsmæssige og psykosociale konsekvenser.

Vægtstatus vurderes ofte ud fra Body Mass Index (BMI), som beregnes ved vægten i kg divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m^2). Blandt voksne defineres overvægt ved et BMI over 25, mens et BMI over 30 betegner svær overvægt/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. Standarder for disse skæringspunkter er defineret af både WHO og af The International Obesity Task Force. Et eksempel er, at et BMI på 25 hos en voksen kan sidestilles med et BMI-tal på 19,8 for en 10-årig pige og 19,9 for en 10-årig dreng. Sidstnævnte standard anvendes i denne undersøgelse.

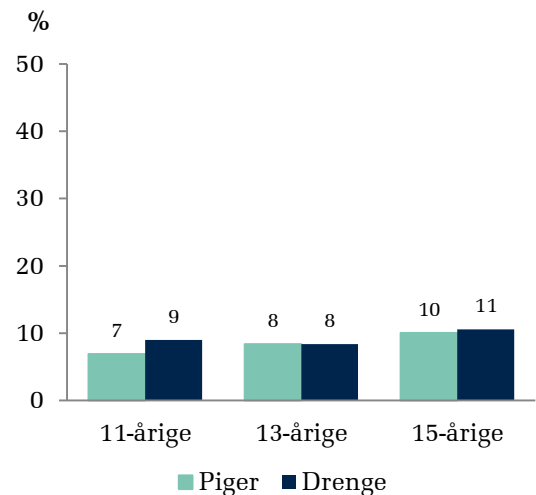
I store befolkningsundersøgelser er det ofte ikke muligt objektivt at måle deltagernes højde og vægt, og dette er ligeledes tilfældet i denne undersøgelse. I stedet har vi bedt eleverne selv oplyse deres højde og vægt. Man ved, at der er en del fejlrapportering på sådanne oplysninger. Dels er der nogle elever, som ikke kender deres højde og/eller vægt, dels er der både hos børn og voksne en generel tendens til, at vægt underrapporteres og at højde overrapporteres. Hvis man udregner BMI på grundlag af selv-

rapporterede data om højde og vægt, vil man derfor generelt beregne et BMI-estimat, som er lidt for lavt, og som følge af dette vil forekomsten af overvægt undervurderes. Sådanne data, og således også data i Skolebørnsundersøgelsen, er dermed ikke velegnede til at vurdere det specifikke niveau for forekomst af overvægt på et givent tidspunkt. De indsamlede data er dog velegnede til at sammenligne forekomsten af overvægt over tid, og dermed til at vurdere, på hvilken måde forekomsten har udviklet sig over tid.

I Skolebørnsundersøgelsen indsamler vi data om elevernes højde og vægt med følgende to spørgsmål '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 køn og alder kategoriseres ifølge de internationale retningslinjer som henholdsvis normalvægtig, overvægtig eller svær overvægtig. Da forekomsten af svær overvægt blandt danske unge i disse aldersgrupper er ganske lille, præsenteres overvægt og svær overvægt i et samlet mål.

Figur 4.21 viser forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt drenge og piger i de tre aldersgrupper. Der er en lidt højere forekomst med stigende alder, men aldersforskellen er kun signifikant mellem de 11-årige og de 15-årige piger. Inden for de enkelte aldersgrupper er der ikke signifikante forskelle mellem piger og drenge. Blandt de 11-årige er forekomsten af overvægt henholdsvis 7% og 9%, blandt de 13-årige er den 8% og blandt de 15-årige er det henholdsvis 10% og 11% blandt pigerne og drengene, som angiver deres vægt og højde på et niveau, som klassificerer dem som overvægtige/svær overvægtige. Som beskrevet, er det vigtigt at huske, at disse tal for forekomst skal ses i lyset af den anvendte metode til dataindsamling. Da der er indsamlet selvrapporterede data, vil de præsenterede forekomster med høj sandsynlighed være undervurderet i forhold til den faktiske forekomst.

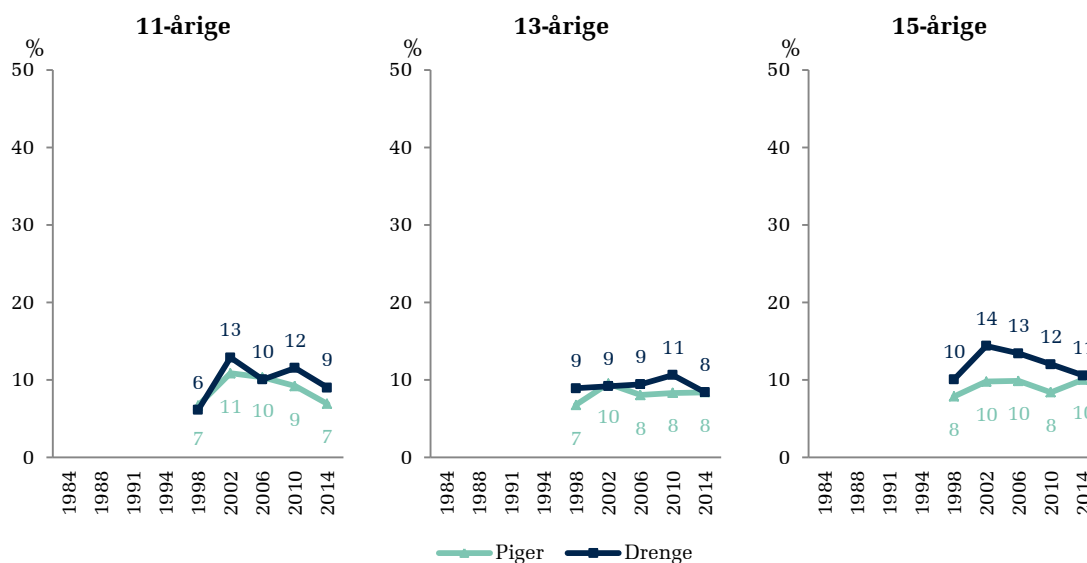
Figur 4.21 Procent, som er overvægtige/svært overvægtige



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 4.22 viser udviklingen i overvægt/svær overvægt fra 1998 til 2014. Udviklingen er i denne rapport opgjort lidt anderledes end de tidligere år, idet vi denne gang har anvendt den nyeste og mest præcise standard som udgangspunkt for udregning af procenterne. Fra 1998 til 2002 observerede vi en stigning i forekomst af overvægt/svær overvægt blandt 11- og 15-årige. Efterfølgende så vi frem til 2010 en stagnation i forekomsten og de seneste tal fra 2014 viser, at denne stagnation er fortsat frem til i dag. Faktisk ses et signifikant fald i andelen af overvægtige/svært overvægtige blandt de 11-årige drenge fra 12% i 2010 til 9% i 2014.

Figur 4.22 Procent, som er overvægtige eller svært overvægtige, 1998-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

4.4 Skader

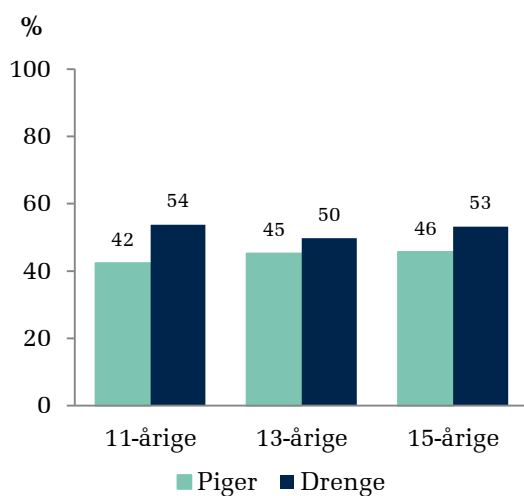
Katrine Rich Madsen & Bjørn Holstein

Skader er en af de mest betydningsfulde årsager 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 livet. Skolebørnsundersøgelsen interesserer sig kun for skader, som er så alvorlige, at de har medført behandling hos en læge eller sygeplejerske.

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'. Det er en mangel ved opgørelsen, at den ikke omfatter tandskader.

Af alle elever har cirka 48% været ude for mindst én skade i de seneste 12 måneder. Cirka halvdelen af disse har kun rapporteret én skade, og den anden halvdel har rapporteret flere skader. **Figur 4.23** viser, hvor mange procent af piger og drenge i de tre aldersgrupper, der er kommet til skade mindst én gang i de seneste 12 måneder. I alle tre aldersgrupper ligger drengene højere end pigerne (forskellen er dog ikke signifikant blandt de 13-årige). Hverken blandt piger eller drenge er der signifikant forskel mellem aldersgrupperne. Blandt drengene har cirka hver anden elev i alle tre aldersgrupper haft mindst én skade de seneste 12 måneder.

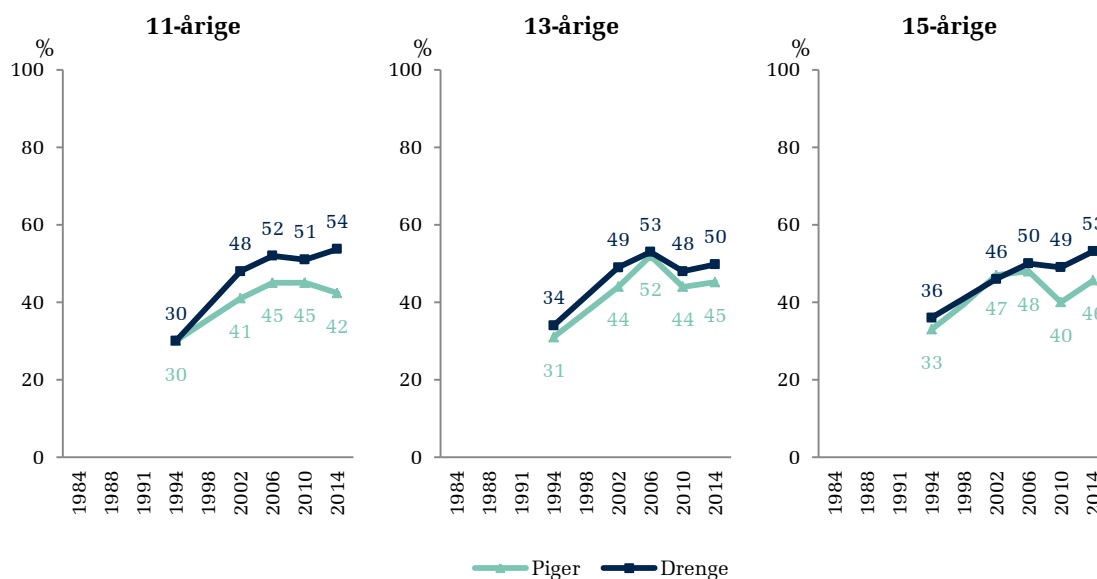
Figur 4.23 Procent, der er kommet til skade mindst én gang indenfor de seneste 12 måneder



Skolebørnsundersøgelsen 2014

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 4.24**, var andelen markant lavest i 1994 og cirka 10% lavere end de efterfølgende år. Siden 2002 ser der ikke umiddelbart ud til at være sket en udvikling blandt de 11- og 13-årige piger og blandt de 13-årige drenge. Der ses dog over tiden en mindre stigning i andelen af selvrapporterede skader blandt 15-årige og særligt blandt de 11-årige drenge. Fra den seneste undersøgelse i 2010 er andelen af selvrapporterede skader steget signifikant frem til 2014 blandt de 15-årige piger. Der tegner sig desuden et billede af, at drengene generelt kommer til skade lidt oftere end pigerne, særligt blandt de 11-årige.

Figur 4.24 Procent, som er kommet til skade mindst én gang i de seneste 12 måneder, 1994-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

5 Mental sundhed

Interessen for mental sundhed er øget i de seneste år. Det ses blandt andet af, at WHO satte dette tema på den sundhedspolitiske dagsorden i 2001 med the World Health Report 2001². I Danmark fulgte Sundhedsstyrelsen op med sin rapport om samme emne i 2008³. Begrundelsen for den øgede interesse er en erkendelse af, at store dele af befolkningen lider under mentale sundhedsproblemer, og at dette har store samfundsøkonomiske omkostninger. Omkring en femtedel af 11-15-årige skolebørn har alvorlige problemer med psykisk mistrivsel, som er de negative sider af begrebet mental sundhed^{4 5}.

Mental sundhed er et mangfoldigt begreb, og mange har forsøgt sig med definitioner. De fleste er enige om, at mental sundhed og mental sygdom er forskellige fænomener og ikke blot to ender af det samme kontinuum. Selv om de to fænomener er statistisk korrelerede, kan man i princippet have god mental sundhed, selv om man lider af en mental sygdom, og man kan have ringe mental sundhed, selv om man er fri for mental sygdom.

I dansk sammenhæng anvendes begrebet mental sundhed ofte synonymt med begreberne psykisk tilstand, psykisk trivsel, mental trivsel og psykisk sundhed. Mange henviser til WHO's definition af begrebet (WHO 2001): "Mental health is ... a state of well-being in which every

individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community". Vores oversættelse er "*en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagsudfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber*". Denne definition rummer to hoveddimensioner, en oplevelse af velbefindende, hvor væsentlige elementer er livsglæde og selvværd, og en funktionel dimension, fx hvordan man fungerer i hverdagen, når man udsættes for belastninger, og hvordan man fungerer i relation til sig selv og sine omgivelser. Definitionen af mental sundhed indeholder elementet "*indgå i menneskelige fællesskaber*". Dette er en betoning af, at mental sundhed ikke alene er et intrapersonelt forhold, men også involverer individets relation til de fællesskaber, han eller hun er en del af.

Skolebørnsundersøgelsen 2014 bestræber sig på at indfange de to hoveddimensioner af mental sundhed. *Dimensionen velbefindende* belyses med seks mål: 1) Selvvurderet helbred (se afsnit 4.1 ovenfor), 2) psykiske symptomer (se afsnit 4.2 ovenfor), 3) livstilfredshed (afsnit 5.1), 4) kropsoptagelse (afsnit 5.2), 5) ensomhed (afsnit 5.3) og 6) selvværd (afsnit 5.4). Den *funktionelle dimension* belyses med mål for self-efficacy (afsnit 5.5) og social kompetence (afsnit 5.6).

De fleste målinger af mental sundhed fokuserer på problemer, fx ensomhed og symptomer. Det er vigtigt også at have målinger af positive aspekter af mental sundhed, således at man kan beskrive den vitalitet og det særlige psykiske overskud, som kendetegner nogle mennesker. I Skolebørnsundersøgelsen måler vi de positive aspekter med de ovennævnte mål for selvværd, self-efficacy og social kompetence. Desuden har vi forsøgt os med endnu et mål for positiv mental sundhed, the Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS, se afsnit 5.7).

² WHO. Mental health: new understanding, new hope. World Health Report 2001. Geneva: World Health Organization 2001.

³ Epløv LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen 2008.

⁴ Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen L, Rayce SB, Due P. Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

⁵ Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse., 2014

5.1 Livstilfredshed

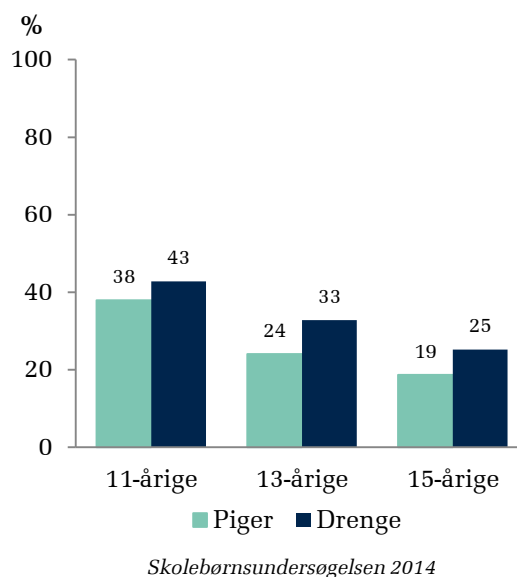
Trine Pagh Pedersen

For at vurdere elevernes generelle trivsel beder vi dem om at vurdere, hvor godt, de synes, deres liv er. 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. For at belyse hvordan børn opfatter spørgsmålet, 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.

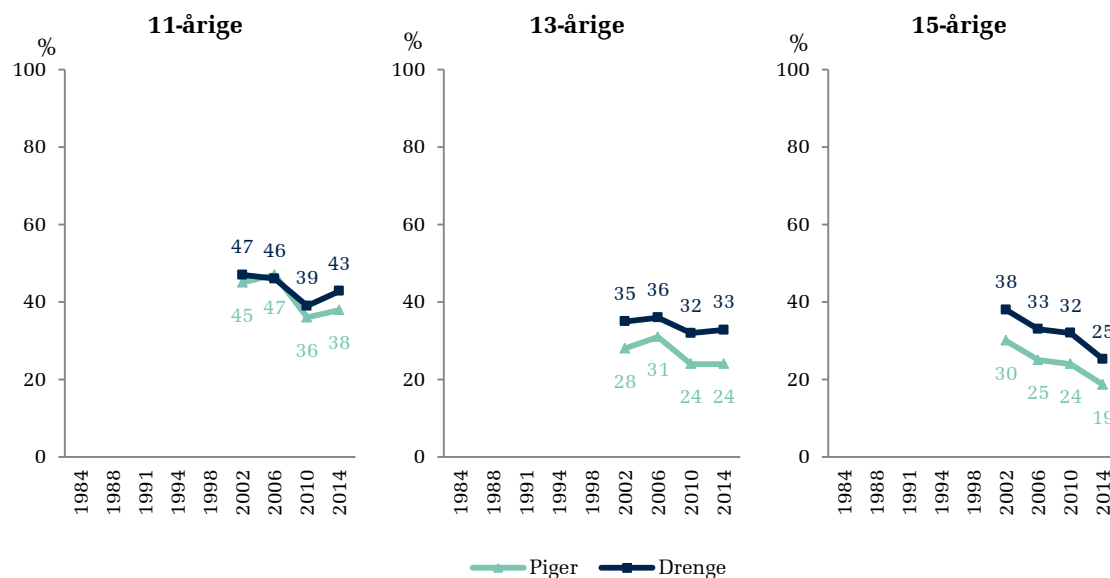
Samlet set er der 11% af eleverne, der placerer sig i området med lav livstilfredshed (trin 0-5). Der er 59% af eleverne, der har placeret sig i middelhøj livstilfredshed (trin 6-8), og 30% har sat deres kryds i området med høj livstilfredshed (trin 9 eller 10). **Figur 5.1** viser andelen af elever med høj livstilfredshed fordelt på køn og aldersgrupper. Tilfredsheden med livet er generelt større blandt drenge end piger, og samtidig er tilfredsheden faldende med stigende alder, både blandt piger og drenge.

Figur 5.1 Procent med høj livstilfredshed



Vi har siden 2002 spurgt eleverne om deres generelle livstilfredshed og **Figur 5.2** viser udviklingen i de tre aldersgrupper. Den mest markante ændring finder vi for de 15-årige, hvor der er sket et betydeligt fald i andelen af både piger og drenge, der angiver en høj livstilfredshed. For pigerne er andelen med høj livstilfredshed faldet fra 24% i 2010 til 19% i 2014 og for drengene er andelen faldet fra 32% i 2010 til 25% i 2014. Faldet over de sidste 4 år er en fortsættelse af en foruroligende tendens, idet vi generelt over de seneste tolv år har set et fald i andelen af 15-årige elever, som scorer højt (9 eller 10) på stigen over tilfredshed med livet.

Figur 5.2 Procent med høj livstilfredshed, 2002-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

5.2 Kropsopfattelse

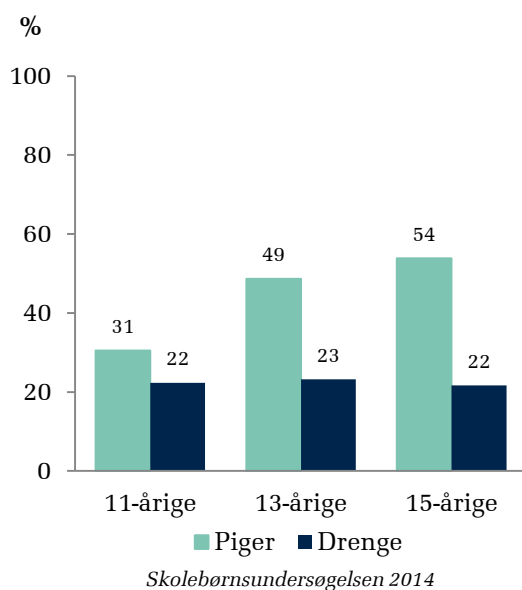
Trine Pagh Pedersen

Børn og unge bliver i stigende grad, særligt gennem medier, konfronteret med kropsidealer, der ikke er naturlige. I barn- og særligt ungdommen sker der en drastisk udvikling af kroppen og omgivelsernes idealer influerer de unges opfattelse af deres egen krop. Det er særligt i denne periode, at børn og unge bliver kritiske over for deres krop. Nogle – overvejende piger – søger en tyndere krop, mens andre – overvejende drenge – ønsker en mere muskuløs krop. Fra tidligere undersøgelser ved vi, at mange normalvægtige unge vurderer, at de burde tabe sig, og dette er særligt udbredt blandt piger. Denne uoverensstemmelse mellem pigernes faktiske vægt og deres opfattelse af deres krop er bekymrende. Generelt kan det være udtryk for en følelse af utilstrækkelighed og deraf mistrivsel. I nogle tilfælde kan det være tidlige tegn på en begyndende spiseforstyrrelse.

Vi har i denne undersøgelse spurgt ind til elevernes kropsopfattelse ved at spørge, hvordan de opfatter deres vægt. **Figur 5.3** viser hvor

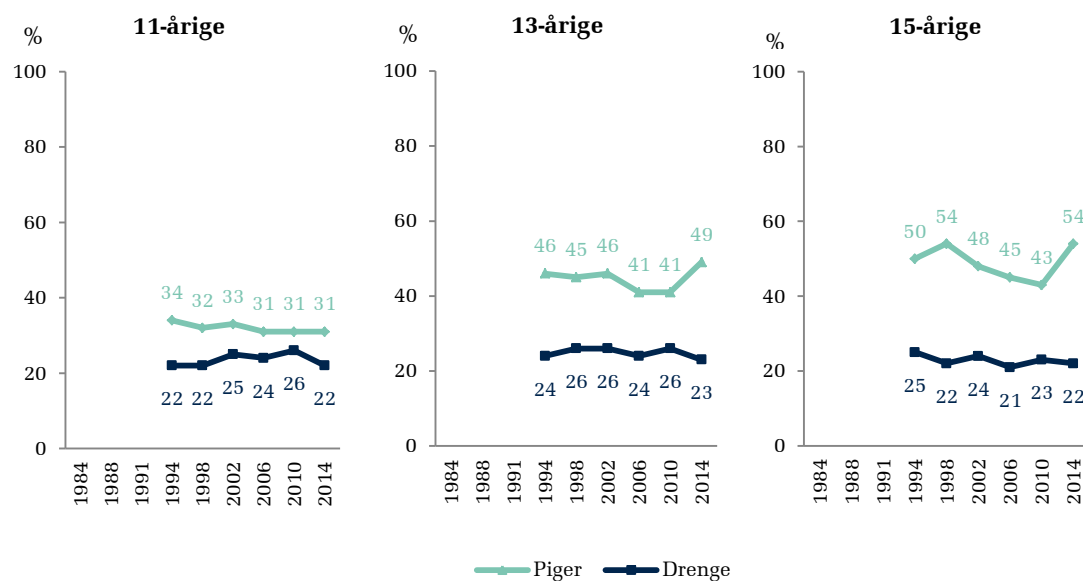
mange procent af eleverne, der føler sig for tykke. Generelt finder vi, at det særligt er pigerne, der synes, de er for tykke. Blandt drengene er det generelt cirka hver femte, der føler sig for tyk, mens vi for pigerne finder, at andelen, der føler sig for tyk, stiger med alderen. Blandt 11-årige er det cirka hver tredje pige, der føler sig for tyk, mens det for de 13- og 15-årige er hver anden pige, der føler sig for tyk.

Figur 5.3 Procent, som føler sig for tykke



Vi har siden 1994 spurgt eleverne om deres kropsopfattelse, og vi har derfor mulighed for at se på udviklingen i kropsopfattelse over en 20-årig periode (**Figur 5.4**). Udviklingen i andelen af elever, der føler sig for tykke, har generelt været relativt stabil for drenge over perioden 1994-2014. Dette er også gældende for de 11-årige piger. For de 13-årige piger finder vi en stigning i andelen, der ser sig selv som tykke fra 41% i 2010 til 49% i 2014. For de 15-årige piger er andelen, der ser sig selv som tykke, generelt faldet fra 1998-2010. Desværre er udviklingen vendt og andelen, der opfatter sig selv som tykke er steget fra 43% i 2010 til 54% i 2014.

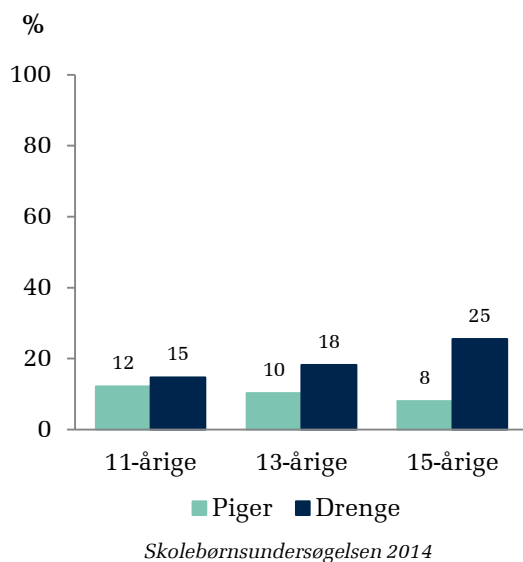
Figur 5.4 Procent, som føler sig for tykke, 1994-2014



Hvis vi ser på, hvor mange af eleverne, der føler sig for tynde, så er mønstrene anderledes end for dem, som føler sig for tykke.

Figur 5.5 viser procent, som føler sig for tynde. Her finder vi kun kønsforskelle for de ældste elever, hvor drengene ligger markant højere end pigerne. Cirka hver femte 13-årige dreng, og hver fjerde 15-årige dreng føler sig for tynd.

Figur 5.5 Procent som føler sig for tynde



Hvis vi sammenholder med data fra 2010 er der sket en signifikant stigning i andelen af 13- og 15-årige drenge, der ser sig selv som for tynde. I 2010 angav 13% af de 13-årige drenge, at de var for tynde, og i 2014 udgør denne andel 18%. For de 15-årige drenge var der i 2010 18%, der angav, at de var for tynde, og i 2014 er andelen vokset til 25% (data ikke vist).

Generelt er det bekymrende, at mange piger er kritiske overfor deres krop og ser sig selv som værende for tykke. Den seneste stigning blandt 13-15-årige piger indikerer, at den ellers positive udvikling er vendt. Ligeledes er det foruroligende, at andelen af drenge, der ser sig selv som for tynde, er steget fra sidste dataindsamling i 2010.

5.3 Ensomhed

Katrine Rich Madsen & Bjørn Holstein

Ensomhed er et aktuelt og alvorligt problem blandt børn og unge i Danmark. Følelsen er ikke kun smertefuld og uønsket i sig selv. En lang række internationale undersøgelser har vist, at unge, der oplever vedvarende og intens ensomhed igennem barndommen eller ungdommen, er i højere risiko for at udvikle sundheds- og adfærdsrelaterede problemer senere i livet end de, som ikke føler sig ensomme, eller som kun er det engang imellem. Problemerne er karakteriseret ved for eksempel selvskadende adfærd, selvmordstanker, depression, angst, skolefravær, skolefravær samt lavere karakterer.

Ensomhed er ikke det samme som at være alene eller at være socialt isoleret. Ensomhed er en følelse, som kan opstå, når man er alene og mangler selskab. Men den kan lige så let opstå, når man er blandt mange andre. Ensomhed er altså en subjektiv, uønsket følelse som opstår, når ens sociale relationer ikke lever op til ens sociale behov. Langt de fleste børn og unge vil opleve at føle sig ensomme på et tidspunkt i livet. Det kan være i forbindelse med et skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig udenfor i klassen. Heldigvis er følelsen for de fleste børn og unge forbigående, men blandt en mindre gruppe bliver følelsen vedvarende. Det er vigtigt at forebygge og afhjælpe ensomhed på grund den smertefulde tilstand, det efterlader den unge i, men også på grund af de mange alvorlige konsekvenser.

Vi har i Skolebørnsundersøgelsen 2014 spurgt til ensomhed på to forskellige måder. Først ved enkeltspørgsmålet: 'Føler du dig ensom?' som besvares med svarkategorierne: 'Ja, meget ofte', 'Ja, ofte', 'Ja, af og til' og 'Nej'. De ensomme unge udgøres af de elever, som har svaret 'Ja, meget ofte' eller 'Ja, ofte' til spørgsmålet. Som noget nyt i Skolebørnsundersøgelsen 2014 har vi inddraget en kort version af the UCLA Loneliness Scale⁶, som er en anerkendt og hyp-

⁶ Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1993). A Brief Measure of Loneliness Suitable for Use with Adolescents, *Psychological Reports*, 72(3), 1379-1391.

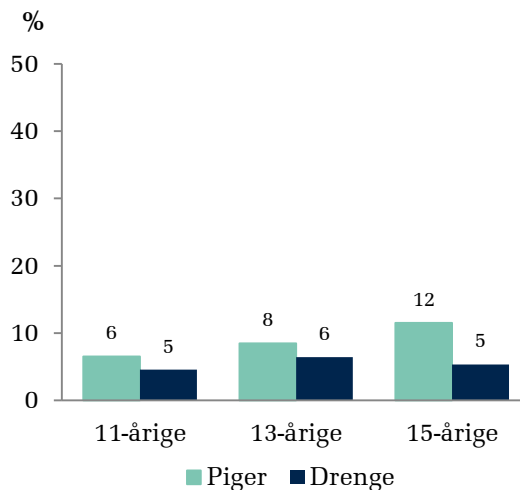
pigt anvendt skala, der måler graden af ensomhed hos den enkelte. Den adskiller sig fra enkeltspørgsmålet om ensomhed ved ikke at spørge direkte til ensomhed, men i stedet at spørge til aspekter heraf. Skalaen er oprindeligt på 20 spørgsmål, men i Skolebørnsundersøgelsen 2014 bruger vi en kort version med fire spørgsmål: 1. 'Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?' 2. 'Hvor ofte savner du nogen at være sammen med?' 3. 'Hvor ofte føler du dig holdt udenfor?' Og 4. 'Hvor ofte savner du nogen at føle dig tæt knyttet til?' med svarkategorierne: 'Aldrig', 'Sjældent', 'Nogle gange' og 'For det meste'. The UCLA Loneliness Scale er tænkt som en skala, hvor der beregnes en middelværdi for hver enkelt elev. Vi har af hensyn til formidlingen her valgt at angive den andel af skolelever, der har svaret nogle gange eller for det meste til *alle* fire spørgsmål. Dette kunne have været gjort på mange andre måder.

Når vi tager udgangspunkt i enkeltspørgsmålet om ensomhed, føler gennemsnitligt cirka 7% af eleverne sig ofte eller meget ofte ensomme. **Figur 5.6** viser andelen af elever, som føler sig ensomme efter køn og alder. Her ses det, at mere end dobbelt så mange af de 15-årige piger føler sig ensomme, sammenlignet med drenge i samme aldersgruppe. Også i de øvrige aldersgrupper er der flest piger, som føler sig ensomme, men kønsforskellene er her små og ikke signifikante. Andelen af ensomme drenge stiger ikke med alderen, hvilket til gengæld er tilfældet blandt pigerne. Her angiver 6% af de 11-årige piger at føle sig ensomme, 8% af de 13-årige og 12% af de 15-årige.

Tager vi udgangspunkt i the UCLA Loneliness Scale, har cirka 10% af eleverne svaret 'nogle gange' eller 'for det meste' til *alle* fire spørgsmål om at føle sig isoleret, savne selskab, blive holdt udenfor og savne nogen at føle sig tæt knyttet til. **Figur 5.7** viser andelen af skoleelever, som har svaret 'nogle gange' eller 'for det meste' til disse fire aspekter af ensomhed, efter køn og alder. Den kønsforskel, som sås ovenfor, genfindes her for de 13- og 15-årige, hvor en større andel af piger end drenge føler sig en-

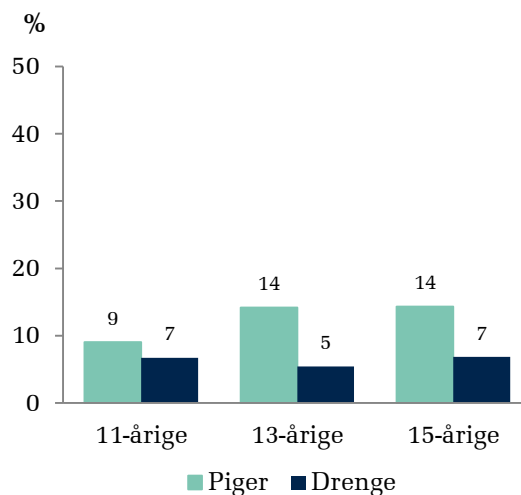
somme. Vi ser også, at andelen, der føler sig ensomme, er højere blandt de 13- og 15-årige end blandt de 11-årige.

Figur 5.6 Procent, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 5.7 Procent, som har svaret 'nogle gange' eller 'for det meste' til de fire aspekter af ensomhed



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Vi har i Skolebørnsundersøgelsen siden 1988 spurgt til ensomhed med enkeltspørgsmålet 'Føler du dig ensom'. Der er dog enkelte år, hvor spørgsmålet har været udeladt.

For eksempel blev spørgsmålet slet ikke stillet i 2002, og i 2010 blev spørgsmålet kun stillet til eleverne i syvende og niende klasse.

Figur 5.8 viser udviklingen i andelen af elever, der meget ofte eller ofte føler sig ensomme fra 1988 til 2014 efter køn og aldersgruppe. Tallet viser, at andelen af ensomme elever ikke er steget blandt de 11-årige elever fra 1988 til 2014, hverken blandt drengene eller pigerne. Ser vi derimod på de 13- og 15-årige elever, ser

der ud til at være sket en stigning, og selvom procentandelene varierer en del mellem undersøgelserne, er tendensen alligevel tydelig. Fra at 1% af de 13- og 15-årige drenge følte sig ensomme i 1988, er andelen steget til 6% for de 13-årige drenge og 5% for de 15-årige drenge i 2014. For pigerne er stigningen også markant. Fra at 3% af de 13-årige piger og 6% af de 15-årige piger angav at føle sig ensomme i 1988, er andelen steget til 8% for de 13-årige piger og til 12% for de 15-årige piger i 2014. Overordnet ses det desuden, at der på tværs af aldersgrupper er en større andel piger end drenge, der føler sig ensomme.

Figur 5.8 Procent, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

5.4 Selvværd

Bjørn Holstein, Line Nielsen, Katrine Rich Madsen, Charlotte Meilstrup, Vibeke Koushede & Mogens Trab Damsgaard

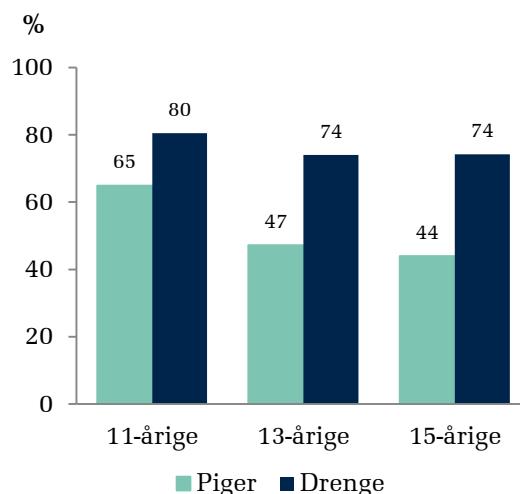
Selvværd er et menneskes vurdering af sit eget værd. Det er en vigtig side af mental sundhed, og vi opfatter det som en facet af den dimension af mental sundhed, som vi kalder velbefindende. Et godt selvværd er en betydningsfuld ressource for et menneske, og kan have afgørende betydning for en sund udvikling fra barn til voksen.

I HBSC Metodeundersøgelsen 2012 udviklede vi en enkel måling af skoleelevers selvværd, baseret på tre enkle spørgsmål⁷. Disse spørgsmål er inspireret af det kendte globale mål for selvværd udviklet af Rosenberg (1965)⁸. Vi lod elever i seks femte-, syvende- og niendeklasser udfylde et spørgeskema med blandt andet disse spørgsmål om selvværd. Efterfølgende har vi gennemført fokusgruppeinterviews med elever fra disse klasser for at vurdere elevernes forståelse af spørgsmålene. Spørgsmålene fungerer godt: eleverne forstod dem på samme måde, som det var vores intention, og de kunne blandt andet give tilfredsstillende eksempler. Dertil kommer, at der kun er få manglende svar, at der er passende høj korrelation mellem spørgsmålene, og de tre spørgsmål viser høj korrelation med andre mål for mental sundhed. De tre spørgsmål er: a) 'Jeg synes godt om mig selv', b) 'Jeg er god nok, som jeg er', og c) 'Andre på min alder kan godt lide mig'. Svarmulighederne er: 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig' og 'Helt uenig'.

Her vælger vi at definere højt selvværd, som at man svarer positivt ('Helt enig' eller 'Enig') på alle tre spørgsmål. Andelen af elever, som med

denne definition har højt selvværd, fremgår af **Figur 5.9**. Der er flere drenge end piger, som har højt selvværd. Blandt piger dykker andelen med højt selvværd betydeligt fra 11- til 13-årsalderen, fra 65% til 47%, og andelen er stadig lav i 15-årsalderen: 44%. Blandt drenge falder andelen med højt selvværd en smule fra 80% i 11-årsalderen til 74% i 13-årsalderen.

Figur 5.9 Procent, som har højt selvværd



Skolebørnsundersøgelsen 2014

⁷ Nielsen L, Stewart-Brown S, Vinther-Larsen M, Meilstrup C, Holstein BE, Koushede V. Mental wellbeing among adolescents: are there socioeconomic differences? Submitted to Journal of Public Mental Health 2014.

⁸ Rosenberg, M. (1965), Society and the adolescent self-image, Princeton University Press, Princeton, NJ.

5.5 Self-efficacy

Bjørn Holstein, Line Nielsen, Katrine Rich Madsen, Charlotte Meilstrup, Vibeke Koushede & Mogens Trab Damsgaard

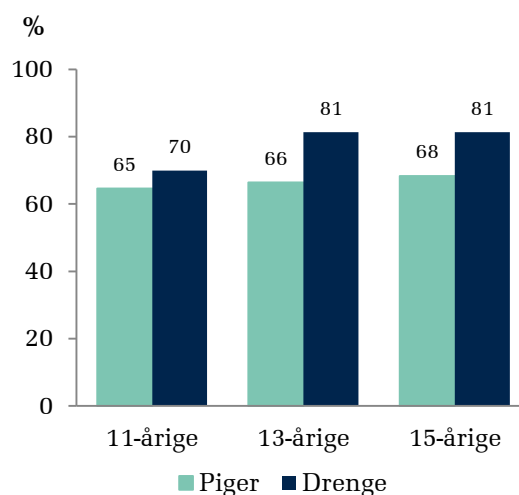
Self-efficacy er overbevisningen om, at man kan sætte sig et mål og nå det. Det er et vigtigt aspekt af mental sundhed, et udtryk for at man fungerer godt som menneske. Vi opfatter det som en facet af den dimension af mental sundhed, som vi kalder funktion. På dansk benytter man nogle gange begrebet handlekompetence, som har mange ligheder med begrebet self-efficacy.

I forbindelse med HBSC Metodeundersøgelsen 2012 har vi afprøvet en kort måling med to spørgsmål, inspireret af Schwarzer's skala for generel self-efficacy⁹. Vi lod elever i seks femte-syvende- og niendeklasser udfylde et spørgeskema med blandt andet disse spørgsmål. Efterfølgende har vi gennemført fokusgruppeinterviews med elever fra disse klasser for at vurdere elevernes forståelse af spørgsmålene. De to spørgsmål fungerede godt: eleverne forstod dem på samme måde, som det var vores intention, og de kunne give tilfredsstillende eksempler. Der er kun få manglende besvarelser, og krydstabeller viser høj korrelation mellem de to spørgsmål og andre mål for mental sundhed. De to spørgsmål er følgende: a) 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' b) 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?' Svarkategorierne er: 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'.

Vi vælger at definere høj self-efficacy ved positive svar ('Altid' eller 'For det meste') på begge spørgsmål. Procentandelen af elever med høj self-efficacy fremgår af **Figur 5.10**.

Defineret på denne måde har flere drenge end piger høj self-efficacy. Blandt drenge er der flere 13- og 15-årige med høj self-efficacy end blandt 11-årige drenge.

Figur 5.10 Procent, som har høj self-efficacy



Skolebørnsundersøgelsen 2014

⁹ Schwarzer RJM. Generalized self-efficacy scale. Pp. 35-37 in Weinman JWS, Johnston M (Eds) . *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Windsor: Nfer-Nelson 1995

5.6 Social kompetence

Bjørn Holstein, Line Nielsen, Katrine Rich Madsen, Charlotte Meilstrup, Vibeke Koushede & Mogens Trab Damsgaard

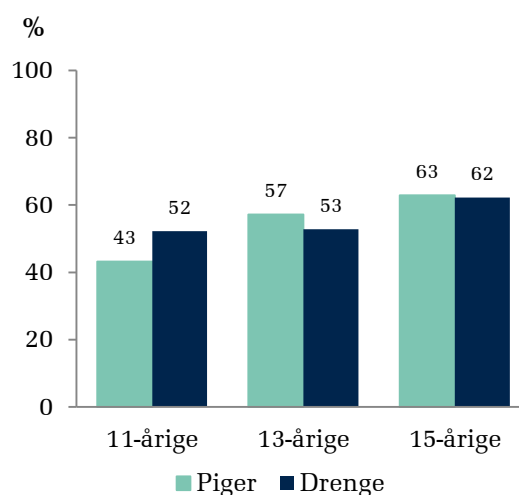
Social kompetence er en evne, som sætter mennesker i stand til at håndtere social kontakt og engagere sig i deres sociale liv. Det er et eksempel på det, vi kalder det funktionelle aspekt af mental sundhed. Social kompetence er en vigtig side af et menneskes funktion, og for de unge år kan det have afgørende indflydelse på dannelse og udvikling.

I forbindelse med HBSC Metodeundersøgelsen 2012 har vi afprøvet en kort måling af social kompetence¹⁰, inspireret af Gresham & Elliott (1984)¹¹. Vi lod elever i seks femte-, syvende- og niendeklasser udfylde et spørgeskema med blandt andet tre spørgsmål om social kompetence. Efterfølgende har vi gennemført fokusgruppeinterviews med elever fra disse klasser for at vurdere elevernes forståelse af spørgsmålene. Spørgsmålene fungerer godt: eleverne forstod dem på samme måde, som det var vores intention, og de kunne blandt andet give tilfredsstillende eksempler. Dertil kommer, at der kun er få manglende svar, at der er passende høj korrelation mellem spørgsmålene, og at de tre spørgsmål viser høj korrelation med andre mål for mental sundhed. De tre spørgsmål handler om henholdsvis empati, samarbejdsevne og evnen til at sige fra: a) 'Jeg prøver at forstå mine venner, når de er triste eller sure', b) 'Jeg er god til at arbejde sammen med andre i en gruppe' og c) 'Jeg siger min mening, når jeg synes, noget er uretfærdigt'. Svarmulighederne er: 'Næsten aldrig', 'Nogle gange', 'Ofte' og 'Næsten altid'.

Her vælger vi at definere høj social kompetence, som at man svarer positivt ('Næsten altid' eller 'Ofte') på alle tre spørgsmål. Andelen af elever, som med denne definition har høj social kompetence fremgår af **Figur 5.11**.

Blandt de 11-årige er der flere drenge end piger, som har høj social kompetence, mens der blandt de 13- og 15-årige ikke er større forskel mellem de to køn. For begge køn stiger andelen med høj social kompetence fra 11- til 15-årsalderen.

Figur 5.11 Procent, som har høj social kompetence



Skolebørnsundersøgelsen 2014

¹⁰Nielsen L, Stewart-Brown S, Vinther-Larsen M, Meilstrup C, Holstein BE, Koushede V. Positive mental health among adolescents: are there socioeconomic differences? Submitted to Journal of Public Mental Health 2014.

¹¹Gresham FM and Elliott SN (1984), "Assessment and classification of children's social skills: A review of methods and issues", School Psychology Review, Vol. 13, p. 292-301.

5.7 Positiv mental sundhed

Katrine Rich Madsen, Bjørn Holstein, Line Nielsen, Charlotte Meilstrup, Vibeke Koushede & Mogens Trab Damsgaard

Internationale studier har fundet, at positiv mental sundhed i barndommen hænger sammen med høj livstilfredshed og mindre sandsynlighed for risikoadfærd i ungdommen. Positiv mental sundhed har desuden betydning for indlæring og for sandsynligheden for at få en uddannelse. Børn, der defineres som positive af deres lærere, er endvidere mere tilbøjelige til at være tilfredse med deres eget arbejde, at have kontakt med venner og familie og at engagere sig i sociale aktiviteter senere i livet.

Megen forskning om mental sundhed blandt børn og unge har fokuseret på de negative aspekter af mental sundhed, fx depressive og angstfyldte reaktioner, adfærdsproblemer og ensomhed. Der er stigende interesse for også at studere de positive dimensioner af børn og unges mentale sundhed, det man i dagligsproget ofte benævner vitalitet eller overskud (engelsk: flourishing). I Skolebørnsundersøgelsen 2014 forsøger vi at afdækker disse aspekter blandt skolelever.

Til at belyse positive aspekter af mental sundhed bruger vi bl.a. the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). Skalaen, der har til hensigt at dække bredt over flere af dimensionerne i mental sundhed, har oprindeligt 14 spørgsmål, men efterfølgende er der udviklet en version med syv spørgsmål, som vi benytter i denne undersøgelse¹². De syv spørgsmål er: 1. 'Hvor tit føler du, at det vil gå dig godt i fremtiden?' 2. 'Hvor tit føler du dig nyttig?' 3. 'Hvor tit føler du dig afslappet?' 4. 'Hvor tit klarer du problemer godt?' 5. 'Hvor tit tænker du klart?' 6. 'Hvor tit føler du dig tæt på andre mennesker?' 7. 'Hvor tit har du din egen mening om tingene?' Oprindeligt er skalaen udviklet til at spørge om de forudgående to

uger, men her har vi anvendt svarkategorierne 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Spørgsmålene er kun stillet til elever i syvende og niende klasse. Med disse spørgsmål får man indikatorer for flere facetter af positiv mental sundhed, fx optimisme (spm. 1), følelsen af at bidrage (spm. 2), afslappethed (spm. 3), oplevelsen af egen formåen (spm. 4), følelsen af at være ovenpå (spm. 5), følelsen af at høre til (spm. 6) og følelsen af at kunne danne sig sin egen mening om ting, at hvile i sig selv (spm. 7).

Svarfordelingerne fremgår af **Tabel 5.1**. Tabellen viser, at der for hvert af de syv spørgsmål er en tydelig ophobning af svar i de to mest positive svarkategorier 'Altid' og 'For det meste'. Der er fx 84% af drengene og 76% af pigerne, som har svaret positivt til det første spørgsmål 'Hvor tit føler du, at det vil gå dig godt i fremtiden?', og meget få benytter de to mest negative svarkategorier 'Sjældent' og 'Aldrig'. Tabellen viser også, at der i alle syv spørgsmål er tydeligt flere drenge end piger, som benytter den mest positive svarkategori. Der er fx 35% af drengene og 20% af pigerne, som svarer 'Altid' til det første spørgsmål.

Der er ikke udarbejdet standarder for opgørelse af svarene blandt danske unge, og vi har derfor ingen standardiseret metode til at afgøre, hvornår man har et højt niveau af positiv mental sundhed. Nogle af de forskere, som har arbejdet med skalaen, foreslår en særlig vægtning og pointtildeling af de forskellige svar. En anden måde at beskrive resultaterne på er at sige, at hvis man svarer positivt ('Altid' eller 'For det meste') til alle syv spørgsmål, så har man i bred forstand positiv mental sundhed. Procentandelen med et så positivt svarmønster er 39% og 53% blandt 13-årige piger og drenge, 35% og 51% blandt 15-årige piger og drenge. De 11-årige blev ikke stillet disse spørgsmål. Man kan også hævde, at hvis man svarer positivt på fem eller seks af disse spørgsmål har man høj grad af positiv mental sundhed, og så ville der være en højere procentdel med høj grad af positiv mental sundhed. Det er indtil videre arbitrært, hvor man sætter grænsen.

¹² Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 15.

Tabel 5.1 Procentvis fordeling af svarene på spørgsmål om positiv mental sundhed

Spørgsmål	Køn	Svarkategori (procentvis fordeling af svarene vandret)				
		Altid	For det meste	Nogle gange	Sjældent	Aldrig
1. Hvor tit føler du, at det vil gå dig godt i fremtiden?	Piger	20	56	19	4	1
	Drenge	35	49	12	3	1
2. Hvor tit føler du dig nyttig?	Piger	14	52	26	7	1
	Drenge	28	51	16	4	2
3. Hvor tit føler du dig afslappet?	Piger	13	49	27	9	2
	Drenge	28	50	16	4	2
4. Hvor tit klarer du problemer godt?	Piger	14	56	24	5	1
	Drenge	27	55	14	2	1
5. Hvor tit tænker du klart?	Piger	17	57	21	5	1
	Drenge	30	54	14	2	1
6. Hvor tit føler du dig tæt på andre mennesker?	Piger	24	49	19	6	1
	Drenge	32	48	15	5	2
7. Hvor tit har du din egen mening om tingene?	Piger	49	38	10	2	1
	Drenge	54	35	8	1	1

6 Sociale relationer

Sociale relationer og integration i et godt socialt netværk er vigtigt for et godt børne- og ungdomsliv. Støttende sociale relationer og forankring i et socialt netværk er afgørende for en sund personlig udvikling gennem ungdomsårene og er en medvirkende faktor til etablering af sundhedsrelaterede vaner. I dette kapitel gennemgås elevernes relationer til deres familie og til deres venner.

6.1 Relationer i familien

Mogens Trab Damsgaard

Familien er den første sociale sammenhæng, som et barn indgår i, og familien må antages at have den vigtigste betydning for barnets udvikling og tilpasning. En del forskning peger på, at familiekulturen, herunder kvaliteten af kommunikationen i familien, har væsentlig betydning for, hvorledes de unges helbred og sundhedsadfærd formes. I perioden 11- til 15-årsalderen, som vores undersøgelser omhandler, vil der ske en stigende løsrivelse fra forældrene og relationer til venner får en større betydning i disse år, hvor de unge udvikler deres egen identitet. Én teoretisk forståelse bygger på, at hvis den unge har dårlig kontakt med voksne eller forældre, vil kontakt med venner have stærkere indflydelse på den unges trivsel, således at kontakt med venner nærmest kan *kompensere* for dårlig forældrekontakt. En anden teoretisk tilgang antager, at tæt kontakt med forældre udgør den vigtigste forudsætning for en positiv udvikling og at gode relationer til voksne/forældre fremmer udviklingen af gode relationer til venner. I denne forståelse ses social kontakt med venner som en *udvidelse* af

relationen til forældre med positiv betydning for den unges trivsel.

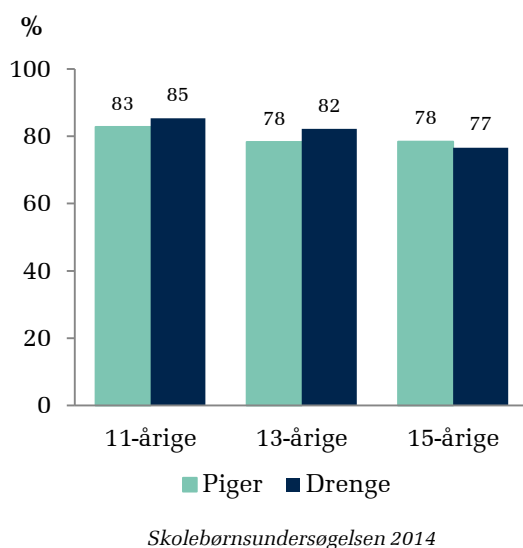
Den sidste forståelse er i god overensstemmelse med det generelle billede, vi har set i Skolebørnsundersøgelserne gennem årene, nemlig at næsten alle børn og unge, som har tæt kontakt med forældre, også samtidig har tæt kontakt med venner. Vore undersøgelser over flere runder viser også, at kvaliteten af forældrekontakt har en væsentlig betydning for de unges risiko for at udvikle følelsesmæssige problemer. Der kan være mange faktorer, som spiller ind på de unges emotionelle velbefindende, men når vi ser på "lettere" symptomer som at være ked af det, være irriteret/i dårligt humør eller være nervøs, viser der sig følgende: Risikoen for at have følelsesmæssige symptomer *hver dag* er dobbelt så høj for de børn, som ikke har fortrolig kontakt med nogen af forældrene sammenlignet med dem, som kan tale fortroligt med mindst én forælder. Dette gælder, uanset om man er 11, 13 eller 15 år gammel.

Gennem mange undersøgelsesrunder har vi god erfaring med at måle tæt forældrekontakt med spørgsmålet om fortrolig eller tillidsfuld kommunikation: 'Hvor nemt er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig?', med mulighed for at krydse af ud for far, stedfar, mor og stedmor. Svarmulighederne er: 'Meget nemt', 'Nemt', 'Svært', 'Meget svært' og 'Har ikke/ ser ikke'.

Overordnet set har 86% af eleverne nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med mindst en forælder/stedforælder. 81% har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med moren, mens 65% har nemt/meget nemt ved at tale med faren. Det er under 1% af eleverne, der angiver stedforældre som *eneste* fortrolige forældrekontakt.

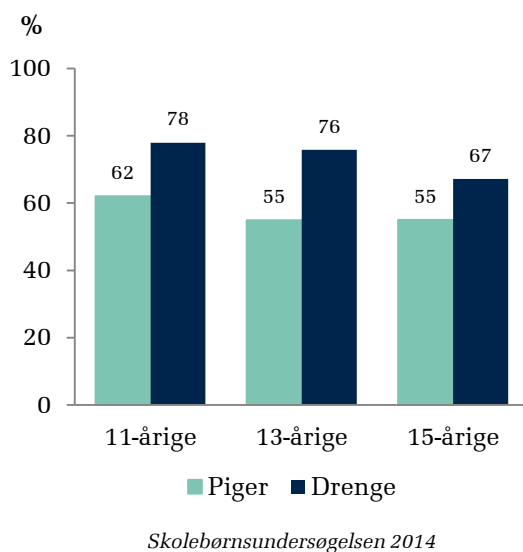
Figur 6.1 viser hvor mange procent, som har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med deres mor. Andelen falder lidt med alderen, og der er ikke signifikante forskelle mellem pigerne og drengene.

Figur 6.1 Procent, som har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med mor



Figur 6.2 viser, hvor mange procent, der har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med deres far. Færre børn og især færre piger har fortrolig kontakt til deres far, og andelen falder med stigende alder. Samtidigt er der tydelige kønsforskelle, således at flere drenge end piger har nemt ved at tale fortroligt med deres far. Denne kønsforskel ses i alle tre aldersgrupper.

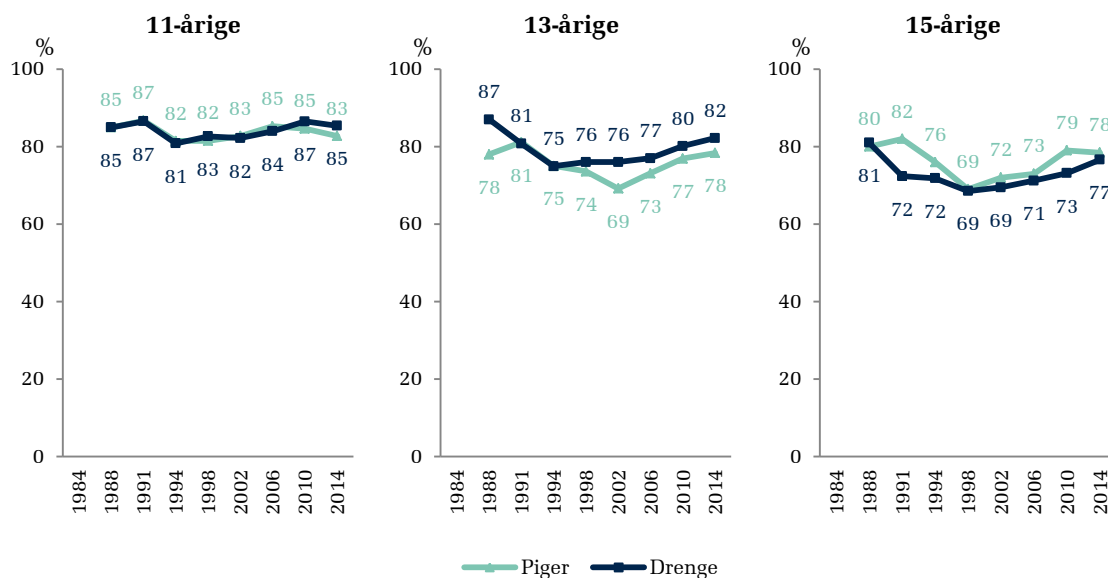
Figur 6.2 Procent, som har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med far



Spørgsmålene om fortrolig eller tillidsfuld kommunikation med forældrene er stillet stort set uændret i alle Skolebørnsundersøgelserne siden 1988. I **Figur 6.3** og **6.4** ses udviklingen over tid i den procentandel af eleverne, der har nemt/meget nemt ved at tale med henholdsvis mor og far. Disse trend-kurver er opgjort lidt anderledes end i tidligere rapporter, idet vi denne gang har udregnet procenterne på basis af alle elever, der blot har svaret på mindst én af forældrene i det pågældende år.

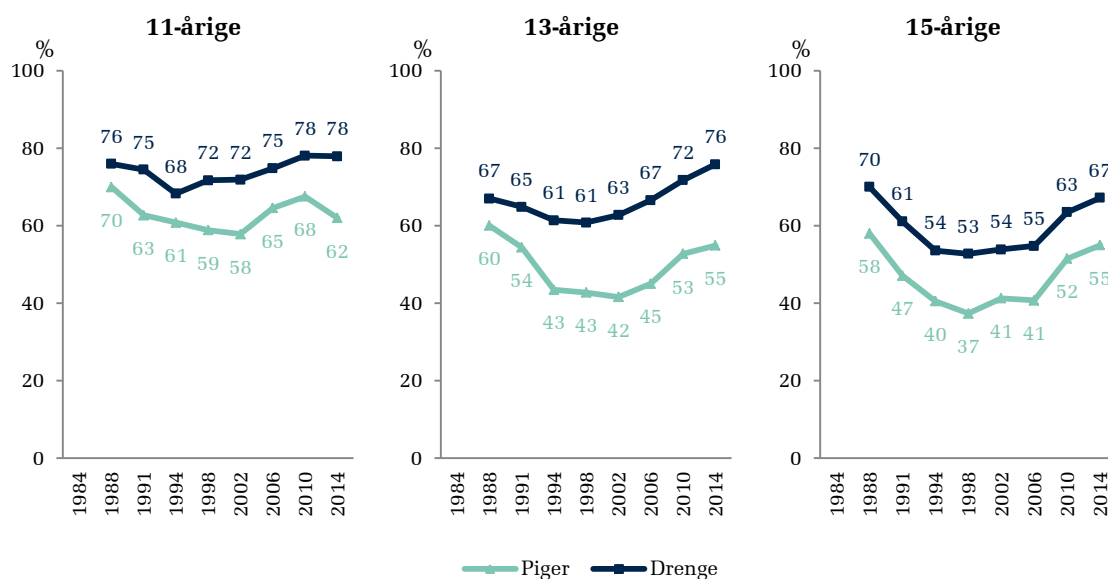
Selv om andelen, der har nemt ved at tale fortroligt med forældre, falder med alderen, viser trend-kurverne, at andelen af 13- og 15-årige, der kan tale fortroligt med forældre, er steget i løbet af de sidste cirka 16 år. Især viser det sig, at andelen, der har nemt ved at tale fortroligt med far er steget betydeligt. Hvor det i 1998 var langt under halvdelen af de 13- og 15-årige piger, der havde nemt ved at tale fortroligt med faren, var det i 2014 godt og vel halvdelen. Specifikt for den seneste periode fra 2010 til 2014 er der ikke sket signifikante ændringer i forhold til fortrolighed med mor. Med undtagelse af de yngste, har andelen af elever, som har nemt ved at tale fortroligt med far, vist en forsat stigende tendens over den seneste periode, men stigningerne fra 2010 til 2014 er dog ikke signifikante.

Figur 6.3 Procent, som har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med mor, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.4 Procent, som har nemt/meget nemt ved at tale fortroligt med far, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

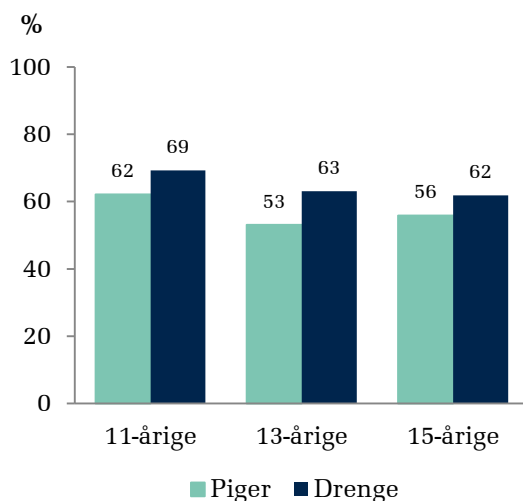
Et andet aspekt af familiekulturen er, hvor åben eller klar kommunikationen er mellem familiemedlemmerne. Dette aspekt har vist sig at have betydning for, hvor god familien er til

at tackle de problemer, der opstår under og efter puberteten, ligesom det også har betydning for de unges helbred og trivsel. I Skolebørnsundersøgelsen 2014 har vi medtaget fire

spørgsmål, der skal bidrage til at belyse kvaliteten af familiens kommunikation. Eleverne bliver bedt om at svare på, hvor enige eller uenige de er i følgende udsagn om familien: 'Jeg synes, vi taler om de vigtige ting', 'Der bliver lyttet til det, jeg siger', 'Vi stiller spørgsmål, når vi ikke forstår hinanden' og 'Når der opstår en misforståelse, taler vi tingene igennem'. Svarkategorierne går fra 'Helt enig' til 'Helt uenig', og hvis vi tæller op, hvor stor en procentandel, der har svaret 'Helt enig' eller 'Enig' på alle fire udsagn, fås en fordeling som i **Figur 6.5**.

Vi ser, at lidt flere drenge end piger oplever, at kommunikation i familien er af god kvalitet på alle de fire områder, der er spurgt til. Andelen, som er enige i de fire udsagn, falder fra 11- til 13-årsalderen, mens der ikke er nogen særlig ændring fra 13- til 15-årsalderen.

Figur 6.5 Procent, som er enige i, at kommunikationen i familien er af god kvalitet



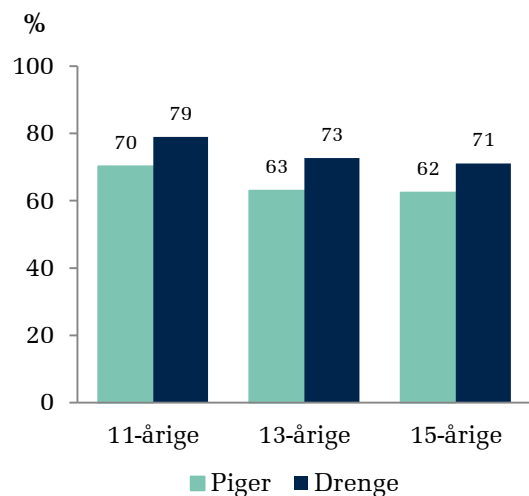
Skolebørnsundersøgelsen 2014

I 2014 undersøgelsen har vi også medtaget fire nye spørgsmål, der skal belyse, hvor god en støtte, eleverne oplever, at de modtager fra deres familie. Eleverne bliver bedt om at svare på, hvor enig eller uenig de er i følgende udsagn: 'Min familie forsøger virkelig at hjælpe mig', 'Jeg får den følelsesmæssige støtte, jeg har brug for, fra min familie', 'Jeg kan tale med min familie om mine problemer' og 'Min familie vil gerne hjælpe mig med at træffe beslutninger'.

Hvis vi igen tæller op, hvor stor en andel af eleverne, der har svaret 'Helt enig' eller 'Enig' på alle fire udsagn, får vi fordelingen, som vist i **Figur 6.6**.

Figuren viser, at et stort flertal oplever, at deres familie støtter dem på alle fire områder. Ligesom med oplevelsen af kommunikation i familien ser vi, at flere drenge end piger oplever støtte fra familien, og at andelen falder fra 11- til 13-årsalderen både blandt drenge og piger.

Figur 6.6 Procent, som er enige i, at de får støtte i familien på fire områder



Skolebørnsundersøgelsen 2014

6.2 Relationer med venner

Pernille Due

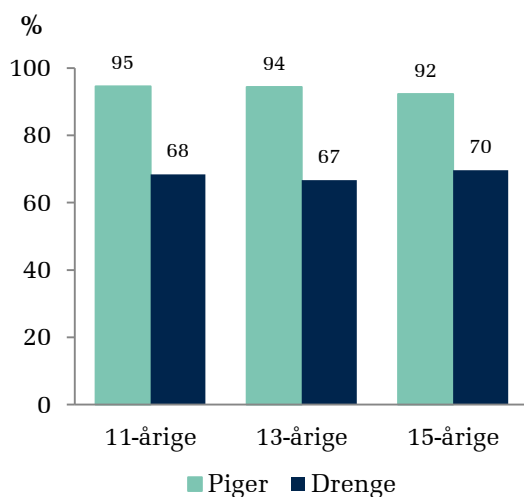
Fra 11- til 15-årsalderen sker der store forandringer i børns liv, også når det gælder deres relationer til venner. I 11-års-alderen er vennerne vigtige, men forældrene er oftest stadig de vigtigste. Når de unge når 15-års-alderen, er vennerne ofte de vigtigste. De unge er i færd med at løsrive sig fra forældrene og finde deres egen identitet sammen med og ved at spejle sig i deres venner og omgangskreds.

Dette afsnit omhandler mange af de vigtige mål for relationer til venner: hvor mange tætte venner, man har, hvor mange og hvem man kan tale fortroligt med, hvor ofte man er sammen, og hvor ofte man har anden form for kontakt. Andre vigtige mål om relationer og relationel trivsel er beskrevet i kapitlerne om ensomhed (kap 5.3) og mobning (kap. 8.2).

De nære venner: Nære venner er en ressource for de unge, og antallet af nære venner siger derfor noget om det potentiale, der er i den unges sociale netværk. Hvis man kun har én nær ven, betragtes netværket som mere sårbart end hvis man har tre eller flere, selvom antallet af nære venner jo ikke umiddelbart siger noget om kvaliteten af venskabet.

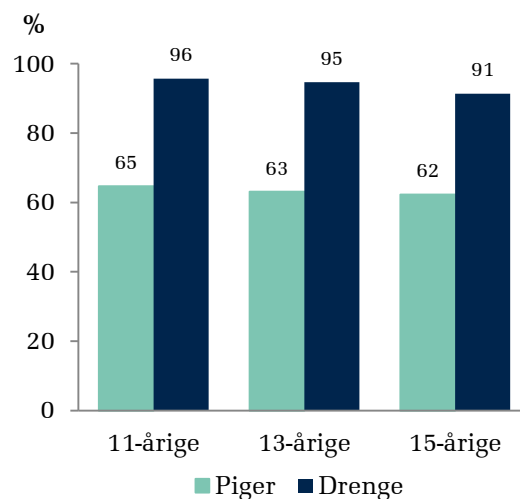
Vi har i Skolebørnsundersøgelsen spurgt eleverne: 'Hvor mange nære drenge- og pigevenner har du for øjeblikket?' Og vi lader de unge svare for drengevenner og pigevenner hver for sig, med svarkategorierne: 'Ingen', 'En', 'To', 'Tre eller flere'. Ni ud af ti unge mellem 11 og 15 år har mindst to nære venner af samme køn, mens mellem 62% og 70% har mindst to venner af modsatte køn (**Figur 6.7** og **Figur 6.8**). Mellem 1% og 3% af de 11-15 årige har ikke en nær ven af samme køn og mellem 17% og 22% har ikke en nær ven af modsat køn.

Figur 6.7 Procent, som har mere end to pigevenner



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.8 Procent, som har mere end to drengevenner



Skolebørnsundersøgelsen 2014

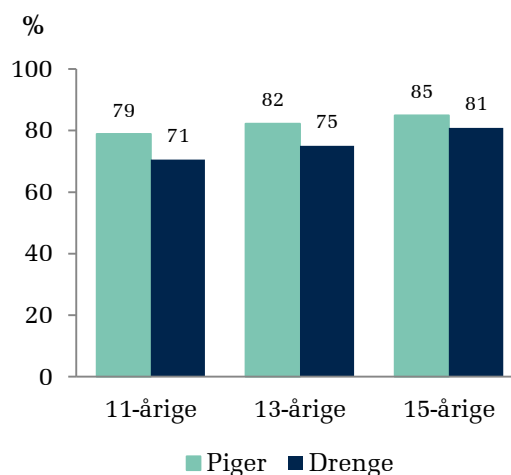
Fortrolighed med venner: En af kvalitetsparametrene i et socialt netværk er, om man har nogen at betro sig til, dvs. nogen at tale fortroligt med, når livet udfordrer. Vi har spurgt eleverne: 'Hvor nemt er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager

dig?', 'Bedste ven/veninde', 'Venner af samme køn', 'Venner af det andet køn'. Og for hver kategori af venner kan eleverne svare: 'Meget nemt', 'Nemt', 'Svært', 'Meget svært', 'Har ikke eller ser ikke'.

Tallene i **Figur 6.9** viser, at mellem 71% og 85% har en bedste ven, de har nemt eller meget nemt ved at tale med om belastninger i hverdagen. Der er lidt flere piger end drenge, og lidt flere jo ældre eleverne bliver, som har en fortrolig bedste ven.

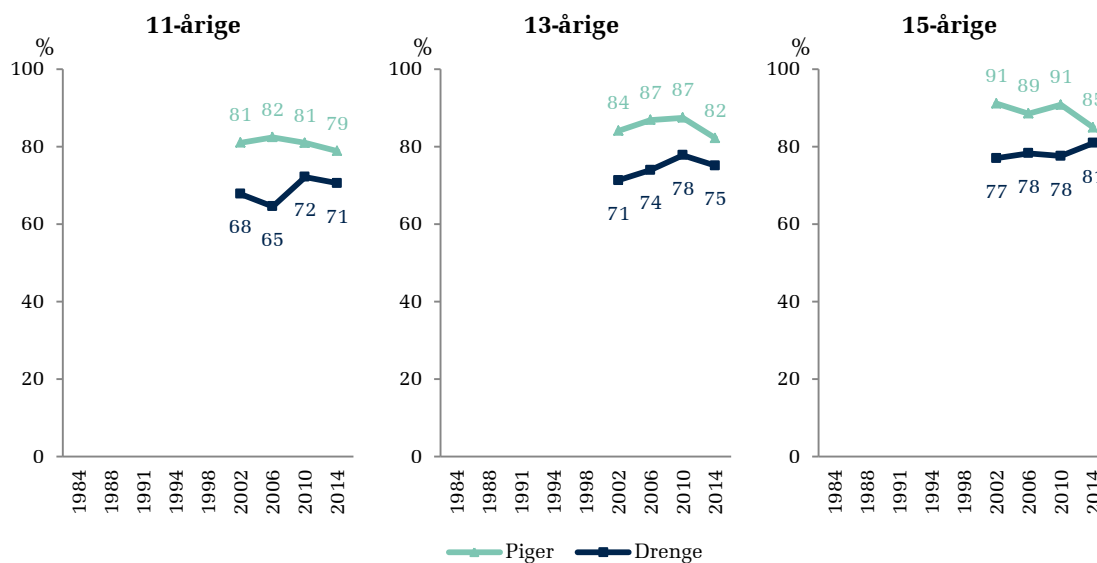
Disse tal viser samtidigt, at mellem hver fjerde og hver syvende i denne aldersgruppe ikke har en fortrolig bedste ven, de kan drøfte svære problemer med. Sammenligner vi med tallene fra foregående undersøgelser, er der et fald i andelen af piger, der kan tale fortroligt med deres bedste ven eller veninde. Dette fald er dog kun signifikant for de 15-årige piger (**Figur 6.10**).

Figur 6.9 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med bedste ven/veninde



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.10 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med bedste ven/veninde, 2002-2014

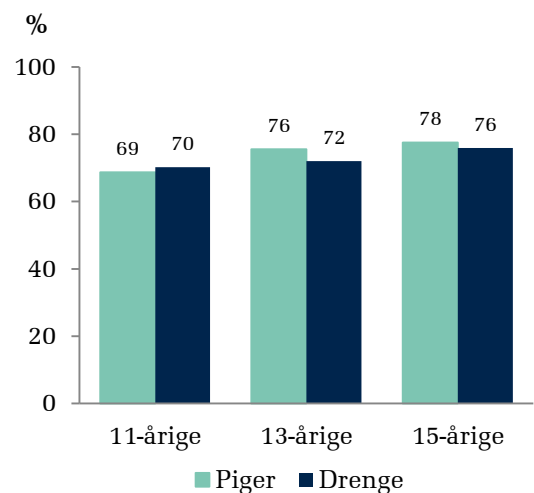


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.11 viser, at tre ud af fire elever har venner af samme køn, som de kan tale problemer med. Andelen stiger lidt med alderen for piger, men der er ellers ingen særlige forskelle relateret til alder og køn.

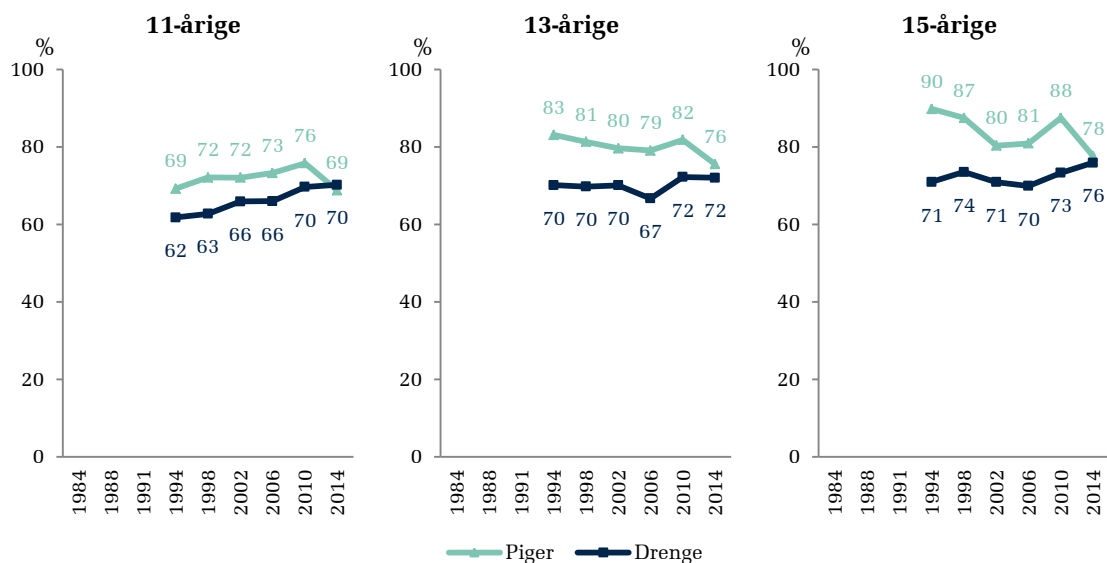
Sammenligner vi med tallene fra vore tidligere undersøgelser bliver det tydeligt, at andelen af piger, som har nemt ved at tale fortroligt med andre piger, er faldet i alle aldersgrupper, mens der blandt drengene ikke har været nogen udvikling i andelen fra sidste undersøgelse (**Figur 6.12**).

Figur 6.11 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme køn



Skolebørnsundersøgelsen 2014

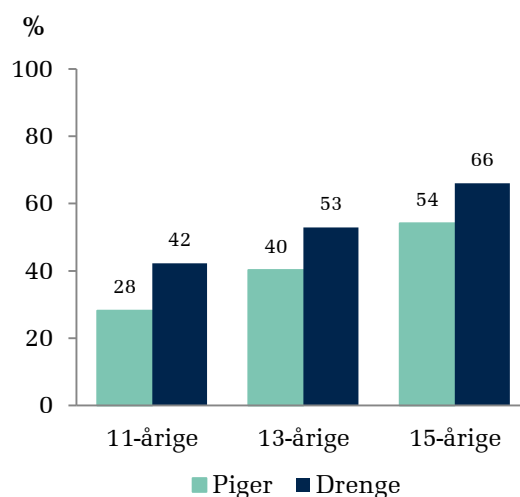
Figur 6.12 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme køn, 1994-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

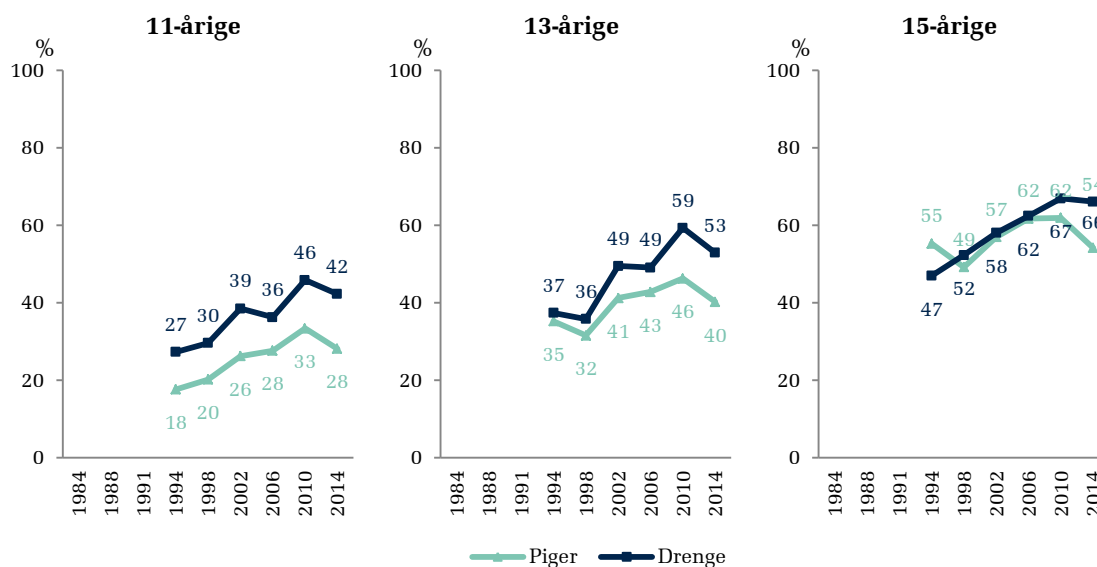
Figur 6.13 viser, at der er flere drenge end piger, som har let ved at tale med en fra det modsatte køn om problemer, som plager dem, og for både piger og drenge stiger andelen med alderen. Mens 28% af de 11-årige piger har nemt ved at tale med drenge om deres problemer, har hele 66% af de 15-årige drenge nemt ved at tale med piger om deres problemer. For eleverne i disse aldersgrupper med undtagelse af de 15-årige drenge gælder det, at der i 2014 er færre som har nemt ved at tale med venner af det modsatte køn end det var tilfældet i 2010 (**Figur 6.14**).

Figur 6.13 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af modsatte køn



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.14 Procent, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af modsatte køn, 1991-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Kontakt med venner – samvær og elektroniske medier: De 11-15-åriges samvær med venner har ændret sig betydeligt de sidste 20 år, som de digitale platforme og sociale medier i stigende grad har givet nye muligheder for kontakt og deling af sociale begivenheder og viden.

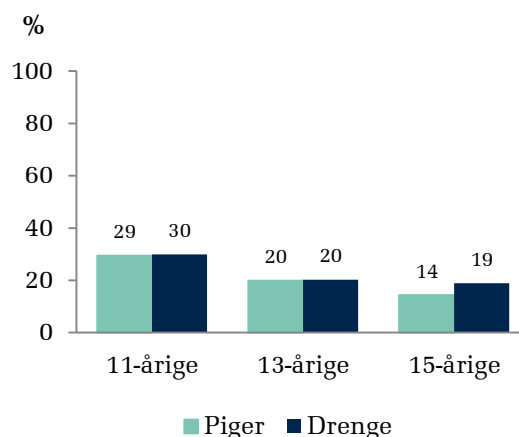
Tidligere var det sociale samvær efter skoletid og om aftenen en vigtig del af børne-unge-livet, fordi det særligt var her de unge lærte at mestre sociale kompetencer i omgivelser, hvor de kunne være alene uden voksne. Nu har børn og unge utallige veje til kontakt, og de udvikler og

fastholder venskaber på nye platforme, som hele tiden ændres og udvikles, mens nye kommer til. Hvad disse sociale redskaber betyder for udvikling af børns sociale kompetencer, for deres adgang til venskaber og for deres risiko for at falde ud af de sociale sammenhænge, ved vi endnu meget lidt om. De nedenstående afsnit beskriver de unges fysiske samvær i fritiden, men giver også tal for de unges kontakt ved hjælp af en række elektroniske medier.

Vi har i alle årene spurgt eleverne: 'Hvor mange dage om ugen er du normalt sammen med venner lige efter skole?' Med svarkategorierne: 'Ingen dage', 'En dag', 'To dage', 'Tre dage', 'Fire dage', 'Fem dage', og spurgt dem: 'Hvor mange aftener om ugen er du normalt ude med venner?' Med svarkategorierne: 'Ingen aftener', 'En aften', 'To aftener', 'Tre aftener', 'Fire aftener', 'Fem aftener', 'Seks aftener', 'Syv aftener'.

Tallene i **Figur 6.15** viser, at cirka hver tredje 11-årige er sammen med venner næsten hver dag efter skole, mens det kun gælder cirka hver sjette af de 15-årige. Der er ingen særlige forskelle mellem drenge og piger.

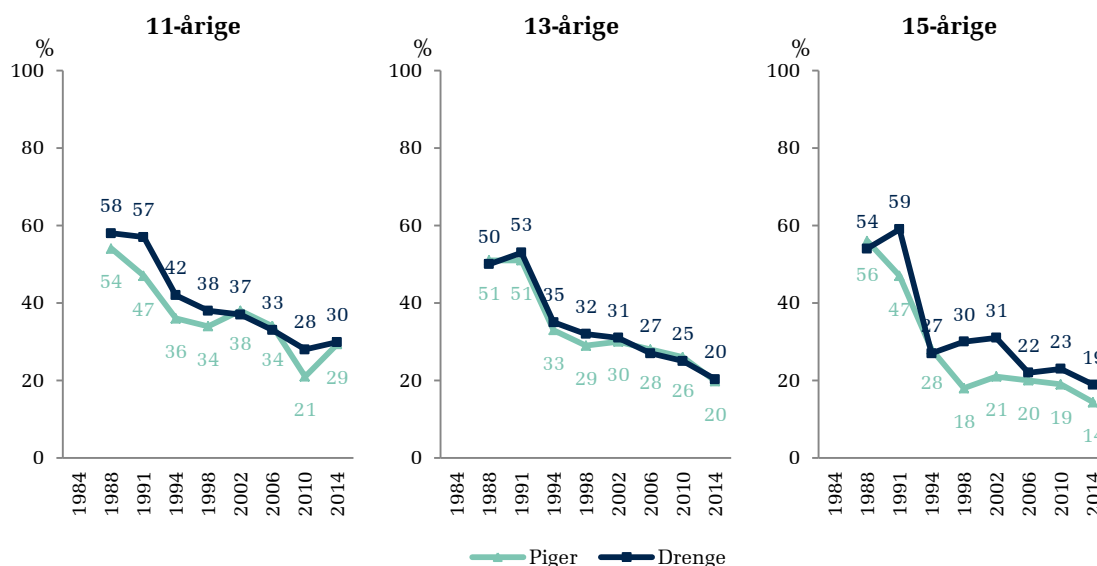
Figur 6.15 Procent, som er sammen med venner 4-5 hverdage om ugen



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Andelen af elever som ofte er sammen med venner efter skoletid har været støt faldende siden begyndelsen af 90'erne, og tendensen fortsætter blandt de ældste elever. Men i 2014 ser vi for første gang, at der er en stigning i andelen blandt de yngste piger, som ofte tilbringer skoledageftermiddagen med venner (**Figur 6.16**).

Figur 6.16 Procent, som er sammen med venner 4-5 hverdage om ugen, 1988-2014

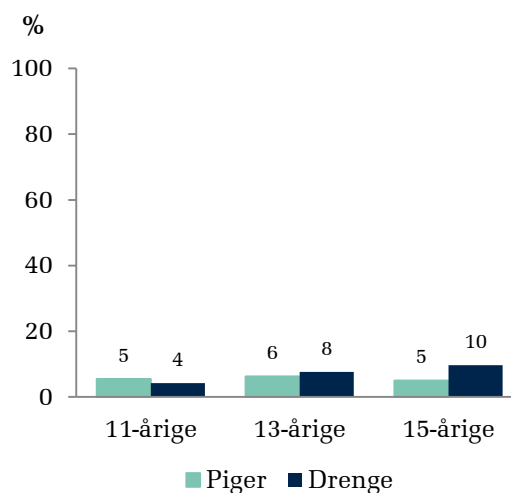


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Ser vi på andelen elever, som er sammen med venner 5 aftener om ugen eller mere, viser tallene et fortsat fald i andelen af 11-15-årige, som tilbringer mindst 5 dage om ugen ude med venner. Mellem 4% og 10% tilbringer normalt mindst 5 aftener ude med venner (**Figur 6.17**).

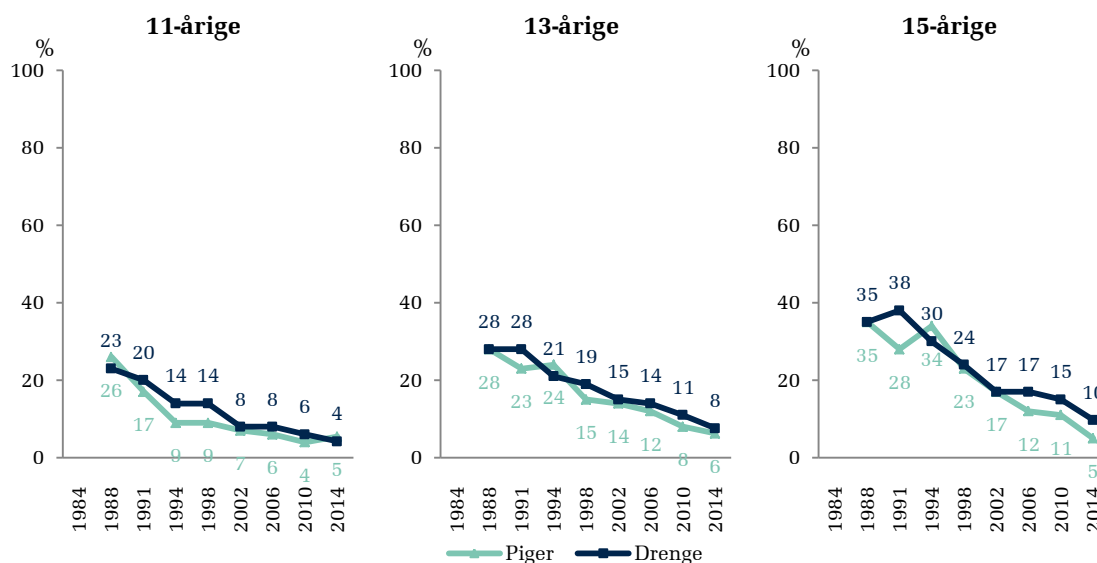
I 1988 var det hver fjerde af de yngste og hver tredje af de ældste i Skolebørnsundersøgelsen, som tilbragte næsten hver aften ude med venner, i 2014 gælder det kun mellem hver tiende og hver tyvende store skoleelev (**Figur 6.18**).

Figur 6.17 Procent, som er sammen med venner mindst 5 aftener om ugen



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 6.18 Procent, som er sammen med venner mindst 5 aftener om ugen, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Vi har i 2014-undersøgelsen spurgt ret detaljeret til elevernes måde at have kontakt med deres venner på. Vi stiller spørgsmålet: 'Hvor ofte taler du med dine venner i telefonen eller på internettet som fx Face Time eller Skype?' Med svarkategorierne: 'Næsten aldrig eller aldrig', 'Mindre end en gang om ugen', 'Ugent-

ligt', 'Dagligt'. Efterfølgende stiller vi de unge fire enslydende spørgsmål om forskellige andre former for kontakt: 'Hvor ofte kontakter du dine venner på SMS/ e-mail/ tekstbeskeder på internettet (fx Facebook chat)/ andre sociale medier som fx Facebook (ikke chat), Twitter, Instagram eller onlinespil?' Alle spørgsmålene

med samme svarkategorier, som beskrevet ovenfor. **Tabel 6.1** viser hvor stor en andel af eleverne, der dagligt har kontakt med venner over telefon eller elektroniske medier.

Mellem 28% og 47% af de 11-15-årige taler dagligt sammen telefonisk eller via net-tjenester. Andelen er i alle aldersgrupper højest blandt drengene, hvor der i alle aldersgrupper er mellem 42% og 47% som dagligt taler med deres venner ad denne vej. Blandt pigerne stiger andelen med alderen, fra 28% blandt de yngste piger til 40% blandt de 15-årige piger.

Der er flere piger, som dagligt kontakter deres venner via sms, end der taler med hinanden, og andelen for denne kontaktmåde er i alle aldersgrupper højere for pigerne. Mens hver tredje 11-årig pige dagligt kontakter venner via sms, gælder det kun hver femte dreng, og for de 15-årige piger er to ud af tre i daglig sms-kontakt med deres venner, mens det kun gælder 43% af drengene. Der er kun 4% af de 15-årige piger, som aldrig eller næsten aldrig kontakter venner med sms, mens 15% af drenge i den alder aldrig kontakter venner via sms.

Andelen af elever med daglig kontakt via tekstbeskeder stiger med alderen fra 19% hos de 11-årige til 53% blandt de 15-årige drenge og 60 % blandt de 15-årige piger. I den ældste aldersgruppe er det kun 8% som aldrig eller næsten aldrig har kontakt med deres venner via tekstbeskeder.

Mere end hver fjerde 11-årig og næsten hver tredje 15-årig har dagligt brugt sociale medier til at have kontakt med deres venner, men der er samtidigt næsten en tredjedel af de 11-årige og cirka 20% af de 15-årige, som sjældent eller aldrig bruger de sociale medier, som kontaktvej til deres venner.

Meget få af eleverne i denne aldersgruppe bruger e-mail til at holde kontakt med deres venner. Under 5% af eleverne i alle aldersgrupper har kontakt med venner gennem e-mail hver uge, og 88-90% i alle grupper har aldrig eller

næsten aldrig kontakt til deres venner ad denne vej.

Der er en stor andel af eleverne, som er i daglig kontakt med deres venner via mindst én af formerne for elektroniske medier, fra 51% af de 11-årige til 78% blandt de 15-årige. Under 6% af eleverne i alle aldersgrupper har aldrig eller næsten aldrig kontakt med venner via de elektroniske medier.

Tabel 6.1 Procent, som er i kontakt med venner over telefon og elektroniske medier

	Piger 11-årige	Drenge 11-årige	Piger 13-årige	Drenge 13-årige	Piger 15-årige	Drenge 15-årige	Total
Taler dagligt med venner i telefonen eller over internettet	28	42	30	44	40	47	38
Har dagligt kontakt med venner over SMS	34	23	51	33	65	43	42
Har dagligt kontakt med venner gennem tekstbeskeder (fx facebook eller chat)	19	19	44	41	60	53	40
Daglig kontakt med venner på sociale medier	26	26	29	28	31	33	29
Ugentlig kontakt med venner over e-mail	3	5	4	3	4	3	4
Daglig kontakt med venner over telefon og medier	51	51	65	62	79	76	64
Aldrig eller næsten aldrig kontakt med venner over telefon og medier	5	6	1	4	1	1	3

7 Sundhedsadfærd

Børn og unges sundhedsadfærd har stor indflydelse på deres helbred og trivsel både i barndommen og ungdommen, men også i voksenlivet. Forskning viser, at den sundhedsadfærd, som er grundlagt i barndom og ungdom, med stor sandsynlighed videreføres ind i voksenlivet. Derfor er det vigtigt at have fokus på børn og unges sundhedsadfærd. Derudover er sundhedsadfærd lettere at påvirke end fx sociale forhold og de kroniske sygdomme, man allerede har erhvervet sig. Udvikling af positive ændringer i sundhedsadfærd er dermed et vigtigt mål i det sundhedsfremmende arbejde.

Forskergruppen bag Skolebørnsundersøgelsen definerer sundhedsadfærd som 'de handlinger, man udfører for sig selv eller andre, og som på længere sigt fører til sundhed'. 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 ('... medfører sundhed') snarere end ved sin intention om at blive sund.

7.1 Tobak

Anette Andersen & Lotus Sofie Bast

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 stadig en af de væsentligste årsager til for tidlig død og rygning medfører en væsentligt forøget risiko for at blive syg – ofte med en stærkt forringet livskvalitet til følge. Det har således et stort folkesundhedsmæssigt potentiale at forebygge rygning, og det er afgørende at prioritere forebyggelse rettet mod unge. 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.

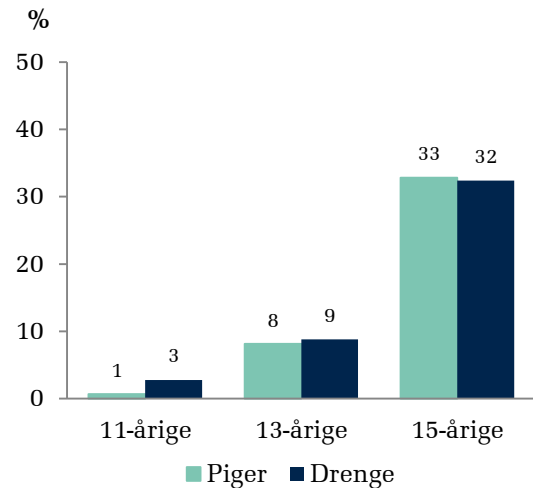
Årsagerne til, at unge begynder at ryge, er mange. Mange års forskning viser, at årsagsnettet bag unges rygevaner er kompliceret og involverer mange faktorer. Det er veldokumenteret, at unge typisk begynder at ryge, fordi familiemedlemmer eller kammerater ryger. Vi ved, at børn og unge, hvis forældre, søskende og/eller ven/veninde er rygere, har langt større risiko for selv at begynde at ryge, sammenlignet med andre unge, som lever i omgivelser, hvor der ikke ryges. Denne viden er afgørende for at kunne gennemføre effektiv rygeforebyggelse blandt børn og unge.

Rygeforebyggelse kan blandt andet ske ved lovmæssige indgreb. For at beskytte danskerne mod de skader, som både egen og passiv rygning medfører, har vi i Danmark i dag en rygelovgivning, der gør det forbudt at ryge på offentlige steder, eksempelvis på arbejdspladser, skoler, i kollektive transportmidler og på serveringssteder. 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.

I Skolebørnsundersøgelsen har vi spurgt eleverne, hvor mange dage i hele deres liv, de har røget cigaretter. Figur 7.1 viser, at under 3% af de 11-årige drenge og piger har prøvet at ryge, hvorimod en tredjedel af de 15-årige drenge og piger har prøvet at ryge cigaretter (**Figur 7.1**).

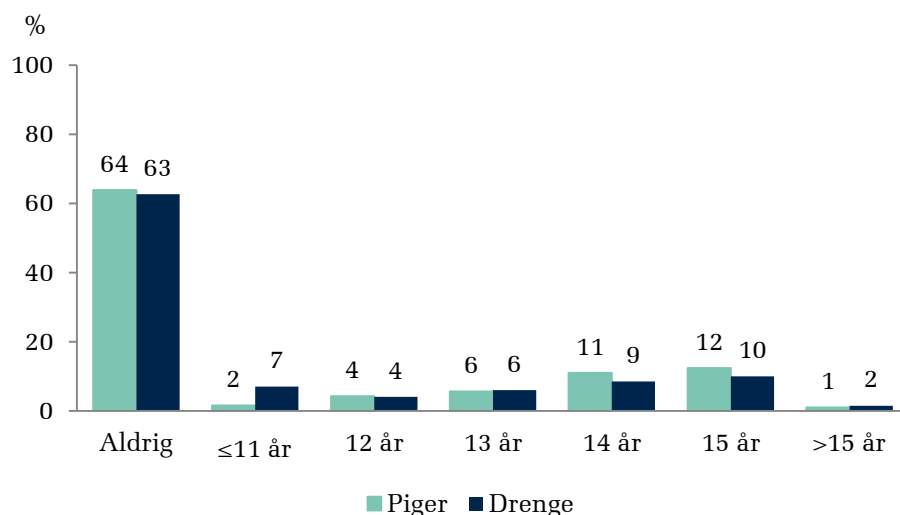
Vi har desuden spurgt eleverne om, hvor gamle de var første gang, de røg en cigaret. Det ser ud til, at helt tidlig rygedebut oftere finder sted blandt drengene end pigerne, men derefter ses der ikke nogen kønsforskelle (**Figur 7.2**).

Figur 7.1 Procent, der nogensinde har røget



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.2 Alder for rygedebut (rapporteret af elever i niende klasse)

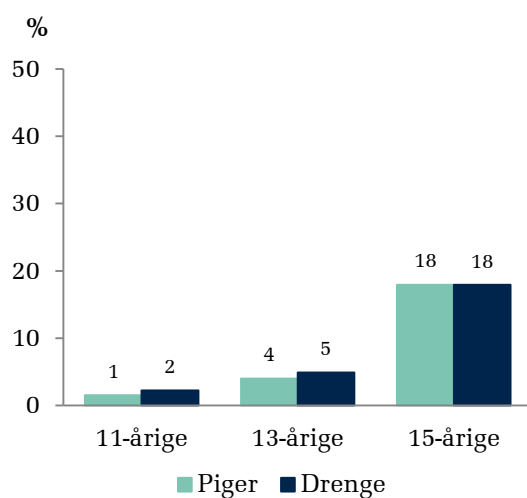


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Vi har også spurgt eleverne, hvor ofte de ryger. Hertil kunne de svare 'hver dag', 'ikke hver dag, men hver uge', 'sjældnere end hver uge' eller 'jeg ryger ikke'. **Figur 7.3** og **Figur 7.4** viser, hvor stor en andel af de 11-, 13- og 15-årige, der ryger dagligt, ugentligt eller en gang imellem, og hvor stor en andel, der ryger dagligt blandt piger og drenge i de tre aldersgrupper. Meget få 11-årige elever ryger. 4-5% af de 13-årige piger og drenge ryger dagligt, ugentligt

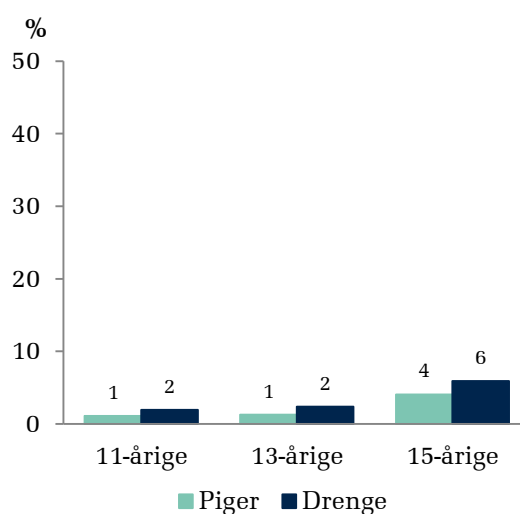
eller sjældnere, heraf ryger 1-2% dagligt. Hver femte 15-årige elev ryger nogle gange (dagligt, ugentligt eller sjældnere) og 4-6% af dem er daglige rygere. Der er ikke nævneværdige kønsforskelle.

Figur 7.3 Procent, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.4 Procent, som ryger dagligt

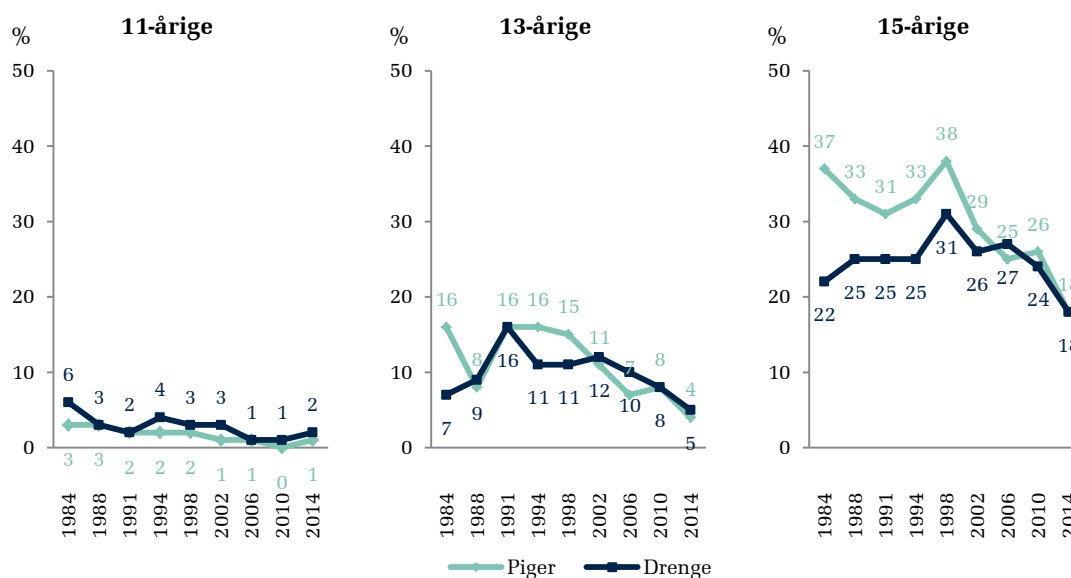


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Siden Skolebørnsundersøgelsens begyndelse er andelen af unge, som ryger (dagligt, ugentligt eller sjældnere) faldet over tid (**Figur 7.5**). Dette fald er fortsat fra 2010 til 2014 for de 13- og 15-årige drenge og piger. Andelen af daglige rygere har blandt de 11-13-årige været næsten konstant gennem årene. For de 15-årige har forekomsten siden 1998 været markant faldende (**Figur 7.6**).

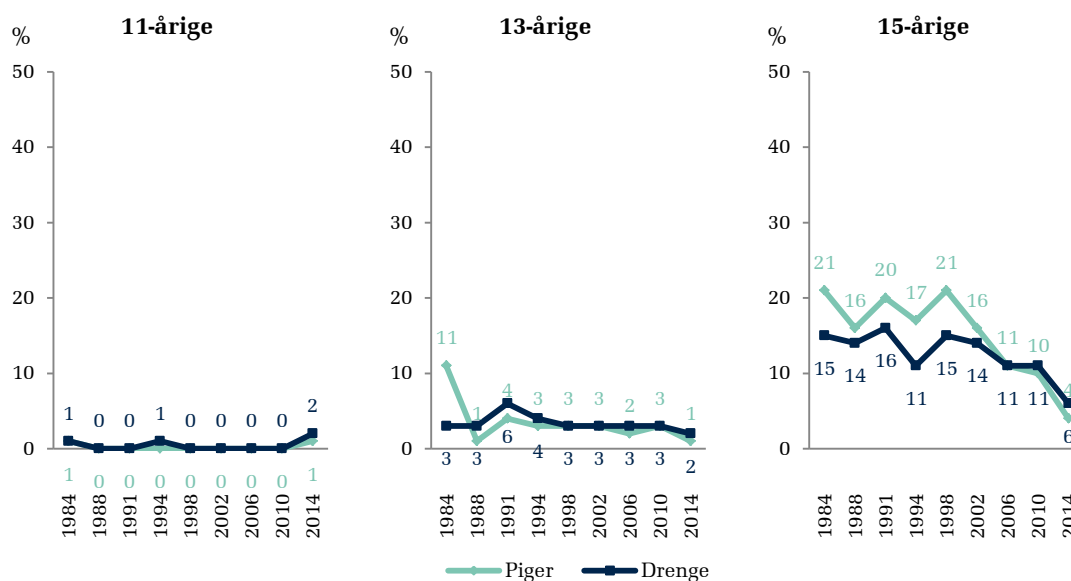
Den forskel, man i de tidligere undersøgelser så mellem pigernes og drengenes rygevaner, er forsvundet de senere år. For begge figurer gælder, at for de 11-årige er forekomsten så lav, at der er usikkerhed om tendensen.

Figur 7.5 Procent, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.6 Procent, som ryger dagligt, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.2 E-cigaretter

Anette Andersen & Pernille Due

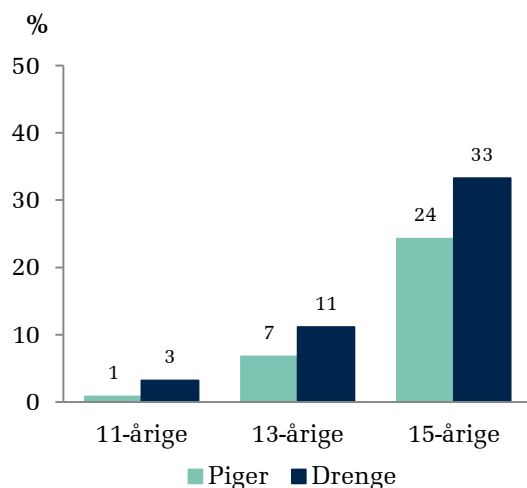
E-cigaretter (elektroniske cigaretter) er et relativt nyt produkt på markedet, og forskningen i børn og unges brug af e-cigaretter er derfor også ny. Sandsynligvis er der ikke de samme sundhedsskadelige effekter af at ryge e-cigaretter som af at ryge almindelige cigaretter, men langtidskonsekvenserne – og konsekvenserne for børn og unge – kendes ikke. Man ved endnu heller ikke, om brug af e-cigaretter blandt børn og unge kan være starten på et forbrug af almindelige cigaretter.

Amerikanske studier viser, at fra 2011 til 2012 er andelen af 11-12 årige elever, der har prøvet at bruge e-cigaretter steget fra 1,4% til 2,7%, hvorimod det blandt ældre elever er steget fra 4,7% til 10%. Der findes meget få tal på danske unges forbrug af e-cigaretter. Sundhedsstyrelsens undersøgelse af danskernes rygevaner fra 2012 viste, at blandt de 15-19-årige dampede 3% e-cigaretter.

I Skolebørnsundersøgelsen 2014 har vi for første gang inkluderet spørgsmål om brug af e-cigaretter. Vi har spurgt eleverne, hvor mange dage de i hele deres liv har røget e-cigaretter (forbrug nogensinde), og hvor mange dage de inden for de sidste 30 dage har røget e-cigaretter (aktuelt forbrug).

Samlet set har 13% af de 11-, 13- og 15-årige danske drenge og piger svaret, at de har prøvet at ryge e-cigaretter. Tallene stiger fra én procent blandt de 11-årige piger og 3% blandt de 11-årige drenge til 24% af de 15-årige piger og 33% af de 15-årige drenge. Blandt de ældste elever, er der således en større andel af drengene end af pigerne, som har prøvet at ryge e-cigaretter (**Figur 7.7**).

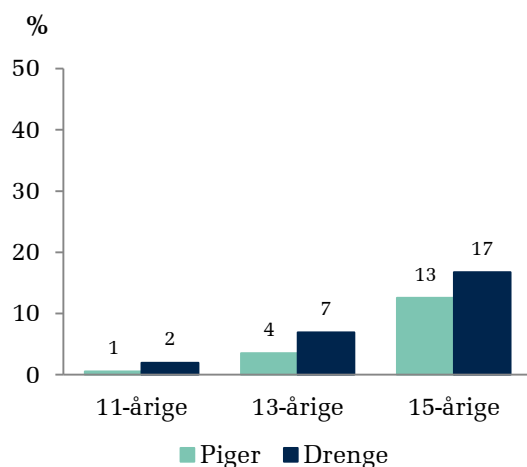
Figur 7.7 Procent, som har prøvet at ryge e-cigaretter



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Hvis man kigger på, hvor mange der har røget e-cigaretter inden for den sidste måned, gælder dette i gennemsnit for 7% af de 11-15-årige. Igen stiger tallene med alderen fra én procent af de 11-årige piger og 2% af de 11-årige drenge til 13% af de 15-årige piger og 17% af de 15-årige drenge. Også her ses en højere forekomst blandt drenge end blandt piger (**Figur 7.8**).

Figur 7.8 Procent, som har røget e-cigaretter inden for den seneste måned



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Trods forskelle i spørgemetoder mellem Sundhedsstyrelsens undersøgelse og Skolebørnsundersøgelsen – Sundhedsstyrelsen har spurgt til, om man bruger e-cigaretter, hvor vi i Skolebørnsundersøgelsen har spurgt, hvor mange dage man inden for den sidste måned har røget e-cigaretter – ser der ud til at være sket en stigning i unges brug af e-cigaretter over de sidste par år, fra 3% i Sundhedsstyrelsens undersøgelse af 15-19-årige i 2012 til 15% blandt de 15-årige i 2014. Sundhedsstyrelsen har spurgt til, hvilken væske man bruger i e-cigaretterne. En tredjedel af de unge svarede, at de altid brugte nikotinholdig væske. I Skolebørnsundersøgelsen har vi ikke tal på, hvor mange som anvender nikotinholdig væske. Når man sammenligner tallene for rygning med ovenstående tal, ses det, at dampning af e-cigaretter er en næsten ligeså hyppig adfærd blandt unge, som rygning. Der er derfor god grund til fremadrettet at holde godt øje med udviklingen, og at sikre sig et bedre vidensgrundlag, når det gælder korttids- såvel som langtidseffekter af at dampe e-cigaretter i en ung alder.

7.3 Alkohol

Pernille Bendtsen & Anette Andersen

Mange unge forbinder alkohol med ungdomslivet, og danske børn og unge drikker primært til fester i weekenden og i selskab med andre unge. På den måde kan alkohol udgøre et samlingspunkt i ungdomsgrupper og være med til at bekræfte den unges identitet og tilhørsforhold til særlige vennegrupper.

Sammenlignet med andre lande drikker danske unge relativt meget. I den seneste internationale HBSC undersøgelsesrunde fra 2010, som Skolebørnsundersøgelsen er en del af, har Danmark den højeste andel af 15-årige, der har været fuld to eller flere gange. En kedelig rekord som danske unge har haft i mange år.

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 megen tid med deres kammerater, der ofte også har et stort alkoholforbrug. De

fleste af disse unge har gode relationer til deres forældre, og de trives godt i skolen.

De unges høje alkoholforbrug kan dog have en række negative konsekvenser både på kort og lang sigt. Unge, der drikker meget, er i øget risiko for at blive involveret i trafikulykker, i slagsmål, have ubeskyttet samleje og blive alkoholforgiftet. Samtidig peger flere studier på, at unge, der drikker meget og starter tidligt, har større risiko for at få alkoholrelaterede problemer senere i livet. Derfor er forebyggelse af alkoholforbrug blandt unge vigtigt for folkesundheden.

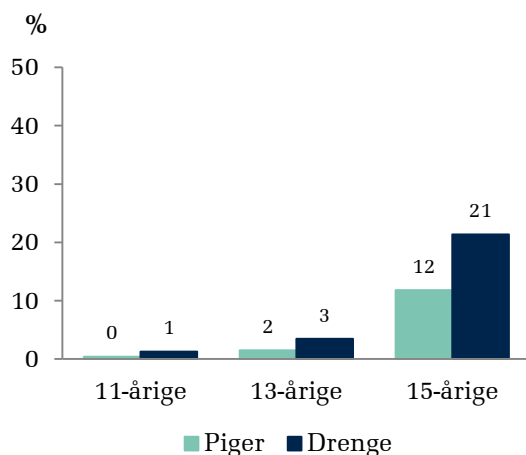
Der er mange forskellige faktorer, der har betydning for unges alkoholforbrug. Forældrenes eget alkoholforbrug og deres normer omkring de unges alkoholforbrug har vist sig at have stor betydning for, hvor meget de unge drikker, og hvor tidligt de begynder at drikke. Unge, der oplever, at deres forældre accepterer, at de drikker alkohol, har et større alkoholforbrug end unge, der oplever, at forældrene er stærke modstandere. Herudover har den unges personlighed, venner, skolemiljø og den alkohol-

kultur de unge vokser op i stor betydning for de unges forbrug. For eksempel er der en sammenhæng mellem alkoholkulturen i omgivelserne og de unges eget alkoholindtag.

Figur 7.9 og **Figur 7.10** 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-årsalderen, især er stigningen stor fra de 13-årige til de 15-årige.

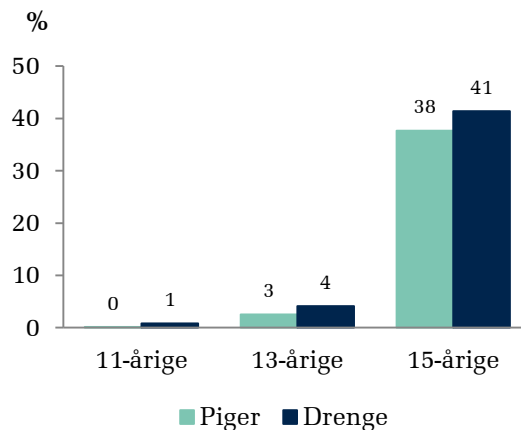
Andelen, der drikker alkohol ugentligt, stiger fra 2% blandt de 13-årige piger og 3% blandt de 13-årige drenge til henholdsvis 12% og 21% blandt de 15-årige. For fuldskab er forskellen endnu mere markant med 3% af de 13-årige piger og 4% af de 13-årige drenge til henholdsvis 38% og 41% blandt de 15-årige. Der er næsten dobbelt så mange drenge som piger, der drikker ugentligt blandt de 15-årige.

Figur 7.9 Procent, som drikker alkohol mindst en gang ugentligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.10 Procent, som har været fulde mindst to gange

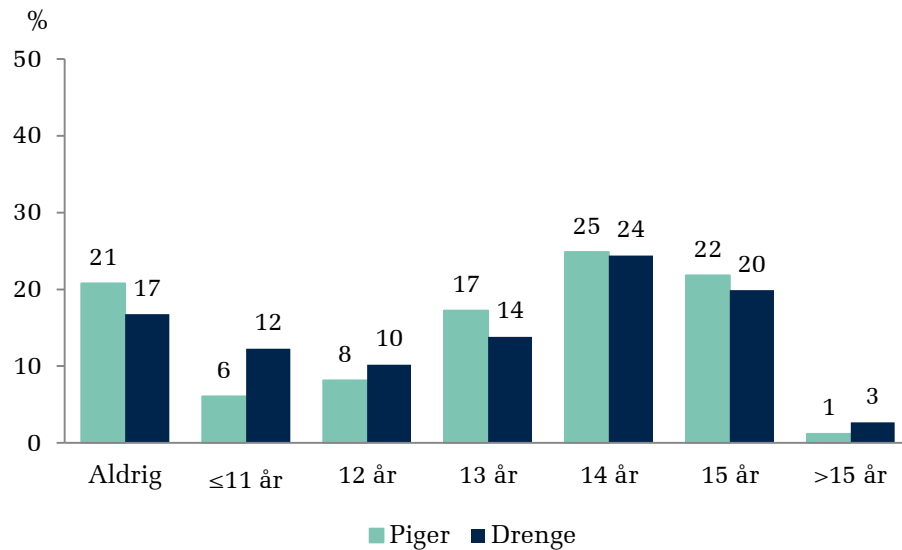


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.11 og **Figur 7.12** 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 14- eller 15-årige, og de fleste er fulde første gang som 15-årige. Hvis vi sammenligner tallene fra 2014-undersøgelsen med Skolebørnsundersøgelsen fra 2010, finder vi, at elevernes alkoholdebut og fuldskabsdebut er

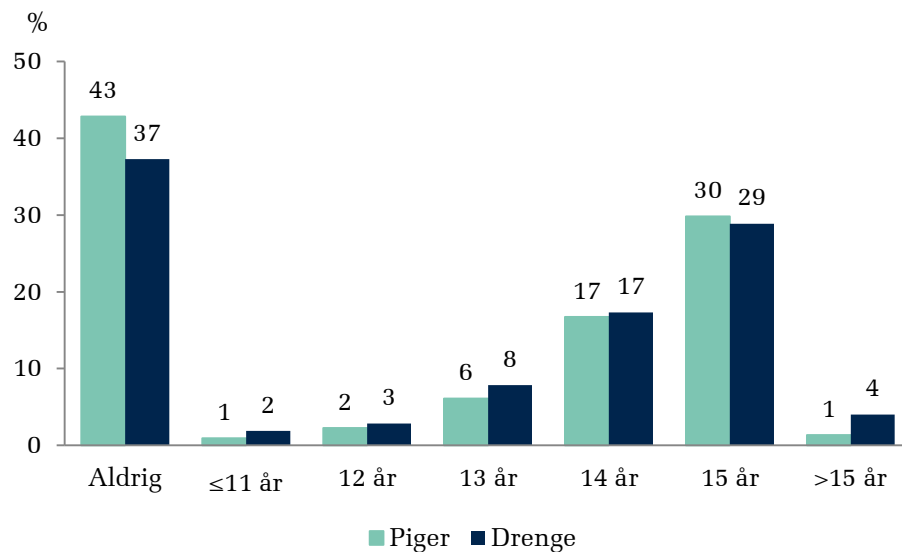
blevet udskudt, og at der er flere af de 15-årige, der endnu ikke har haft deres alkohol- og fuldskabsdebut i 2014 undersøgelsen. For eksempel havde 28% af de 15-årige drenge og piger ikke været fulde i 2010-undersøgelsen. I 2014-undersøgelsen er andelen, der ikke har prøvet at være fuld steget til 43% blandt pigerne og 37% blandt drengene.

Figur 7.11 Alder ved alkohol-debut (rapporteret af elever i niende klasse)



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.12 Alder ved fuldskabs-debut (rapporteret af elever i niende klasse)

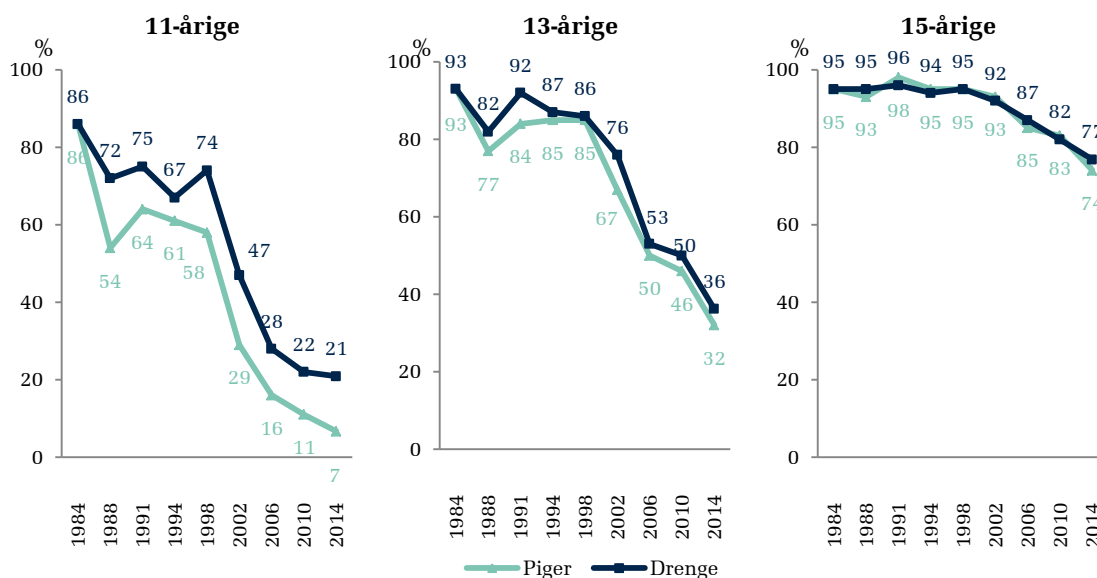


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Andelen af 11- og 13-årige, som har prøvet at drikke alkohol er faldet markant fra slutningen af 1990'erne og frem til 2014. Hvad angår de 11-årige, var der i 1984 86% af både drengene og pigerne, der havde prøvet at drikke alkohol.

I 2014 er andelen faldet til 21% for drengene og 7% for pigerne. For de 15-årige ses også et fald, omend mindre tydeligt end faldet i de øvrige aldersgrupper (**Figur 7.13**).

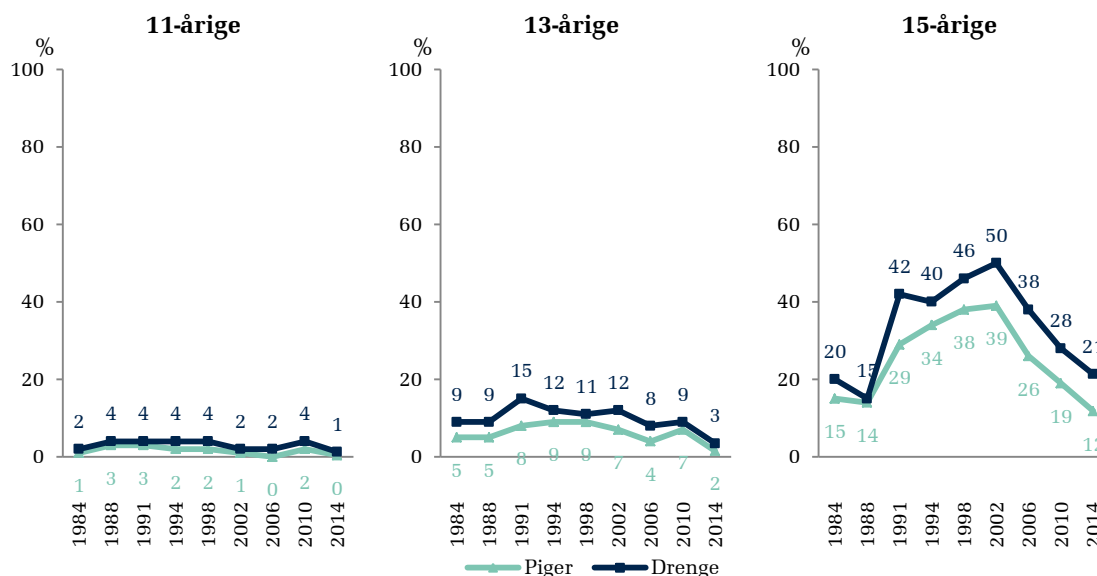
Figur 7.13 Procent, som har prøvet at drikke alkohol, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Når vi ser på udviklingen i andelen af unge, der har drukket alkohol mindst hver uge, har udviklingen blandt de 11- og 13-årige været relativt stabil med et mindre fald blandt de 13-årige fra 1990'erne og frem. Blandt de 15-årige var forekomsten af unge, som drak ugentligt stigende frem til 2002, hvorefter der er sket et markant fald i andelen af både piger og drenge, som drikker alkohol ugentligt (**Figur 7.14**).

Figur 7.14 Procent, som drikker alkohol mindst ugentligt, 1984-2014

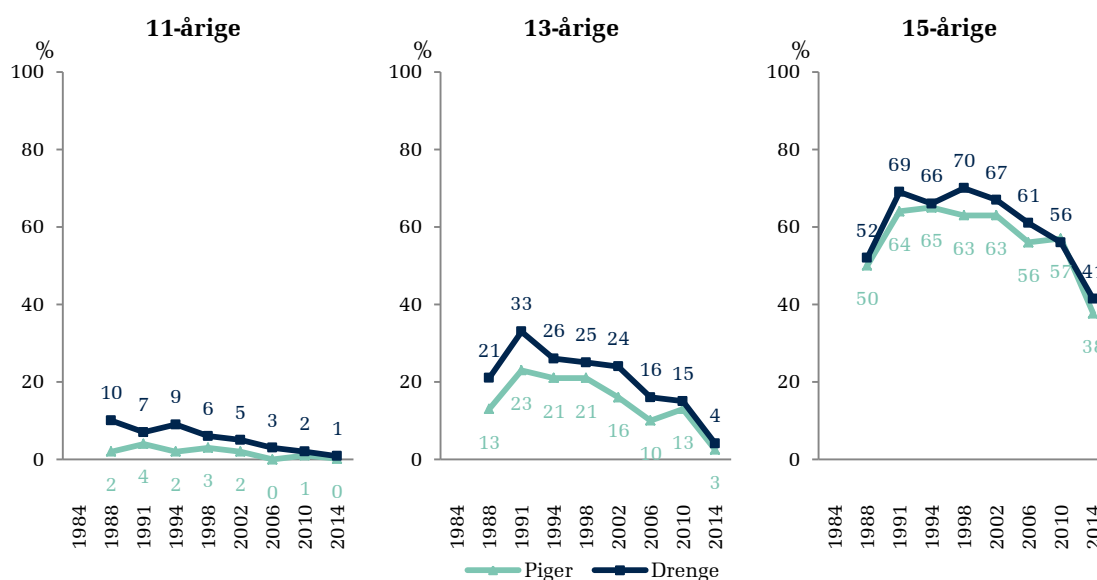


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.15 over udviklingen i erfaringer med fuldskab viser, at andelen, som har været fulde mindst to gange er faldet støt fra 1998 og frem til 2014, fx fra 70% til 41% blandt de 15-årige drenge og fra 63% til 38% blandt pigerne. Det mest markante fald i forekomsten af fuldskab er sket over de seneste fire år. Vi kan ikke pege

på entydige årsager til faldet i unges alkoholforbrug, men faldet kan afspejle det øgede fokus, der har været på at forebygge helt unges alkoholforbrug, ændrede holdninger til alkohol i familierne, indsatser på skolerne samt indførelsen af forbud mod salg af alkohol til unge under 16 år i 2004.

Figur 7.15 Procent, som har prøvet at være fulde mindst to gange, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.4 Hash

Trine Pagh Pedersen

Et stort forbrug af hash kan være skadeligt for de unges helbred. Ligeledes kan hashrygning mindske læring og øge risikoen for en række psykosociale problemer. Derfor udgør hashrygning et vigtigt tema i en undersøgelse af unges sundhedsadfærd. 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 det internationale ESPAD-projekt.

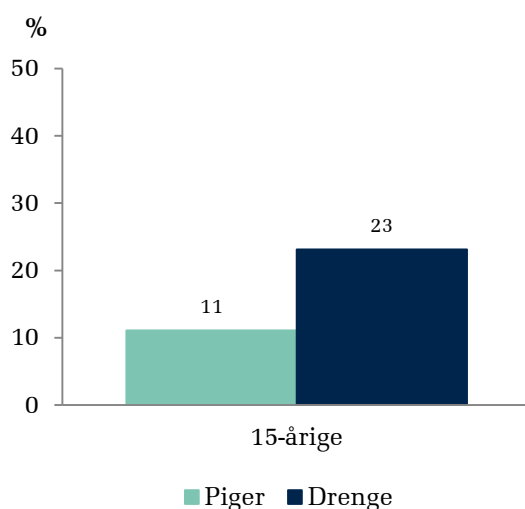
Vi har dog siden 2002 spurgt til de 15-årige elevers erfaringer med hash, omend der har været en vis variation i de anvendte spørgsmål.

I 2014 har vi stillet eleverne i niende klasse spørgsmål, om de nogensinde har røget hash, og hvor ofte de har røget hash indenfor de sidste 30 dage. Disse spørgsmål giver os mulighed for at skelne mellem andelen af unge, som har prøvet at ryge hash, og andelen, som er regelmæssige brugere.

Figur 7.16 viser, at det særligt er de 15-årige drenge, der har prøvet at ryge hash, nemlig næsten hver fjerde dreng, mens dette gælder cirka hver tiende pige.

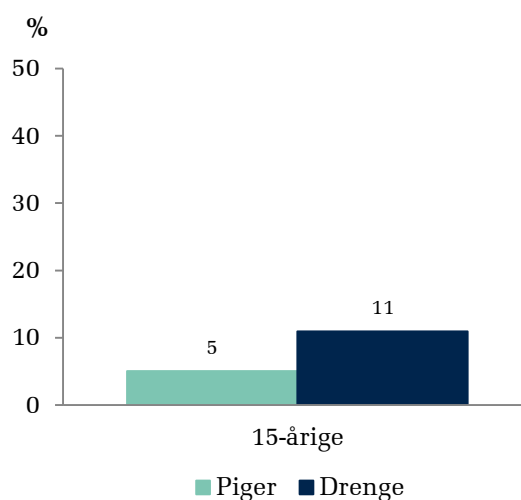
Når vi ser på andelen af regelmæssige brugere, er det 5% af de 15-årige piger, der har røget hash den seneste måned og 11% af de 15-årige drenge (**Figur 7.17**).

Figur 7.16 Procent, som har prøvet at ryge hash



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.17 Procent, som har røget hash indenfor den seneste måned



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.5 Fysisk aktivitet

Mette Rasmussen

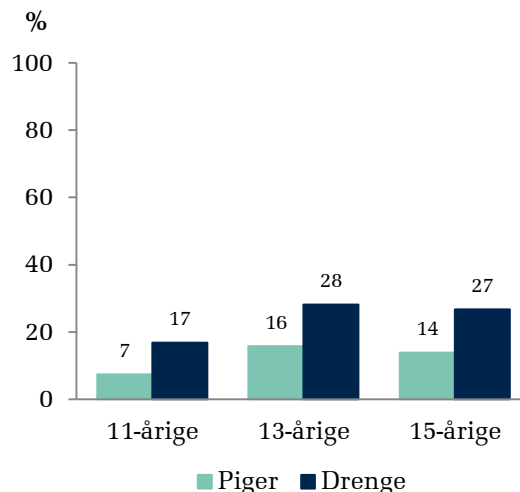
Fysisk aktivitet er enhver bevægelse, som øger energiomsætningen. Fysisk aktivitet dækker over et bredt spektrum af aktiviteter, og ofte anvendes også termene motion, sport, træning og bevægelse. Fysisk aktivitet kan finde sted i forbindelse med organiserede og bevidste aktiviteter, som fx hård træning i et fitnesscenter eller til den ugentlige håndboldtræning. Ligeledes kan fysisk aktivitet finde sted på mere ustruktureret vis, fx ved leg og ved aktiv transport til og fra skole. Inaktive personer er således karakteriseret ved ingen fysisk aktivitet – hverken organiseret eller ustruktureret fysisk aktivitet.

De helbredsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet er mange og veldokumenterede. Et aktivt liv har positiv indflydelse på hjerte, kredsløb, muskelstyrke, balance og på hormon- og immunsystemet. Ligeledes er der positive konsekvenser af fysisk aktivitet for læring og også for en række psykosociale faktorer, fx generel trivsel.

I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi til elevernes niveau af fysisk aktivitet på forskellig vis. Her viser vi resultaterne for hård fysisk aktivitet (Vigorous Physical Activity, VPA). Vi har spurgt eleverne, hvor mange timer om ugen de dyrker sport eller motion, som gør dem svedige eller forpustede.

Af **Figur 7.18** fremgår det, hvor stor en del af eleverne, som i fritiden udfører hård fysisk aktivitet i mindst 7 timer om ugen. Både blandt pigerne og drengene er forekomsten lavest blandt de yngste. Blandt pigerne udgør andelen, som er fysisk aktive mindst 7 timer om ugen, 7%, mens den blandt de 13- og 15-årige er henholdsvis 16% og 14%. Blandt drengene er forekomsten 17% blandt de 11-årige, mens henholdsvis 28% og 27% af de 13- og 15-årige drenge dyrker hård fysisk aktivitet mindst 7 timer om ugen. I alle tre aldersgrupper er forekomsten af meget fysisk aktive elever cirka dobbelt så stor blandt drengene sammenlignet med pigerne.

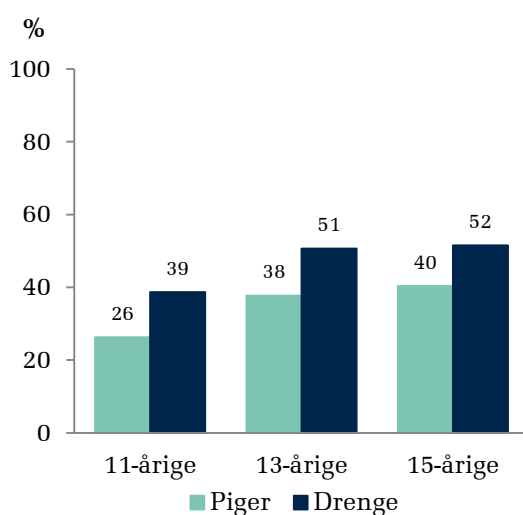
Figur 7.18 Procent, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 7 timer om ugen i fritiden



Skolebørnsundersøgelsen 2014

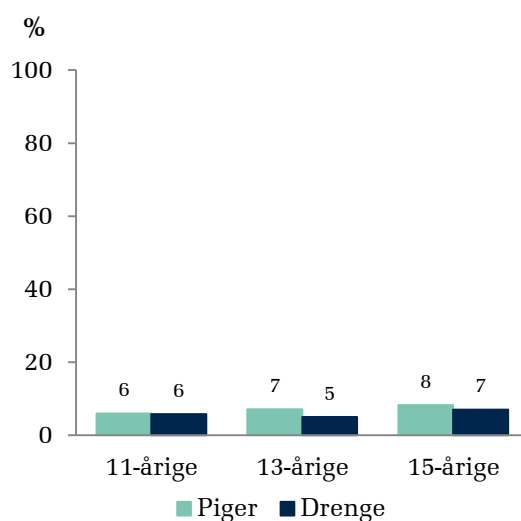
Figur 7.19 viser, hvor stor en andel af eleverne, der i fritiden dyrker hård fysisk aktivitet i mindst 4 timer om ugen. De rammer, som kendetegnede danske skoleelevers idrætsundervisning i foråret 2014 (før implementering af Skolereformen 2014), betød, at elever, som har rapporteret i fritiden at dyrke mindst 4 timers hård fysisk aktivitet om ugen med stor sandsynlighed har opfyldt Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Disse lyder, at børn og unge bør være fysisk aktive af moderat til hård intensitet mindst en time om dagen. Som det fremgår af figuren, er der en stor del af eleverne, som ikke lever op til disse. For både drenge og piger er andelen af elever, som i fritiden er fysisk aktive mindst 4 timer om ugen, lavest blandt de 11-årige, hvor det gælder cirka hver fjerde 11-årige pige og cirka hver tredje 11-årige dreng. For de 13- og 15-årige drenge er det cirka halvdelen, som lever op til anbefalingerne, mens dette gælder for omtrentligt 40% af de 13- og 15-årige piger. Igen ses det, at en større andel af drengene generelt lever op til anbefalingerne sammenlignet med pigerne.

Figur 7.19 Procent, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen i fritiden



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.20 Procent, som udfører 0 timers hård fysisk aktivitet om ugen i fritiden

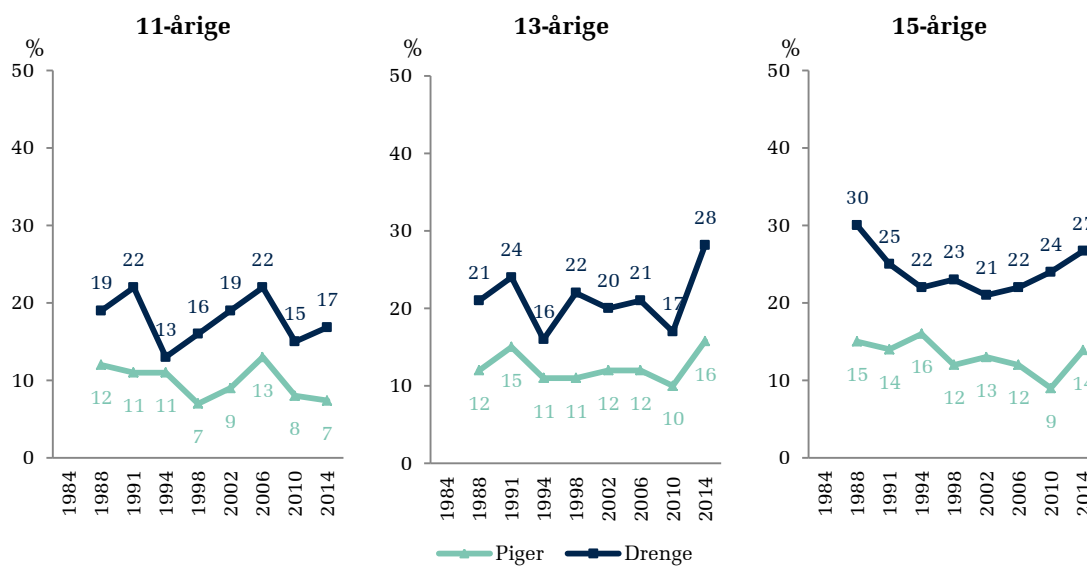


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Ligesom det er vigtigt at belyse, hvor stor en andel af danske elever, som er fysisk aktive, er det afgørende også at betragte den andel, som ingen hård fysisk aktivitet dyrker. **Figur 7.20** viser, hvor stor en andel af eleverne, som i deres fritid dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet om ugen. Som det ses er der ikke stor forskel mellem drenge og piger og mellem de forskellige aldersgrupper. Andelen varierer mellem 5% og 8%.

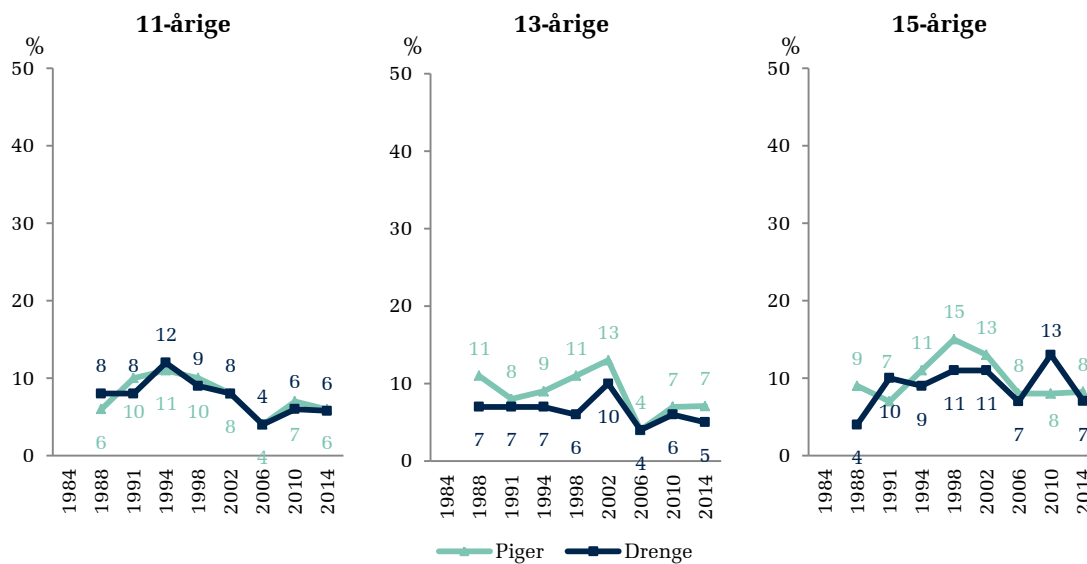
Betrager vi udviklingen over tid, så fremgår det af **Figur 7.21**, at andelen af meget aktive piger har været relativt konstant gennem årene, dog flere steder med tendenser til et fald fra 2006 til 2010. For drengene har mønstret været mere svingende og særligt blandt de 13-årige, sås et fald fra 2006 til 2010. Betragter vi den seneste periode fra 2010 til 2014, så har der været en række positive udviklinger. Dette gælder for både 13-årige piger og drenge samt for 15-årige piger, hvor andelen af meget aktive elever er steget. Desværre ser den seneste udvikling ikke ud til at have kompenseret for den negative udvikling blandt de yngste elever fra 2006 til 2010. Den laveste andel af elever, som i fritiden dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet blev observeret i 2006, hvorefter den frem til 2010 generelt igen viste stigende tendens. Over den seneste periode synes niveauerne fra 2010 generelt at være fastholdt. Et sted ses dog en positiv udvikling, nemlig blandt de 15-årige drenge, hvor andelen er faldet fra 13% i 2010 til 7% i 2014 (**Figur 7. 22**).

Figur 7.21 Procent, som dyrker mindst 7 timers hård fysisk aktivitet om ugen i fritiden, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.22 Procent, som udfører 0 timers hård fysisk aktivitet om ugen i fritiden, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.6 Stillesiddende adfærd

Mette Rasmussen

Stillesiddende adfærd defineres som aktiviteter, der typisk foregår liggende eller siddende, og som derfor er karakteriseret ved et meget lavt energiforbrug. I en stadigt stigende erkendelse af, at stillesiddende adfærd har en negativ indflydelse på helbredet – både blandt voksne og blandt børn og unge – har der over de seneste årtier været et voksende fokus på stillesiddende adfærd som en betydende parameter indenfor folkesundheden. Blandt voksne ses sammenhænge mellem et stort omfang af stillesiddende adfærd og øget risiko for tidlig død, hjertekarsygdom, overvægt og type-II-diabetes. For børn og unge er der særligt dokumenteret en sammenhæng med overvægt.

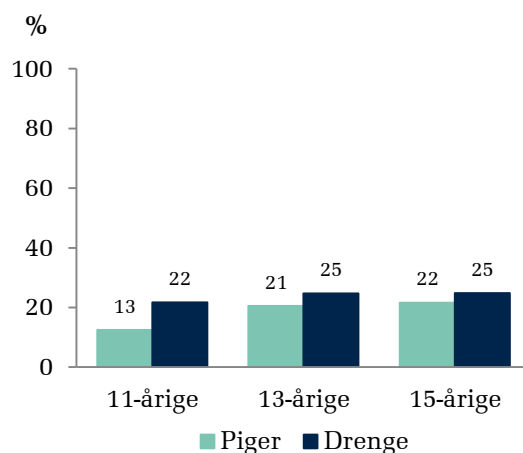
En hverdag karakteriseret ved et stort omfang af stillesiddende adfærd er ikke nødvendigvis det samme som et liv uden fysisk aktivitet. Mange børn og unge lever i dag et liv med mange timers daglig skærmtid, men hvor dagligdagen samtidig også indeholder megen fysisk aktivitet. Det er derfor afgørende, at man studerer stillesiddende adfærd og fysisk aktivitet som adskilte fænomener, der sameksisterer og eventuelt interagerer.

Blandt børn og unge måles stillesiddende adfærd typisk ved skærmtid, fx brug af TV og computer. I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi til elevernes skærmtid i forhold til TV, video, YouTube, DVD og lignende. Ligeledes spørger vi til tidsforbrug på elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende). For begge adfærdstyper spørger vi til tidsforbrug for henholdsvis hverdage og weekenddage.

Figur 7.23 viser andelen af elever, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende dagligt på hverdage. Som det fremgår, gælder dette for mellem hver fjerde og femte elev. Blandt de 13- og 15-årige er det cirka hver fjerde dreng, der dagligt ser mere end 4 timers

TV og lignende, mens det samme gælder for omtrent hver femte pige. Blandt de 11-årige er kønsforskellen mere udtalt, hvor 13% af pigerne ser mindst 4 timers TV og lignende, mens det er 22% af drengene.

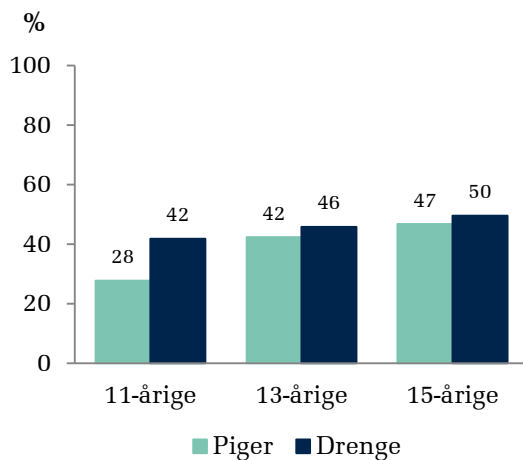
Figur 7.23 Procent, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på hverdage



Skolebørnsundersøgelsen 2014

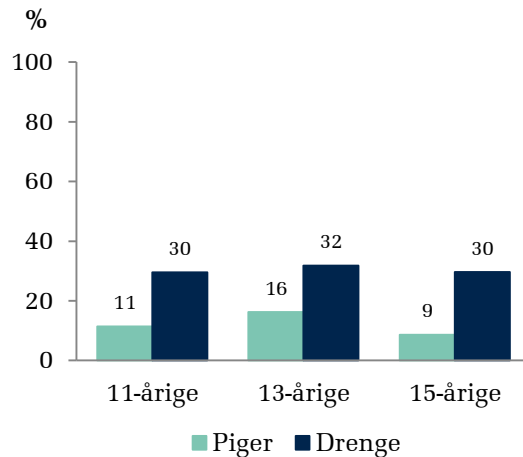
Af **Figur 7.24** fremgår andelen af elever, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på weekenddage. Her viser tallene stor forskel mellem drenge og piger i femte klasse. Her er det 28% af pigerne, som på weekenddage ser mindst 4 timers TV og lignende, mens det samme gælder for 42% af drengene. Blandt de 13-årige er andelen for piger steget til 42%, og der er her ikke forskel mellem drenge og piger. For både drenge og piger stiger andelen, som på weekenddage ser mindst 4 timers TV eller lignende, fra de yngste til de ældste elever. Blandt de ældste ser næsten halvdelen af eleverne mindst 4 timers TV eller lignende på weekenddage. Der er således blandt de ældste elever ikke tydelig forskel mellem drenge og piger.

Figur 7.24 Procent, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på weekenddage.



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.25 Procent, som spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer dagligt på hverdage

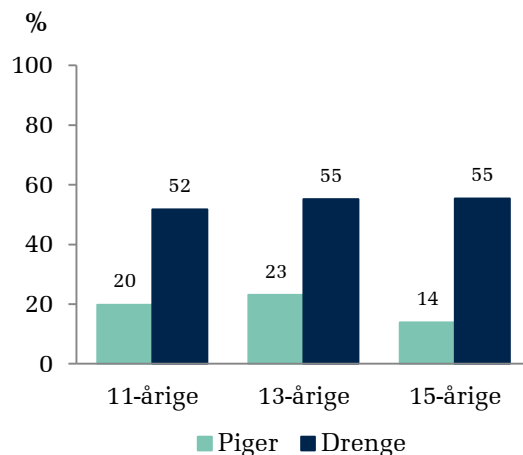


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.25 viser andelen af elever, som spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer dagligt på hverdage. Som det fremgår af figuren, er der her markante forskelle mellem drenge og piger. Blandt de 11-årige piger er det 11%, som på hverdage spiller elektroniske spil mindst 4 timer. Denne andel stiger til 16% blandt de 13-årige, hvorefter den falder til 9% blandt de 15-årige piger. Blandt drengene er der ikke stor forskel mellem de tre aldersgrupper. På tværs af aldersgrupperne ligger andelen af drenge som på hverdage spiller elektroniske spil mindst 4 timer, på omtrent 30%.

Af **Figur 7.26** fremgår andelen af elever, som på weekenddage spiller elektroniske spil mindst 4 timer og kønsforskellene set for elektroniske spil på hverdage gentages her. Drengene ligger igen markant højere end pigerne. Blandt de 11- og 13-årige piger udgør andelen, som på weekenddage spiller elektroniske spil mindst 4 timer henholdsvis 20% og 23%, hvorefter den falder til 14% blandt de 15-årige. Blandt drengene er det uafhængigt af alder omtrent hver anden, som på weekenddage spiller elektroniske spil mindst 4 timer.

Figur 7.26 Procent, som spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer dagligt på weekenddage



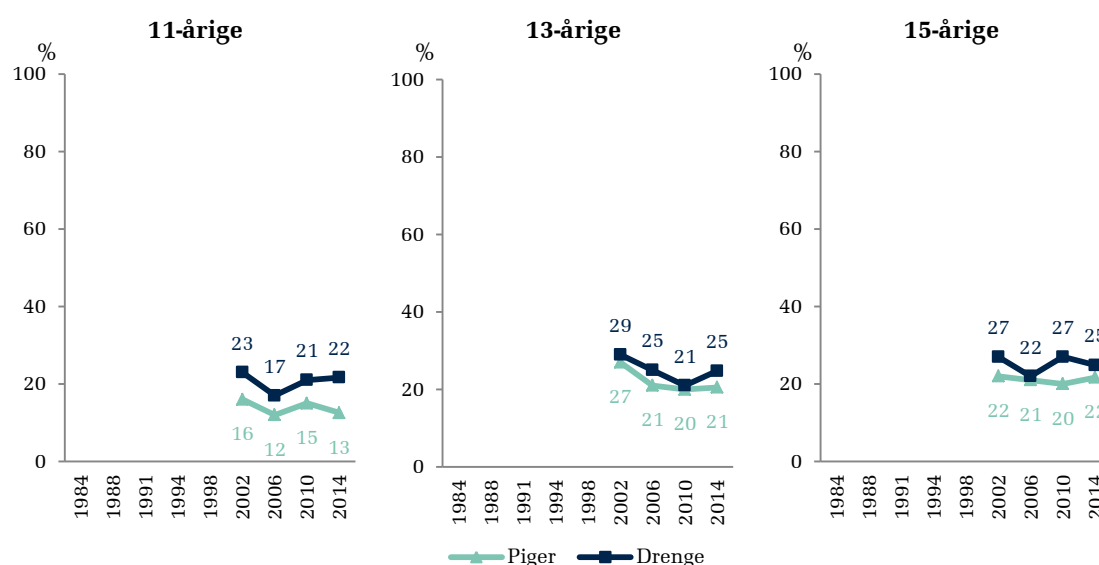
Skolebørnsundersøgelsen 2014

På grund af den teknologiske udvikling er unge menneskers skærmaaktiviteter svære at belyse over tid. Siden vi i 2002 begyndte at måle elevernes skærmtid, er der løbende sket store ændringer i udbud og brug af fx sociale medieplatforme og platforme for elektroniske spil, som medfører at børn og unge involveres i stillesiddende adfærd. For at kunne måle stille-

siddende adfærd på en tidsmæssig relevant måde har vi løbende fra undersøgelsesrunde til undersøgelsesrunde derfor måttet tilpasse vores spørgsmål. På trods af disse tilpasninger mener vi dog, at det på baggrund af Skolebørnsundersøgelsen er meningsgivende at beskrive udviklingen i stillesiddende adfærd over tid. Skærmtid målt ved TV og lignende er målt siden 2002, mens skærmtid målt ved elektroniske spil er målt siden 2006.

Figur 7.27 viser udviklingen i andel af elever, som på hverdage ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD eller lignende fra 2002 til 2014. For de 11- og 15-årige piger og drenge har der ikke været nogen tydelig udvikling over perioden. Blandt de 13-årige piger og drenge har andelen, som på hverdage ser mindst 4 timers TV eller lignende været faldende fra 2002 til 2010. Dette fald blandt de 13-årige er stagneret. Stigningen blandt de 13-årige drenge fra 2010 til 2014 er ikke signifikant.

Figur 7.27 Procent, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på hverdage, 2002-2014

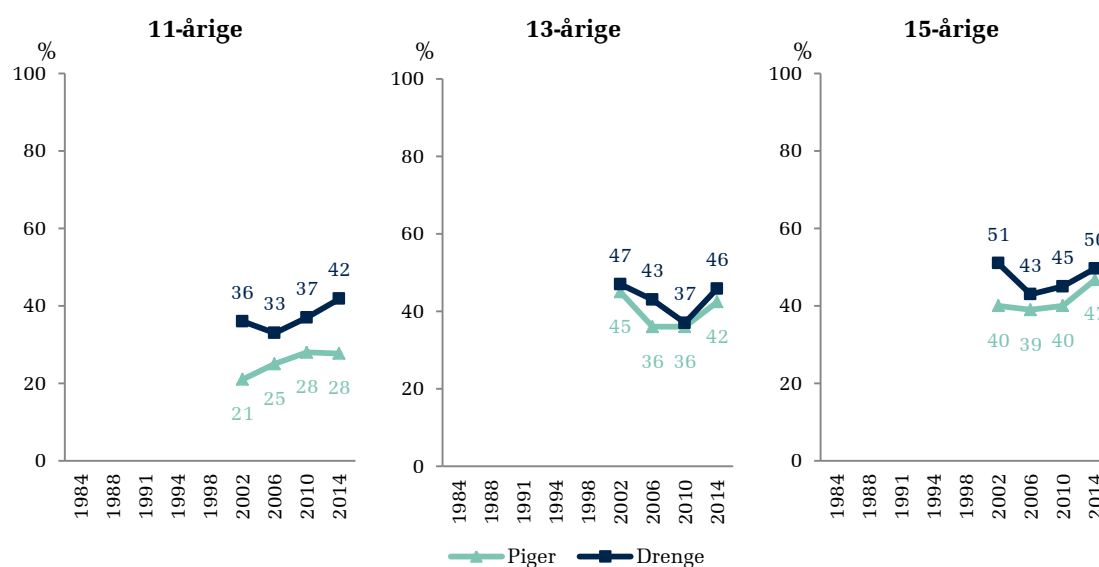


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.28 viser udviklingen fra 2002 til 2014 i andel af elever, som på weekenddage ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD eller lignende. Som det fremgår, har andelen været fluktuerende eller uændret for de 11-årige drenge og for de 15-årige fra 2002 til 2010. Andelen, som på weekenddage ser TV eller lignende mindst 4 timer, har blandt de 11-årige piger vist en stigende tendens fra 2002 til 2010, mens tendensen blandt de 13-årige piger og drenge i samme periode har været faldende. I næsten alle grupper ses der fra 2010 til 2014 en

stigning i forekomsten af elever, som på weekenddage ser TV eller lignende mere end 4 timer. Kun blandt de 11-piger er forekomsten uændret siden 2010.

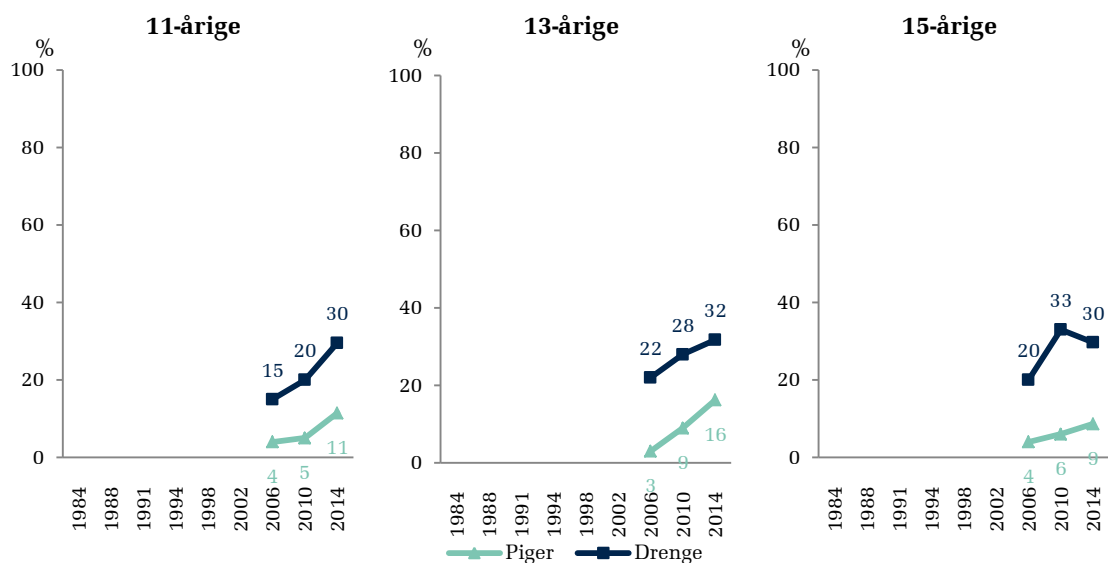
Figur 7.28 Procent, som ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på weekend-dage, 2002-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.29 viser udviklingen fra 2006 til 2014 i andel af elever, som på hverdage spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer. Som det fremgår af figuren, var der fra 2006 til 2010 en markant øgning i forekomsten af elever, som på hverdage spiller elektroniske spil mindst 4 timer. Denne stigende trend er fortsat frem til 2014 for de 11-årige drenge og piger og for de 13-årige piger. Blandt de 13-årige drenge og blandt de 15-årige er andelen, som på hverdage spiller elektroniske spil mindst 4 timer stagneret.

Figur 7.29 Procent, som på hverdage spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer, 2006-2014.

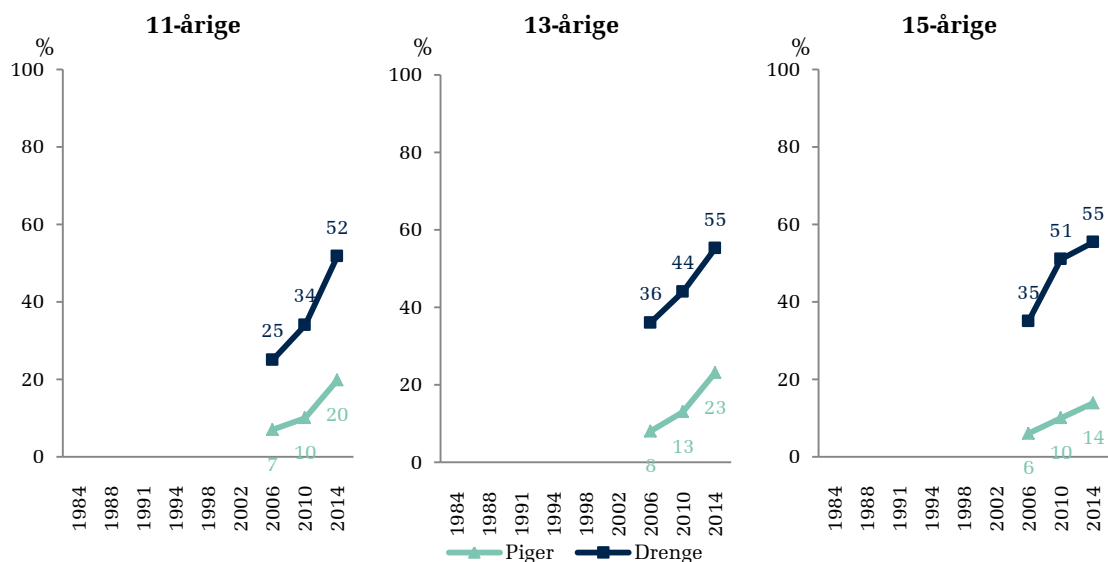


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Af **Figur 7.30** fremgår udviklingen i andel af elever, som på weekenddage spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer fra 2006 til 2014. Som det fremgår, har forekomsten på

tværs af køn og alder i hele perioden været markant stigende. Kun blandt de 15-årige piger er stigningen fra 2010 til 2014 ikke signifikant.

Figur 7.30 Procent, som på weekenddage spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer, 2006-2014.



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.7 Kostvaner

Rikke Krølner, Trine Pagh Pedersen & Mette Rasmussen

Udvikling af sunde kostvaner i barndommen er afgørende for at forebygge helbredsproblemer og alvorlig sygdom tidligt og senere i livet. De kortsigtede konsekvenser af en forkert sammensat kost kan være caries, fedme og mangel på mikronæringsstoffer, mens de langsigtede kostrelaterede sygdomme inkluderer flere former for kræft, hjertekarsygdom og sukkersyge. Derudover er der stor sandsynlighed for, at kostvaner fastlagt i barndommen videreføres ind i voksenlivet.

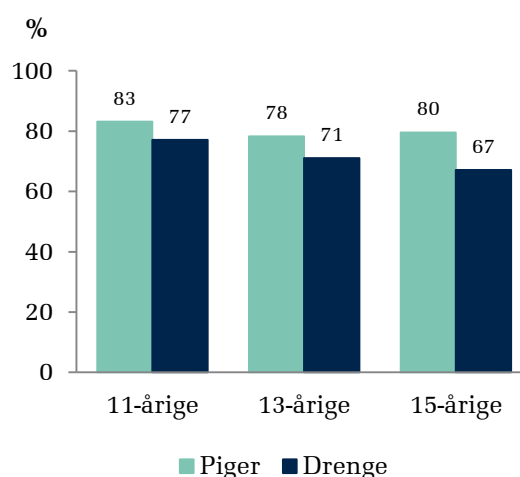
Med baggrund i de nordiske næringsstofsanbefalinger er der i Danmark formuleret en række officielle kostenbefalinger. De seneste anbefalinger – der også gælder børn og unge – lyder i overordnede termer: *spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv, spis frugt og mange grøntsager, spis mere fisk, vælg fuldkorn, vælg magert kød og kødpålæg, spis mindre mættet fedt, spis mad med mindre salt, spis mindre sukker og drik vand.*

Der er flere former for kostforskning: Ernæringsforskning undersøger kostens sammensætning og indhold af næringsstoffer. Sundhedsadfærdsforskning beskæftiger sig med mængden og hyppigheden af indtag af forskellige fødeemner. Sociologisk forskning fokuserer på måltidet og dets funktion i familieliv og dagligliv. Skolebørnsundersøgelsen beskæftiger sig med de to sidste former for kostforskning: med vores spørgeskema indsamler vi data om, hvor hyppigt eleverne spiser en række udvalgte fødeemner, og hvor tit de deltager i organiserede måltider.

Formålet med dette afsnit er at beskrive, hvor ofte eleverne spiser/drikker en række udvalgte fødeemner såsom frugt, grøntsager, slik/chokolade og sodavand med sukker, som kan give et fingerpeg om, i hvilken udstrækning eleverne har en fornuftigt sammensat kost. Måltidsvanerne beskrives i næste afsnit.

Figur 7.31 viser, 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 67% af de 15-årige drenge, som dagligt spiser frugt og/eller grøntsager, mens dette gælder for 77% af de 11-årige drenge.

Figur 7.31 Procent, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt

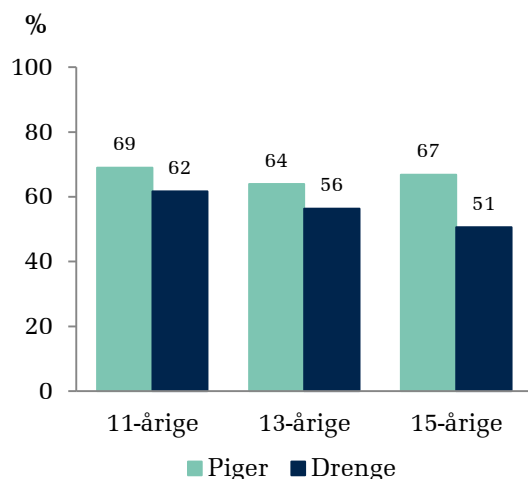


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Den officielle anbefaling i Danmark angående indtagelse af frugt og grøntsager kom i 1998. Denne lyder på et samlet dagligt indtag på 600 gram – fx 3 frugter og 3 grøntsager – de såkaldte '6 om dagen'. For børn mellem 4 og 10 år lyder anbefalingen på 300-500 gram om dagen. Af de præsenterede tal fremgår det, 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.

Figur 7.32 og 7.33 viser indtaget af frugt og grøntsager særskilt. Figurerne viser, at pigerne i højere grad end drengene spiser frugt og grøntsager dagligt. Dog er den kønsforskel, vi finder i indtag af grøntsager for de 11-årige ikke signifikant. For frugt falder andelen af drenge med et dagligt indtag med alderen, mens vi for grøntsager kun observerer en forskel i det daglige indtag fra de 11-årige til de 13-årige drenge.

Figur 7.32 Procent, som spiser frugt dagligt

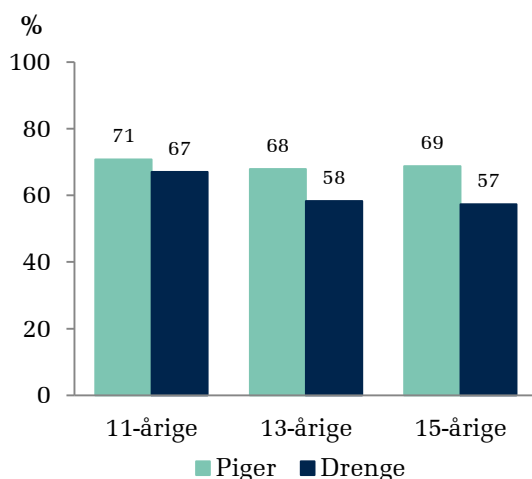


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Vi har i Skolebørnsundersøgelserne siden 1988 spurgt eleverne om deres indtag af frugt. 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 2010 er udviklingen vendt, og vi har i denne periode set en markant stigning i andel af elever, som dagligt spiser frugt. De seneste data fra 2014 viser, at den positive udvikling ikke er fortsat. For de 11-årige drenge og piger samt for de 15-årige piger ses et fald i andelen, som dagligt spiser frugt. I de øvrige grupper er udviklingen stagneret (**Figur 7.34**).

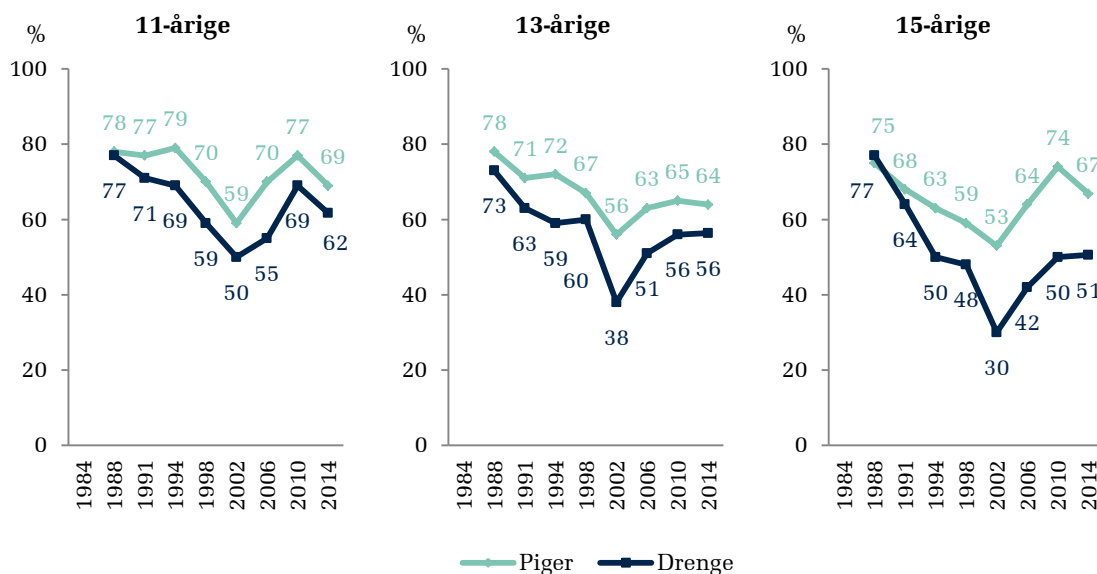
Det skal nævnes, at spørgsmålene om kost i spørgeskemaet har vekslet lidt igennem årene, og resultaterne før og efter 2000 er derfor ikke helt sammenlignelige. Figuren af udvikling over tid viser således et billede, som sandsynligvis giver en lille overestimering af indtaget før år 2000.

Figur 7.33 Procent, som spiser grøntsager dagligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.34 Procent, som spiser frugt dagligt, 1988-2014

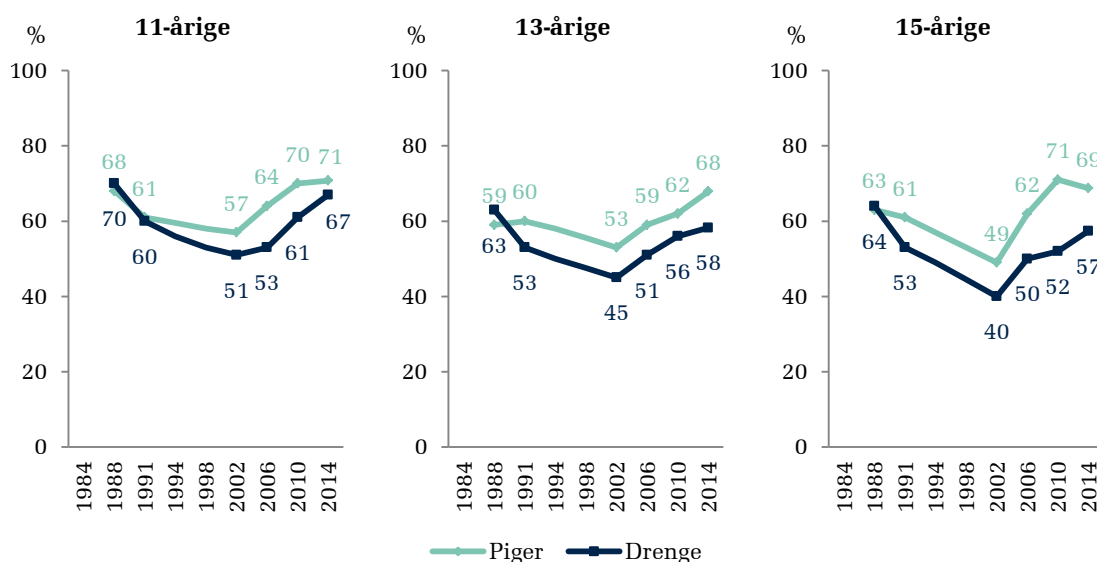


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Spørgsmålet om indtag af grøntsager har gennem tiden været stillet på forskellig vis, og vi kan derfor kun sammenligne data fra 1988, 1991, 2002, 2006, 2010 og 2014. Andelen, som spiser grøntsager dagligt, faldt markant fra 1980'erne til 2002 afløst af en stigning fra 2002 til 2014. Fra 2010 til 2014 ser vi en fortsat stigning blandt 11- og 15-årige drenge samt 13-årige piger. I de resterende grupper er andelen

med dagligt indtag af grøntsager stagneret (**Figur 7.35**). Generelt indikerer den beskrevne udvikling, at den øgede indsats for at øge danskernes indtag af frugt og grønt – bl.a. '6 om dagen'-kampagnen – over en årrække har haft en positiv indvirkning på indtaget blandt børn og unge. Desværre viser de seneste tal, at den gode udvikling flere steder er vendt eller aftaget.

Figur 7.35 Procent, som spiser grøntsager dagligt, 1988-1991, 2002-2014

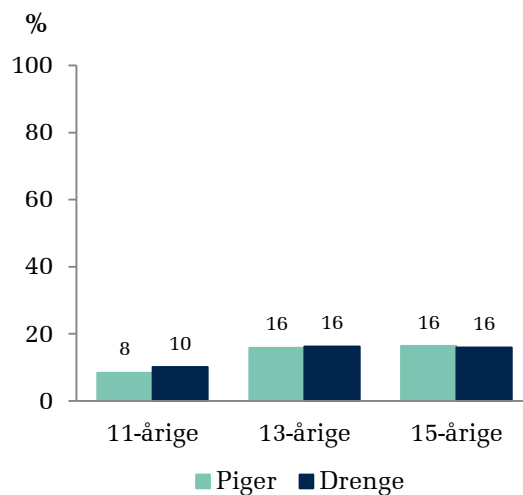


Skolebørnsundersøgelsen 2014

En stor andel af danske børn spiser mere sukker, end det anbefales. En stor del af den totale spiste sukkermængde udgøres af 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, så den 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 7.36** ses det, at de ældste elever oftere end de yngste spiser slik og chokolade dagligt.

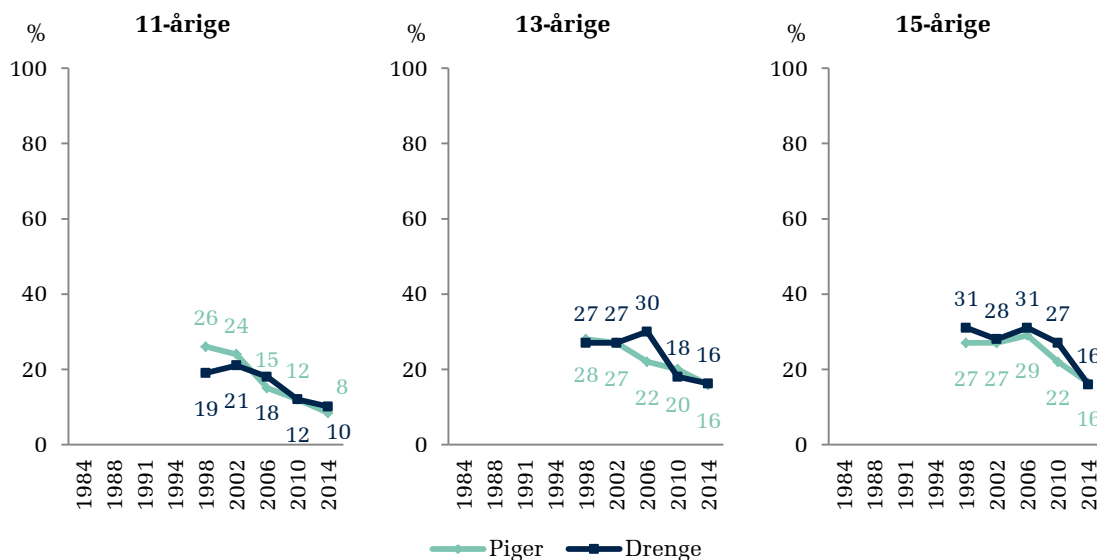
Vi har siden 1998 spurgt hvor hyppigt eleverne spiser slik og chokolade. Fra 2006 til 2014 ser vi for drenge og piger i alle tre aldersgrupper en positiv udvikling med et fald i andelen, som dagligt spiser slik og chokolade. For de 11- og 13-årige drenge er det observerede fald dog ikke signifikant (**Figur 7.37**).

Figur 7.36 Procent, som spiser slik/chokolade dagligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.37 Procent, som spiser slik/chokolade dagligt, 1998-2014

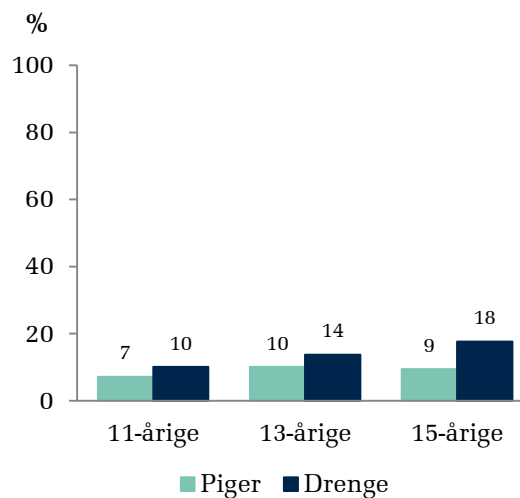


Skolebørnsundersøgelsen 2014

For dagligt indtag af sodavand finder vi særligt blandt de 13- og 15-årige, at flere drenge end piger dagligt drikker sodavand. Blandt drengene stiger andelen med dagligt indtag af sodavand med stigende alder. Det er således omtrent hver tiende 11-årige dreng som dagligt drikker sodavand, mens dette gælder for hver femte 15-årige dreng (**Figur 7.38**).

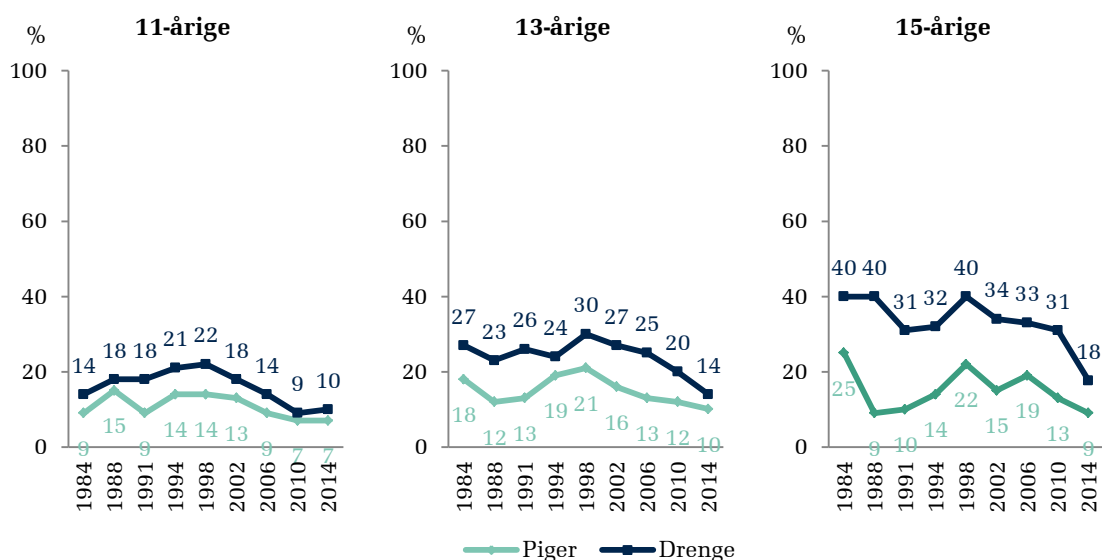
Fra slutningen af 1990'erne og frem til 2010 har der været et fald i andelen, som dagligt drikker sodavand – særligt blandt de 11-årige og 13-årige elever og for de 15-årige drenge. Over den seneste periode fra 2010 til 2014 er den positive udvikling fortsat for de 13- og 15-årige drenge, mens indtaget af sodavand er stagneret for de 11-årige. (**Figur 7.39**).

Figur 7.38 Procent, som drikker sodavand dagligt



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.39 Procent, som drikker sodavand med sukker dagligt, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.8 Måltidsvaner

Trine Pagh Pedersen, Rikke Krølner & Mette Rasmussen

De seneste ti år har der inden for folkesundhedsvidenskaben været et stigende fokus på måltidsvaner. Hvor det tidligere særligt var den sundhedsmæssige relevans af, *hvad* vi spiser, der var fokus på, er der i dag en generel erkendelse af, at også måltidsvaner har sundhedsrelevans. Ud fra en ernæringsmæssig vinkel er der ingen klare retningslinjer for hvornår, og hvor ofte måltider skal indtages.

Måltidsvaner handler ikke kun om det, vi spiser, men også om hvor ofte vi spiser, hvor vi spiser, og hvem vi spiser sammen med. Måltidet er et sted for socialt samvær og dermed et sted for etablering og fastholdelse af sociale fællesskaber. Nogle børn har daglige måltider med deres familier, mens andre børn springer måltiderne over og erstatter dem med småspisen fra køleskabet eller spisning i sofaen foran fjernsynet.

Forskning om børn og unges måltidsvaner er endnu begrænset, og den eksisterende forskning omhandler i høj grad morgenmad. De første resultater tyder på, at regelmæssige måltider har en positiv effekt på børns kost, vægtudvikling, spiseproblemer og generelle sundhedsvaner. Den sociale kontekst, hvori børn og unge spiser, er ligeledes vigtig. Eksempelvis har børn og unge, som hyppigt spiser måltider sammen med deres familie, generelt sundere kostvaner, bedre psykisk trivsel og lavere risiko for at udvikle spiseforstyrrelser. Årsagerne bag disse sammenhænge er ukendte, men der er ingen tvivl om, at familiemåltidet blandt andet spiller en vigtig rolle i den generelle socialisering, som foregår i familien. Dette involverer også børn og unges forståelse for og prioritering af hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

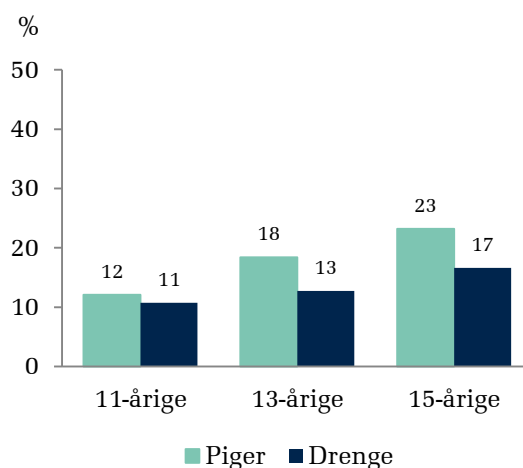
I denne undersøgelse har eleverne svaret på spørgsmål om, hvor ofte de spiser morgenmad, frokost og aftensmad. Disse spørgsmål suppleret med spørgsmål om, hvor ofte eleven spiser morgenmad og aftensmad sammen med mindst

en af sine forældre. Endeligt har vi spurgt eleverne, hvilken type frokost, de spiser i skolen. Afslutningsvist har vi spurgt eleverne, hvor de spiser frokost.

Figur 7.40 viser, hvor mange procent af eleverne der springer morgenmad over mindst tre hverdage om ugen. Cirka hver tiende 11-årig dreng i femte klasse springer ofte morgenmaden over, mens det næsten er hver fjerde 15-årig pige, der ofte springer morgenmaden over. Blandt de 13- og 15-årige er der en større andel af piger end af drenge, der springer morgenmaden over. Derudover stiger andelen af piger, der springer morgenmaden over, med alderen. I weekenden er andelen, der springer morgenmaden over, generelt lavere end for hverdage (data ikke vist).

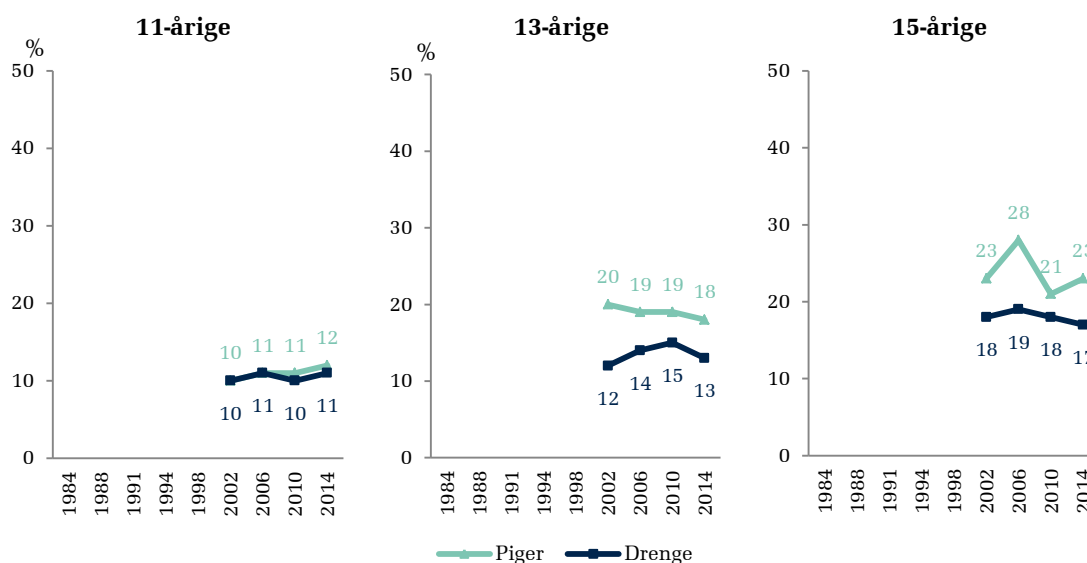
Vi har i de seneste fire dataindsamlinger spurgt, hvor ofte eleverne spiser morgenmad. Vi har derfor mulighed for at se på udviklingen i morgenmadsvaner over tid (**Figur 7.41**). Udviklingen i de 11- og 13-åriges morgenmadsvaner har været stabil fra 2002 til 2014. Dette er også gældende for de 15-årige drenge, mens andelen, der ofte springer morgenmaden over blandt de 15-årige piger, er faldet fra 2006 til 2010, og til den seneste undersøgelse er faldet stagneret.

Figur 7.40 Procent, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.41 Procent, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, 2002-2014



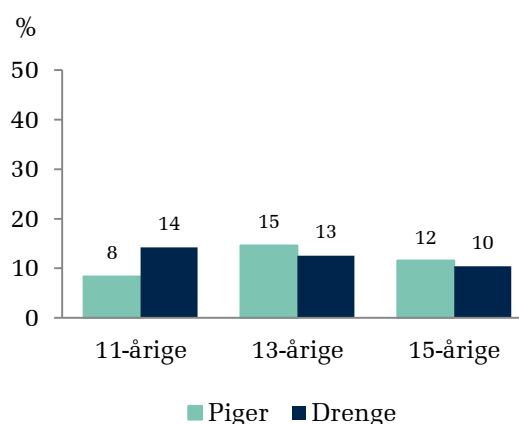
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.42 viser, hvor mange procent af eleverne, der springer frokosten over mindst tre hverdage om ugen. Kun blandt de 11-årige er der forskel mellem drenge og piger. Blandt de 11-årige drenge er der flere, nemlig 14%, der springer frokosten over sammenlignet med de 15-årige drenge, hvor dette gælder for 10%. Blandt pigerne er sammenhængen med alder modsat. Blandt de 11-årige piger er det 8%, som springer frokosten over, mens andelen stiger til henholdsvis 15% og 12% blandt de 13- og 15-årige.

Andelen af elever, der springer frokosten over i weekenden, er markant højere end i hverdage (data ikke vist).

Udover morgenmad og frokost har vi også spurgt eleverne om, hvor ofte de spiser aftensmad på hverdage og i weekender. Størstedelen af eleverne spiser aftensmad hver dag på hverdagene (92%) og i weekenden (97%) (data ikke vist).

Figur 7.42 Procent, som springer frokosten over mindst tre hverdage om ugen



Skolebørnsundersøgelsen 2014

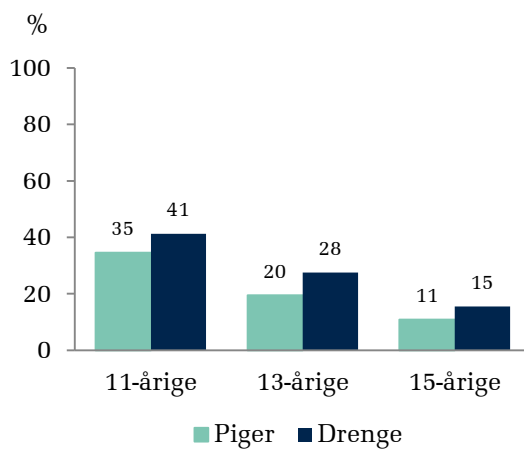
I denne undersøgelse har vi ligeledes belyst det fælles familiemåltid. Dette har vi gjort ved at spørge, hvor ofte eleverne spiser morgenmad og aftensmad sammen med deres mor og/eller far. **Figur 7.43** og **Figur 7.44** viser, hvor ofte eleverne spiser morgenmad og aftensmad med deres forældre. Blandt de 11-årige drenge er der 41%, der spiser morgenmad med deres forældre hver dag, mens det kun er 11% af de 15-årige piger. Generelt er der i alle alders-

grupper en større andel drenge end piger, der spiser morgenmad med deres forældre. Andelen af elever, der spiser morgenmad med deres forældre hver dag falder med alderen. Blandt de 11-årige spiser 74% af drengene aftensmad med deres forældre hver dag, mens det er 47% af de 15-årige piger. For aftensmad sammen med forældre finder vi samme faldende aldersgradient som for morgenmad. Denne aldersgradient er ikke overraskende, eftersom de ældste elever i højere grad er selvkørende og

har fritidsinteresser samt samvær med venner, som kan forhindre dem i at spise sammen med deres forældre.

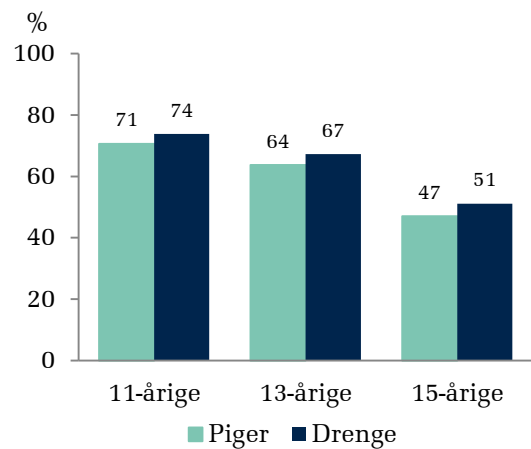
Udover de beskrevne variable har vi i undersøgelsen også spurgt, hvilken type frokost eleverne spiser og hvor de plejer at spise den. Vi finder, at 60% af eleverne altid har madpakke med i skole og 69% af eleverne spiser deres frokost i klasseværelset (data ikke vist).

Figur 7.43 Procent, som spiser morgenmad med deres mor og/eller far hver dag



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.44 Procent, som spiser aftensmad med deres mor og/eller far hver dag



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.9 Lægemiddelforbrug

Anette Andersen & Bjørn Holstein

Det er vigtigt, for folkesundheden, at befolkningen har et hensigtsmæssigt lægemiddelforbrug. Forskning – særligt baseret på Skolebørnsundersøgelsen – viser, at brug af lægemidler blandt børn og unge er associeret med en række belastende forhold – socio-demografiske, såsom baggrund i lavere socialgrupper eller anden etnisk baggrund og svage sociale relationer. Desuden er der en sammenhæng mellem brug af lægemidler og risikoadfærd og ringe trivsel. Disse sammenhænge 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 – 'tracker' 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.

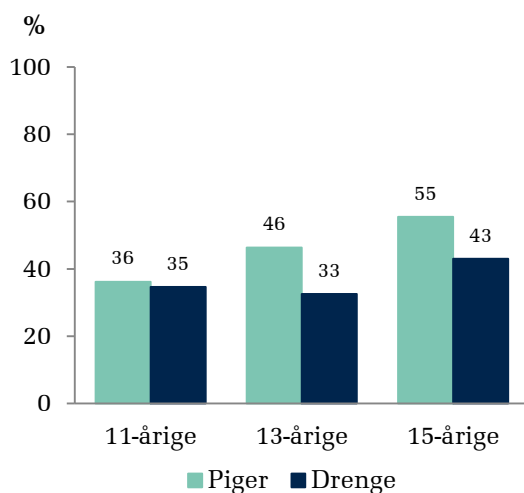
Børn og unges forbrug af lægemidler mod almindelige symptomer er meget udbredt, og forbruget har været stigende i 1980'erne og 1990'erne.

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 overforbrugshovedpine. Desuden er paracetamol et hyppigt anvendt stof til selvmordsforsøg blandt unge. Brug af

beroligende midler og sovemidler kan desuden skabe misbrug og afhængighed.

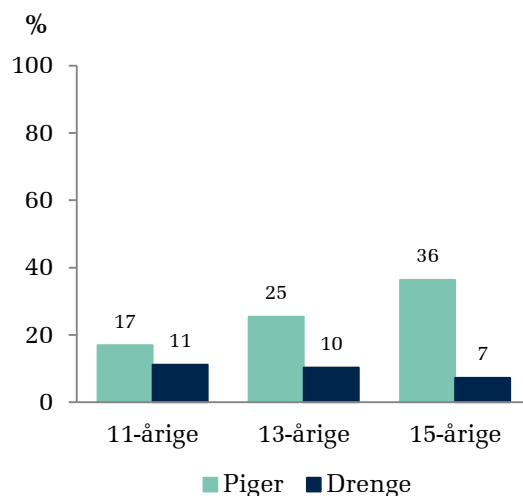
I Skolebørnsundersøgelsen 2014 spurgte vi eleverne, om de indenfor den sidste måned havde taget lægemidler for henholdsvis hovedpine, mavepine, søvnproblemer eller nervøsitet. Eleverne kunne svare 'Nej', 'Ja', 'En gang' eller 'Ja, flere gange'. I figurerne herunder har vi lagt 'Ja', 'En gang' og 'Ja, flere gange' sammen. I 2014 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. Gennemsnitligt gælder dette for 42% af eleverne, og den største andel med forbrug ses blandt de 15-årige piger, hvor 55% bruger lægemidler mod hovedpine mindst en gang om måneden. Flere 13- og 15-årige piger har et medicinforbrug sammenlignet med drengene og blandt pigerne ses det ligeledes, at andelen stiger med alderen (**Figur 7.45**). En stor andel af pigerne har brugt lægemidler mod mavepine mindst én gang den sidste måned. Blandt de 15-årige piger gælder dette mere end hver tredje, og også for medicinforbrug mod mavesmerter ses det, at forbruget blandt piger stiger med alderen. Blandt drengene falder forbruget en smule med alderen, og generelt bruger langt færre drenge end piger lægemidler mod mavepine (**Figur 7.46**). Kun en lille andel af eleverne har brugt lægemidler mod nervøsitet eller søvnbesvær, og dette gælder både drenge og piger i alle tre aldersgrupper (**Figur 7.47 og 7.48**).

Figur 7.45 Procent, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned



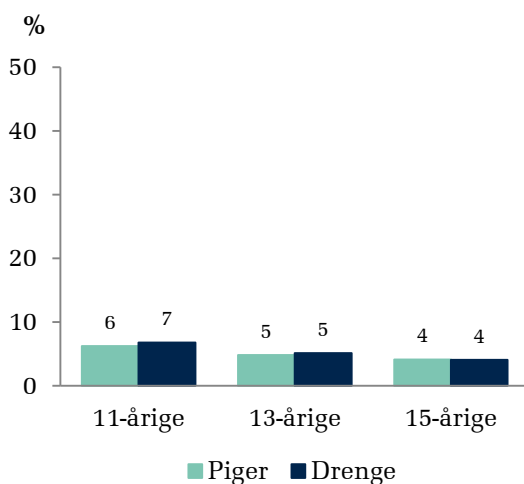
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.46 Procent, som har brugt lægemidler mod mavepine den seneste måned



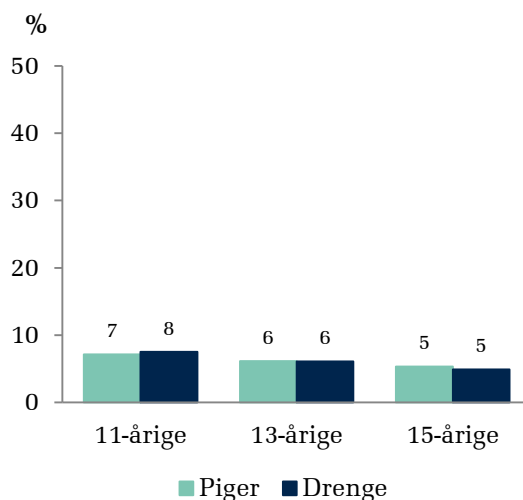
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.47 Procent, som har brugt lægemidler mod nervøsitet den seneste måned



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.48 Procent, som har brugt lægemidler mod svært ved at falde i søvn den seneste måned

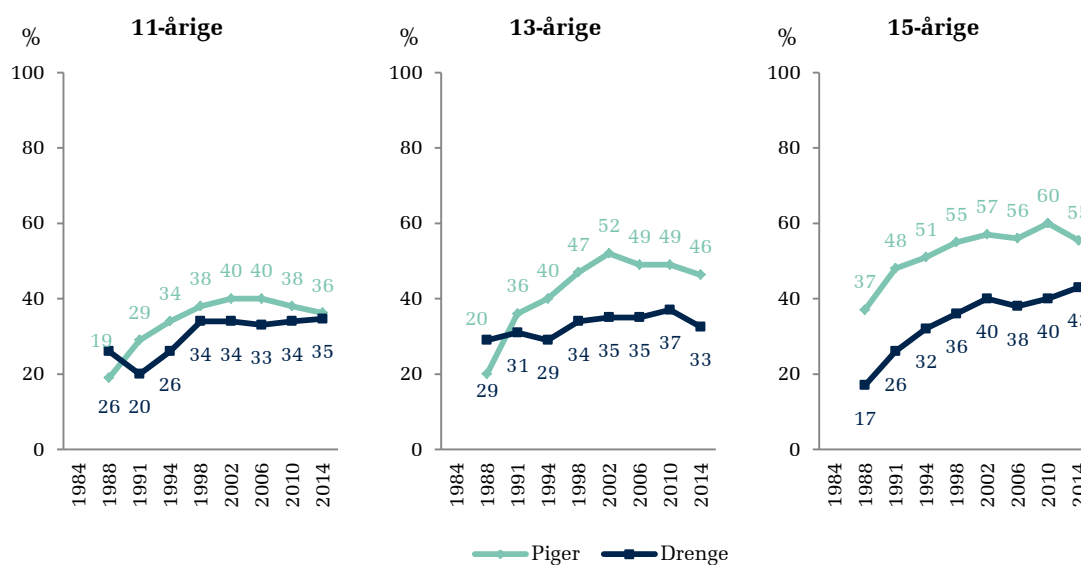


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Udviklingen fra 1988 til 2014 i lægemiddelbrug mod hovedpine (**Figur 7.49**) viser, at forbruget steg kraftigt blandt både drenge og piger og i alle tre aldersgrupper fra 1988 til 2010. Fra 2010 til 2014 ses ingen signifikante ændringer og forbruget ser således ud til at være stagneret over den seneste periode. Forbruget af lægemidler mod mavepine (**Figur 7.50**) er også

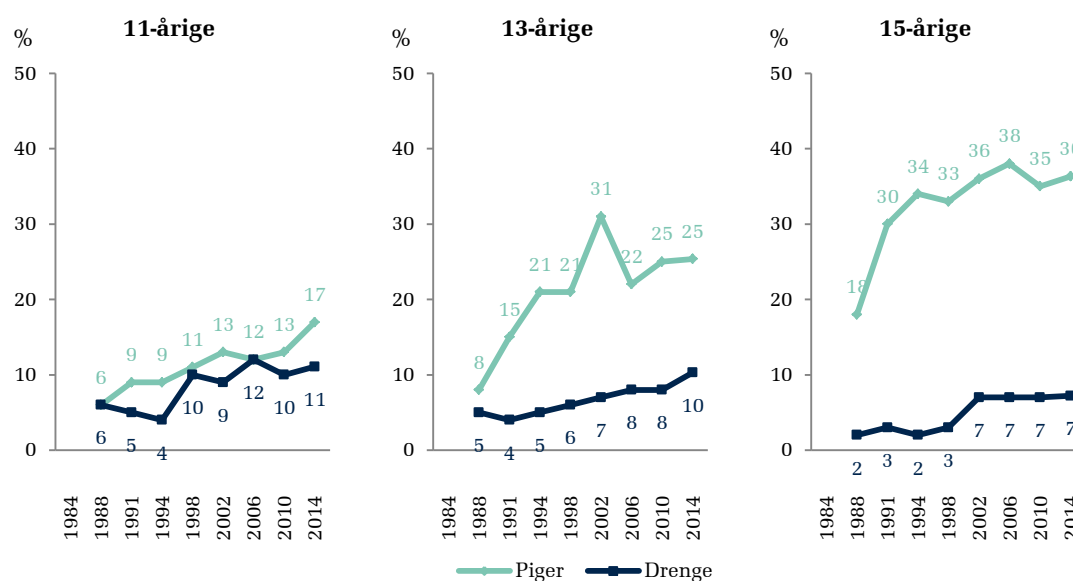
steget i alle tre aldersgrupper fra 1988 til 2010 særligt blandt pigerne og svagere blandt drengene og derefter stagneret. Kun blandt de 11-årige piger er der en fortsat stigning fra 2010 til 2014. Andelen, som bruger lægemidler, fordi de har svært ved at falde i søvn eller er nervøse, er også først steget og derefter stagneret (**Figur 7.51** og **Figur 7.52**).

Figur 7.49 Procent, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.50 Procent, som har brugt lægemidler mod mavepine den seneste måned, 1988-2014



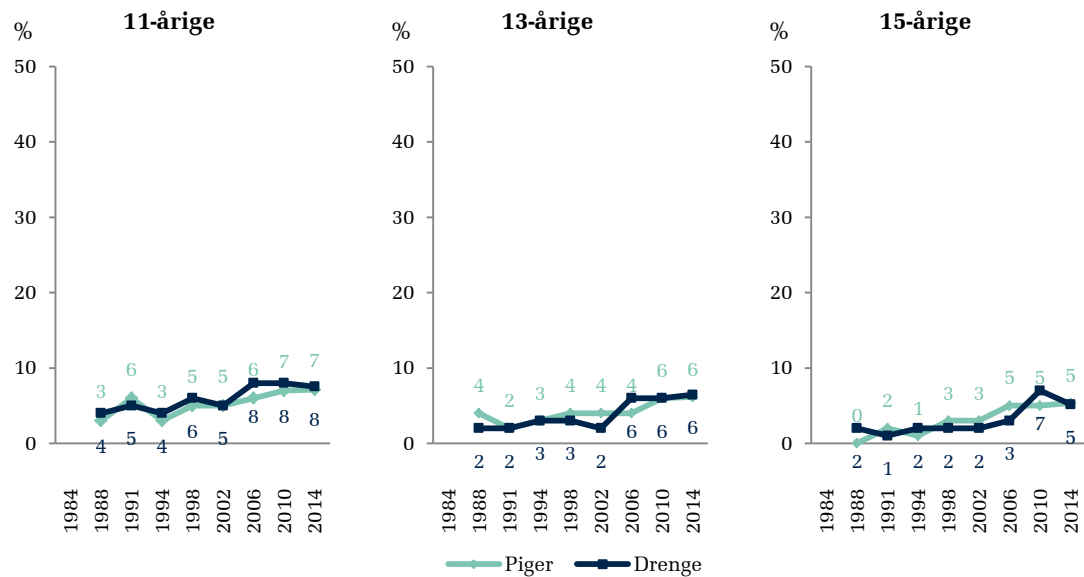
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.51 Procent, som har brugt lægemidler mod nervøsitet den seneste måned, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.52 Procent, som har brugt lægemidler mod svært ved at falde i søvn den seneste måned, 1988-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.10 Seksualadfærd

Trine Pagh Pedersen

Seksuel udvikling udgør en naturlig del af den store personlige udvikling, som finder sted gennem teenageårene. I denne del af livet opstår tanker og følelser omkring seksualitet, og det er ligeledes ofte her, at 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.

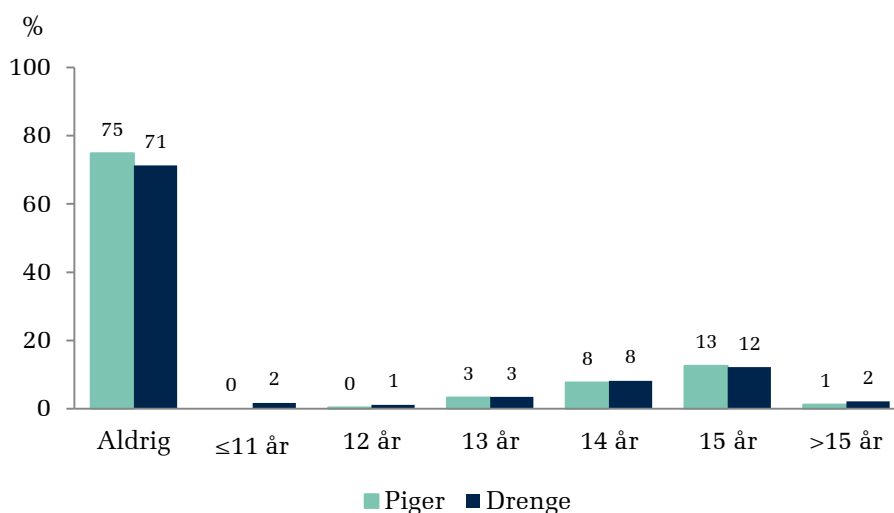
Tidlig seksuel debut betragtes i sundheds- og samfundsforskning ofte som en risikoadfærd, ikke blot for uønsket graviditet og seksuelt overførte sygdomme, men også som en risikofaktor for mistrivsel og usund levevis. I Skole-

børnsundersøgelsen 2014 har eleverne i niende klasse svaret på spørgsmål om seksuel erfaring, debutalder og brug af prævention.

Eleverne blev spurgt, om de har haft samleje, hvor gamle de i givet fald var første gang, det skete og hvilken metode de anvendte for at undgå graviditet, sidste gang de havde samleje.

Figur 7.53 viser, at 73% af de 15-årige elever angiver, at de endnu ikke har haft samleje. Af de, der har haft samleje, er der få, som har haft det, inden de blev 14 år. For både piger og drenge havde 8% samleje for første gang, da de var 14 år, mens 13% af pigerne og 12% af drengene havde seksuel debutalder som 15-årige. Der er således ingen kønsforskel i seksuel debutalder.

Figur 7.53 Debutalder for samleje (rapporteret af elever i niende klasse)

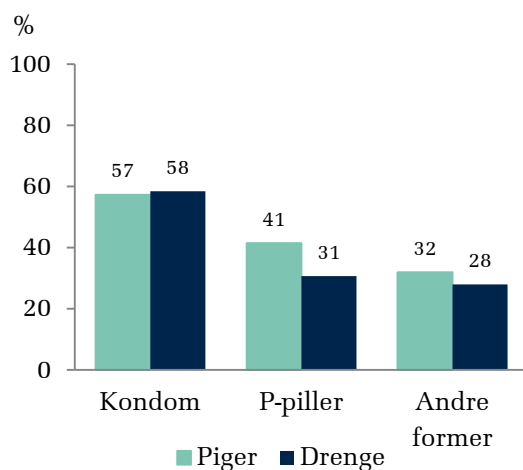


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Vi har i undersøgelsen spurgt de elever, der har haft samleje, hvilken præventionsform de anvendte ved deres sidste samleje. **Figur 7.54** viser, at kondom er den mest anvendte præventionsform blandt de seksuelt aktive elever. Henholdsvis 57% af pigerne og 58% af drengene har angivet, at de anvendte kondom ved

deres sidste samleje. P-piller er også hyppigt anvendt, og 41% af pigerne og 31% af drengene angiver, at de anvendte denne præventionsform ved sidste samleje. Derudover har 32% af pigerne og 28% af drengene angivet, at de brugte en anden præventionsmetode.

Figur 7.54 Anvendt præventionstype ved sidste samleje (rapporteret af seksuelt aktive elever i niende klasse)



Skolebørnsundersøgelsen 2014

7.11 Søvn

Mette Rasmussen & Bjørn Holstein

De seneste år er børn og unges søvnvaner blevet et vigtigt emne i sundhedsforskningen. Dette skyldes en øget forståelse af, at mangel på søvn og dårlig søvnkvalitet øger risikoen for en række negative effekter på helbred, trivsel og læring blandt unge. Den videnskabelige litteratur dokumenterer, at utilstrækkelig søvnlængde medfører øget risiko for mistrivsel, udvikling af overvægt, koncentrationsbesvær, nedsat skolepræstation, udvikling af stress og depression samt en øget risiko for skader og involvering i ulykker. Omvendt har tilstrækkelig søvnlængde og god søvnkvalitet en positiv indflydelse på generel fysisk og psykisk velbefindende og funktion.

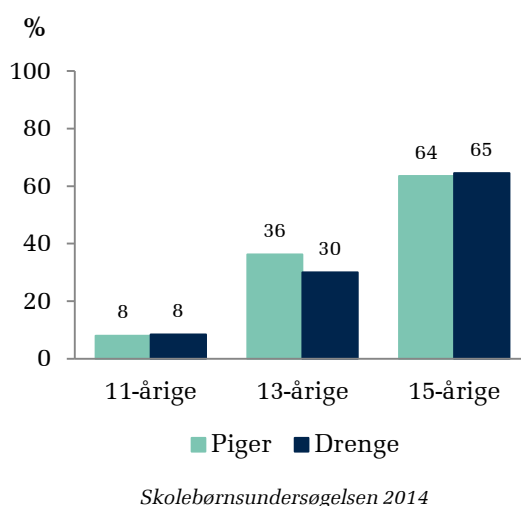
Målinger af søvn var inkluderet i Skolebørnsundersøgelsen allerede i 1984, og har med forskellige intervaller siden været inkluderet på forskellig vis. I de to sidste undersøgelser i 2010 og 2014 har vi spurgt til elevernes søvnkvantitet og til deres søvnkvalitet. I 2014 har vi således spurgt eleverne om længden af deres gennemsnitlige nattesøvn og til hvorledes, de vurderer kvaliteten af denne. Søvnkvantiteten

blev beregnet på baggrund af to spørgsmål: 1) Hvornår går du normalt i seng, hvis du skal i skole næste dag? med svarkategorier adskilt med et tidsinterval på en halv time 'Kl. 21.00 eller tidligere', '21.30', '22.00'.....'01.30', '02.00 eller senere'. 2) Hvornår plejer du at vågne om morgenen, når du skal i skole? med svarkategorierne 'kl. 05.00 eller tidligere', '05.30'.....'07.30', '08.00 eller senere'. På baggrund af elevernes svar på disse to spørgsmål har vi beregnet, hvor mange timers søvn hver elev i gennemsnit får om natten.

Elevernes oplevelse af søvnens kvalitet er belyst ved to spørgsmål: 1) Hvor tit sover du dårligt eller uroligt om natten? med svarkategorierne 'Aldrig', 'Sjældnere end 1 gang om ugen', 'Ca. 1 gang om ugen', 'Flere gange om ugen' og 'Hver dag' og 2) Hvor ofte føler du dig træt om morgenen, når du skal i skole? med svarkategorierne 'Aldrig', 'Sjældnere end 1 gang om ugen', 'Ca. 1 gang om ugen', 'Flere gange om ugen' og 'Hver dag'.

Figur 7.55 viser andelen af elever, som gennemsnitligt sover 8 timer eller mindre om natten. Som det fremgår, er det omtrent hver tiende 11-årig, som sover 8 timer eller mindre om natten, mens dette gælder for hver tredje 13-årig. Blandt de 15-årige er det cirka to ud af tre, som sover 8 timer eller mindre om natten. Andelen, som sover mere end 8 timer om natten, er således faldende med stigende alder. Det skal her bemærkes, at omkring 15% af eleverne har undladt at svare på de to spørgsmål, om hvornår de går i seng, og hvornår de vågner. Derfor skal resultaterne for søvnlængde vurderes med varsomhed.

Figur 7.55 Procent, som gennemsnitligt sover 8 timer eller mindre om natten



Både i 1984, 2010 og 2014 blev der inkluderet spørgsmål om elevernes søvnkvantitet. I 1984 blev eleverne spurgt, hvornår de plejede at gå i seng og stå op, hvoraf der kunne beregnes den tid, de lå i deres seng om natten. Denne tid inkluderer derfor også den tid, som de måtte bruge på at ligge og læse eller det tidsrum, de måtte bruge på at prøve på henholdsvis at falde i søvn om aftenen og at vågne om morgenen. I 2010 blev eleverne spurgt direkte til det tids-

punkt, de plejer at falde i søvn, og hvornår de vågner. Dette mål afspejler derfor mere direkte den egentlige søvnkvantitet. I denne seneste undersøgelse fra 2014 er eleverne, som det fremgår ovenfor, spurgt, hvornår de plejer at gå i seng, samt hvornår de plejer at vågne. Denne variation i de stillede spørgsmål skyldes, at spørgsmålene har været medtaget som henholdsvis nationale spørgsmål og standardiserede internationale fokusspørgsmål, og variationen i spørgsmålsformuleringerne medfører, at resultaterne ikke er direkte sammenlignelige. Med dette forbehold, tillader vi os alligevel i **Tabel 7.1** nedenfor at præsentere andelen af elever, som om natten sover/ligger i deres seng 8 timer eller mindre i henholdsvis 1984, 2010 og 2014. Som det fremgår, indikerer tallene, at der fra 1984 til 2010 skete en markant reduktion i andelen af unge, som sover tilstrækkeligt længe. Siden 2010 synes udviklingen dog igen at være vendt. I alle grupper er der fra 2010 sket et fald i andelen af elever, som sover 8 timer eller mindre om natten. Som nævnt er undersøgelsen fra 2014 behæftet med et særligt stort antal manglende besvarelser på de spørgsmål, som ligger bag beregningen af søvnlængde. Sammenligningen af resultaterne fra 2010 og 2014 skal derfor vurderes med varsomhed.'

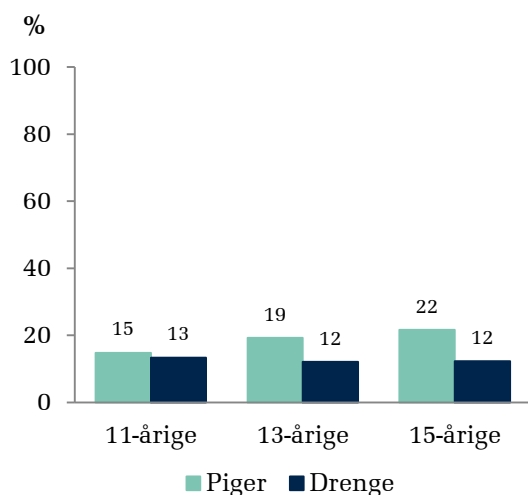
Tabel 7.1 Procent, som sover/ligger i deres seng 8 timer eller mindre i henholdsvis 1984, 2010 og 2014

	Piger 11-årige	Drenge 11-årige	Piger 13-årige	Drenge 13-årige	Piger 15-årige	Drenge 15-årige	Total
1984	3	4	11	12	35	30	15
2010	15	20	52	54	73	79	47
2014	8	8	36	30	64	65	36

Figur 7.56 illustrerer elevernes søvnkvalitet. Som det ses, er der ikke forskel mellem 11-årige drenge og piger i forhold til andelen, som sover dårligt eller uroligt flere gange om ugen. Dette gælder for 15% af pigerne og 13% af drengene. Blandt både de 13- og 15-årige er flere piger i større udstrækning plaget af dårlig

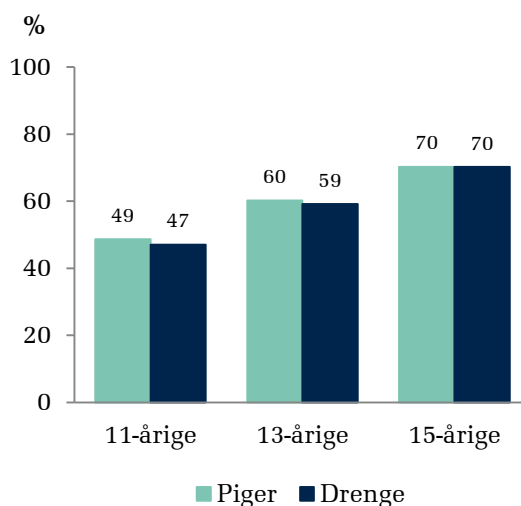
søvnkvalitet sammenlignet med drengene. I begge aldersgrupper er det cirka hver femte pige og hver tiende dreng, som flere gange om ugen oplever at sove dårligt eller uroligt. Med undtagelse af de ældste drenge, er dette udtryk for en stigning siden 2010 i andel af elever med dårlig søvnkvalitet.

Figur 7.56 Procent, som flere gange om ugen sover dårligt eller uroligt om natten



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.57 Procent, som flere gange om ugen er trætte om morgenen

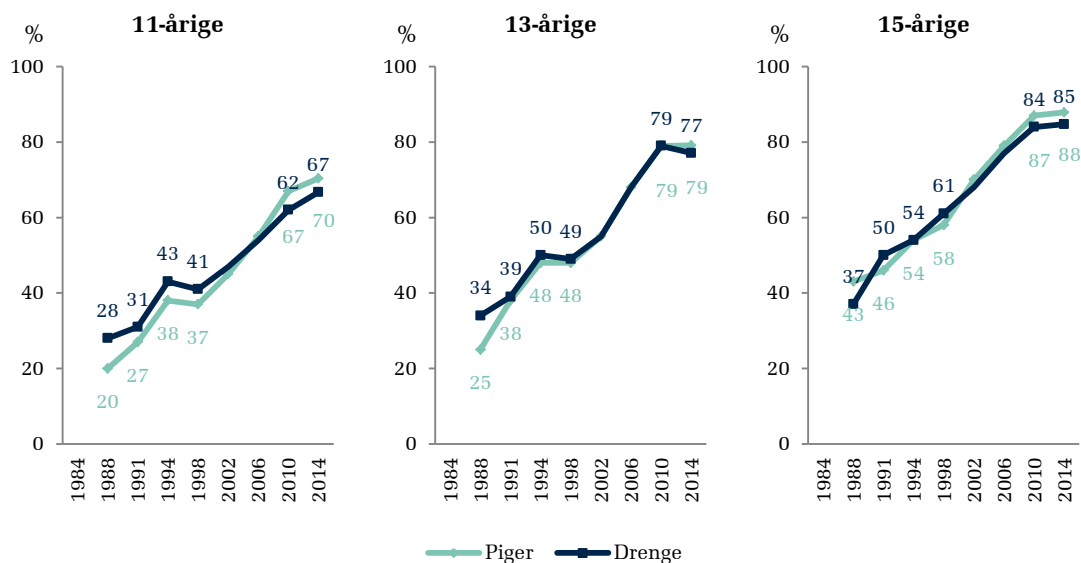


Skolebørnsundersøgelsen 2014

Af **Figur 7.57** fremgår andelen af elever, som flere gange om ugen er trætte om morgenen. Dette gælder for lige under hver anden 11-årig, cirka 60% af de 13-årige og 70% af de 15-årige. Der er således tendens til en stigende andel af elever med morgentræthed med stigende alder.

Spørgsmålet om morgentræthed har været inkluderet i Skolebørnsundersøgelsen siden 1988 med nogle få undtagelser. **Figur 7.58** viser udviklingen i andelen af elever, der er trætte, når de skal i skole mindst én morgen hver uge fra 1988 til 2014. Som det fremgår, var der på tværs af køn og alder en stigende andel fra slutningen af 1980'erne og frem til 2010. Fra 2010 til 2014 synes denne udvikling at være stagnere.

Figur 7.58 Procent, som er trætte, når de skal i skole mindst én morgen om ugen, 1988 til 2014.



Skolebørnsundersøgelsen 2014

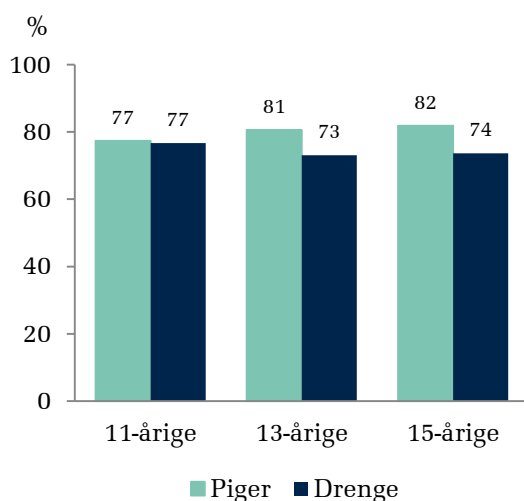
7.12 Tandbørstning

Bjørn Holstein

En forudsætning for god tandsundhed er regelmæssig tandbørstning og den generelle anbefaling for tandbørstning er to gange dagligt. Tandbørstningsvaner grundlægges i barndoms- og ungdomsårene og er relativt stabile den resterende del af livet. Børn og unge, der børster tænder mere end én gang dagligt, har mere stabile tandbørstningsvaner end de, der ikke gør.

I Skolebørnsundersøgelsen spurgte vi eleverne: 'Hvor ofte børster du tænder?' med følgende svarmuligheder: 'Flere gange om dagen', 'En gang om dagen', 'Hver uge, men ikke hver dag', 'Mindre end en gang om ugen', 'Aldrig'.

Figur 7.59 Procent, som børster tænder mindst to gange dagligt



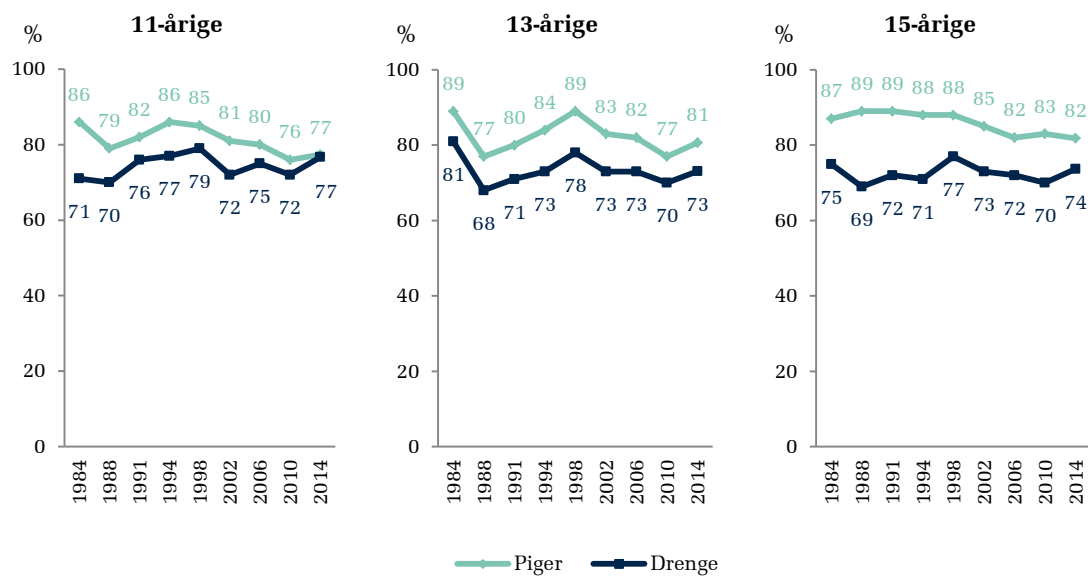
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 7.59 viser, hvor mange procent af pigerne og drengene i de tre aldersgrupper, som svarer "flere gange om dagen". Blandt 11-årige er det 77% blandt både piger og drenge. Blandt 13-årige er andelen, som børster tænder flere gange om dagen, højere blandt pigerne end drengene. Blandt pigerne udgør andelen 81%, mens den blandt drengene er 73%. Blandt 15-årige er der ligeledes kønsforskel. Blandt pi-

gerne børster 82% tænder flere gange om dagen, mens dette gælder for 74% af drengene. Der er ingen markante forskellighed i tandbørstning mellem de forskellige aldersgrupper, og dette gælder for både drenge og piger. Fem procent af alle elever rapporterer, at de børster tænder mindre end en gang om ugen eller aldrig.

Figur 7.60 viser udviklingen i andelen, som børster tænder mindst to gange om dagen fra 1984 til 2014. Blandt de 11-årige har andelen været temmelig stabil i de 30 år. Der ses en lille stigning blandt de 11-årige drenge fra 2010 til 2014. Blandt 13-årige har andelen været mere svingende, og blandt 15-årige har der de sidste mange år ikke været nogen særlig ændring over tid.

Figur 7.60 Procent, som børster tænder mindst to gange dagligt, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

8 Skoletrivsel

Børn og unge tilbringer mange tusinde timer i deres skole og skolen udgør derfor en helt central arena i unge menneskers liv. Skolen er et læringsmiljø – ikke blot i forhold til at opnå boglige kundskaber og færdigheder, men også i forhold til at udvikle sociale kompetencer og i forhold til den generelle udvikling fra at være et barn i indskolingen til at være et ungt menneske i udskolingen. Skolen udgør således en afgørende ramme for børn og unges sociale og psykologiske udvikling og spiller en afgørende rolle for børn og unges mentale sundhed. Det er derfor vigtigt, at skabe et skolemiljø, som er inkluderende, anerkendende og tryghedsskabende. I Skolebørnsundersøgelsen 2014 er eleverne blevet spurgt til en række elementer, som alle er afgørende for at skabe et sundt skolemiljø. Disse inkluderer forskellige facetter af almen skoletrivsel og mobning.

8.1 Almen skoletrivsel

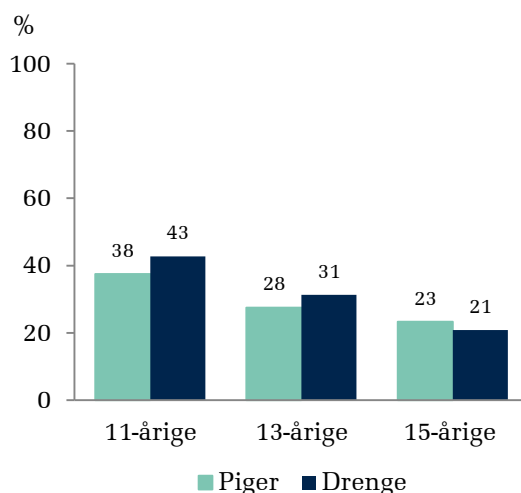
Mette Rasmussen

Almen skoletrivsel involverer elevernes generelle oplevelse af skolen, deres oplevede arbejdsbelastning samt deres oplevede støtte fra henholdsvis klassekammerater og lærere. Målingerne omfatter et spørgsmål om, hvad eleverne synes om skolen, et spørgsmål om hvor pressede de er af skolearbejdet, tre spørgsmål om oplevet støtte fra klassekammerater og tre spørgsmål om oplevet støtte fra lærere.

Figur 8.1 viser fordelingen af elevernes svar på spørgsmålet 'Hvad synes du om skolen for tiden?'. Til spørgsmålet kan eleverne svare: 'Jeg kan virkelig godt lide den', 'Jeg synes, den er nogenlunde', 'Jeg kan ikke rigtig lide den', 'Jeg kan slet ikke lide den'. Figuren viser andelen, som har svaret, at de virkelig godt kan lide skolen. Som det fremgår, er der lidt flere 11-årige drenge end piger, som virkelig godt kan

lide skolen, men ellers er der ikke særlige forskelle blandt drenge og piger. Modsat synes der at være en stor forskel i hvor stor en andel af eleverne i de forskellige aldersgrupper, som er rigtig glad for skolen. Blandt de 11-årige er det 38% af pigerne og 43% af drengene, som rapporterer, at de virkelig godt kan lide skolen, mens den tilsvarende andel blandt 15-årige elever er 23% for pigerne og 21% for drengene.

Figur 8.1 Procent, som virkelig godt kan lide skolen



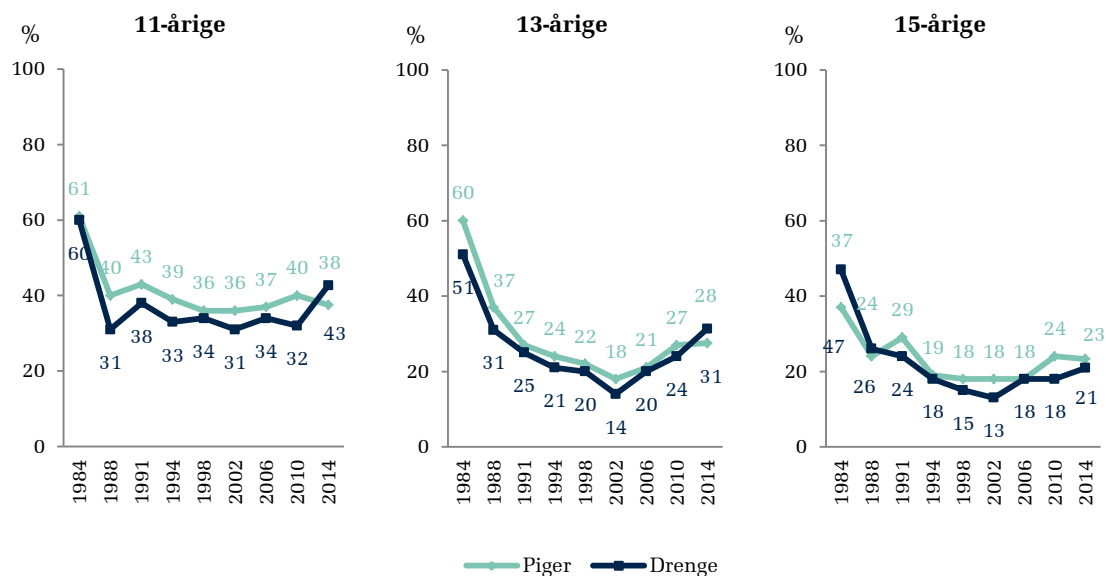
Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 8.2 viser udviklingen i andelen af elever, som virkelig godt kan lide skolen fra 1984 og frem til 2014. For de 11-årige ses det, at andelen faldt markant fra 1984 til 1988, hvorefter den har ligget relativt stabilt. For pigerne gælder dette helt frem til 2014, mens der for drengene ses en positiv udvikling over det seneste tidsinterval fra 2010 til 2014. I denne periode steg andelen med 10%. Med undtagelse af de 15-årige drenge, faldt andelen, som synes virkelig godt om skolen blandt 13- og 15-årige fra 1984 frem til 2002. Herefter så vi positive tendenser, idet andelen i denne periode var stigende. Som for de 11-årige drenge, ses der også for de 13-årige drenge en markant stigning i andelen, som synes virkelig godt om skolen over den seneste periode fra 2010 til 2014. Det skal her bemærkes, at der i de første tre undersøgelser (1984, 1988 og 1991) var tre svarkate-

gorier til spørgsmålet ('Meget godt lide', 'Nogenlunde lide', 'Ikke lide'), mens der i de sidste seks undersøgelser (1994, 1998, 2002, 2006,

2010 og 2014) har været anvendt de fire svar-kategorier, som er beskrevet ovenfor.

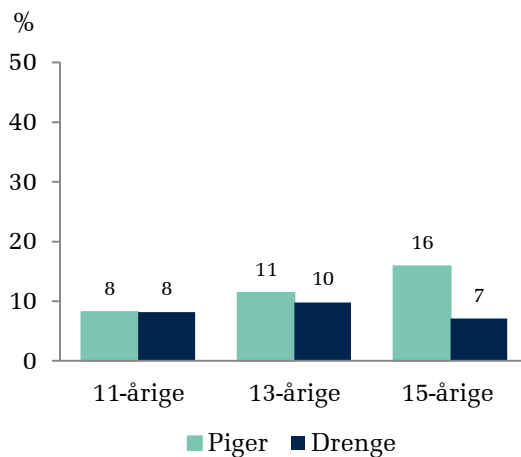
Figur 8.2 Procent, som virkelig godt kan lide skolen, 1984-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Figur 8.3 viser fordelingen af elevernes svar på spørgsmålet 'Hvor presset føler du dig af det skolearbejde, du skal lave (både i skolen og derhjemme)? Til spørgsmålet kan eleverne svare: 'Slet ikke', 'En lille smule', 'Noget', 'Meget'. Figuren viser andelen af eleverne, som oplever at være meget presset af skolearbejde. Kun blandt de 15-årige er der forskel mellem drenge og piger, og som det ses, er der ikke stor variation mellem drenge i de forskellige aldersgrupper, hvor andelen, som føler sig meget presset af skolearbejde ligger mellem 7% og 10%. Blandt piger er der derimod en tydelig forskel mellem aldersgrupperne. Blandt de 11-årige er det 8%, som føler sig meget presset af skolearbejde, hvorefter andelen stiger til 11% blandt de 13-årige og videre til 16% blandt de 15-årige.

Figur 8.3 Procent, som føler sig meget presset af skolearbejde



Skolebørnsundersøgelsen 2014

I **Tabel 8.1** præsenteres elevernes svar på spørgsmålene om oplevet støtte fra klassekammerater. Spørgsmålene er stillet som udtalelser og disse fremgår af tabellen. Til hver udtalelse kan eleven svare at være: 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig', 'Helt uenig'. Tabellen præsenterer for hver udtalelse andelen, som er henholdsvis helt enig og helt uenig.

Af tabellen ses det, at omtrent hver tredje pige er helt enig i udtalelsen 'Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen', dog med den laveste forekomst blandt de ældste piger. Den tilsvarende andel blandt drenge ligger generelt højere end blandt pigerne. Blandt de 11-årige drenge er andelen, som er helt enig 49%, mens den blandt både de 13- og 15-årige drenge udgør 41%. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 1% og 2%.

I forhold til udtalelsen 'De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme' er der mindre udtalt forskel mellem drenge og piger, hvor eneste kønsforskkel ses for de 11-årige. Blandt 11-årige piger, er det 37%, som er enige, mens den tilsvarende andel blandt de 11-årige drenge er 42%. På tværs af aldersgrupper ses det særligt blandt drenge, at andelen, som er enig, er størst blandt de 11-årige. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 1% og 3%.

Af nederste række i tabellen fremgår det, at andelen, som er helt enig i udtalelsen 'Andre elever accepterer mig, som jeg er' generelt er højere blandt drengene end pigerne. På tværs af aldersgrupperne ligger denne andel for pigerne relativt konstant mellem 34% og 36%, mens den for drengene varierer mellem 42% og 48%. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 2% og 3%.

Tabel 8.1 Procent, som er henholdsvis helt enig og helt uenig i udtalelser om oplevet støtte fra klassekammerater

		Piger 11- årige	Drenge 11- årige	Piger 13- årige	Drenge 13- årige	Piger 15- årige	Drenge 15- årige	Total
Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen	Helt enig	37	49	33	41	31	41	38
	Helt uenig	1	1	1	2	1	1	1
De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme	Helt enig	37	42	30	33	34	35	35
	Helt uenig	1	2	2	2	1	3	2
Andre elever accepterer mig, som jeg er	Helt enig	36	48	33	42	35	43	40
	Helt uenig	3	2	3	2	3	2	2

Tabel 8.2 præsenterer elevernes svar på spørgsmålene om oplevet støtte fra lærere. Spørgsmålene fremgår af tabellen. Til hver udtalelse kan eleven svare at være: 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig', 'Helt uenig'. Tabellen præsenterer for hver udtalelse andelen, som er henholdsvis helt enig og helt uenig.

Af tabellen fremgår det, at andelen af elever, som er helt enige i udtalelsen 'Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er' ikke varierer betydeligt blandt de 11-årige, hvor den for pigerne udgør 56% og for drengene 53%. Blandt både de 13- og 15-årige er der relativt flere drenge end piger, som er helt enige. I disse grupper udgør andelen cirka 50% blandt dren-

ge og cirka 40% blandt pigerne. Særligt blandt pigerne falder andelen, som føler, at deres lærere accepterer dem, som de er, med alderen. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 1% og 3%.

For udtalelsen 'Jeg føler, at mine lærere kan lide mig som person' er andelen, som er helt enig, højest blandt de 11-årige – et mønster, som ses for både drenge (42%) og piger (43%). Blandt både 13- og 15-årige piger udgør andelen, som er helt enige, 30%, mens den for drengene er henholdsvis 33% og 37%. Der er således kun forskel mellem drenge og piger i nien-de klasse. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 1% og 3%.

Endeligt fremgår det af tabellens nederste linje, at andelen, som er helt enig i udtalelsen 'Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere' er markant højest blandt de 11-årige, hvor den udgør 46% og 50% blandt henholdsvis piger og drenge. Blandt både 13- og 15-årige er andelen størst blandt drenge, hvor den udgør henholdsvis 35% og 33%. Der er flest blandt 13-årige piger (28%), som føler, de kan stole på deres lærere, sammenlignet med de 15-årige piger (23%). Generelt falder andelen af elever, som føler, at de kan stole på deres lærere med stigende alder. På tværs af køns- og aldersgrupper udgør andelen, som er helt uenig, mellem 3% og 7%. Der er således en lidt større andel, som er helt uenige i udtalelsen 'Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere' i forhold til hvad, som gør sig gældende for de to andre mål for oplevet lærerstøtte.

Tabel 8.2 Procent, som er henholdsvis helt enig og helt uenig i udtalelser om oplevet støtte fra lærere

		Piger 11- årige	Drenge 11- årige	Piger 13- årige	Drenge 13- årige	Piger 15- årige	Drenge 15- årige	Total
Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er	Helt enig	56	53	41	48	38	50	47
	Helt uenig	2	3	1	3	1	3	2
Jeg føler, at mine lærere kan lide mig som person	Helt enig	43	42	30	33	30	36	36
	Helt uenig	2	3	2	3	1	3	2
Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere	Helt enig	45	49	28	35	23	33	35
	Helt uenig	4	3	6	7	5	5	5

8.2 Mobning

Pernille Due

Mobning er skadeligt for trivsel, helbred og social udvikling og funktion, særligt for de som er ofre. Men også det at være udøver af mobning eller at være "betragter" (bystander) af mobning påvirker ens psykiske helbred eller sociale udvikling i negativ retning. Mobning defineres som bevidste, gentagne og langvarige

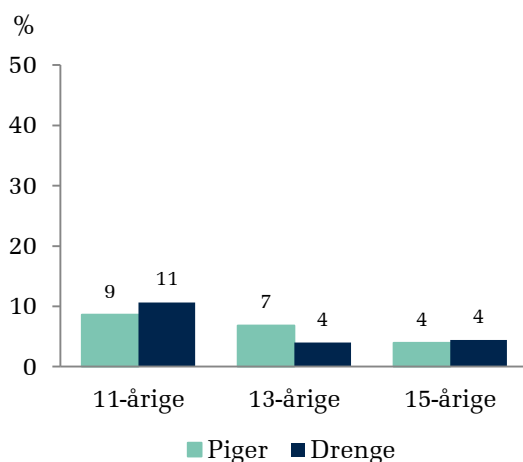
negative handlinger, som udføres af en eller flere personer, som anses for at have en højere status eller styrke end den, som mobningen går ud over. Mobning kan foregå på mange måder, som direkte eller indirekte handlinger og omfatter både verbale og fysiske overgreb og fx overgreb gennem elektroniske medier.

I skolebørnsundersøgelsen anvendes to mål for forekomsten af mobning: nemlig et mål for

forekomsten af at have været offer for mobning, og forekomsten af at have deltaget som mobber. Det første spørgsmål måles ved hjælp af spørgsmålet: 'I de sidste par måneder: Hvor tit er du blevet mobbet i skolen?' Med svarkategorierne: 'Jeg er ikke blevet mobbet', 'Det er kun sket en eller to gange', '2-3 gange om måneden', 'Ca. en gang om ugen', 'Flere gange om ugen'. Forekomsten af at mobbe andre måles ved hjælp af spørgsmålet: 'I de sidste par måneder: Hvor tit har du selv været med til at mobbe en anden/andre elever i skolen?' Med svarkategorierne: 'Jeg har ikke mobbet andre', 'Det er kun sket en eller to gange', '2-3 gange om måneden', 'Ca. en gang om ugen', 'Flere gange om ugen'. Vi definerer i vore rapporter andelen i de sidste tre svarkategorier af begge spørgsmål, som den andel som mobbes hhv. mobber andre.

Det er fortsat gennemsnitligt 7% af de danske 11-, 13- og 15-årige skolebørn som mobbes, og der er flest blandt de 11-årige, som bliver udsat for mobning, nemlig 10%. Andelen falder med alderen, som det også er set i vores foregående undersøgelser. Der er næsten lige mange drenge og piger, som er ofre for mobning (Figur 8.4).

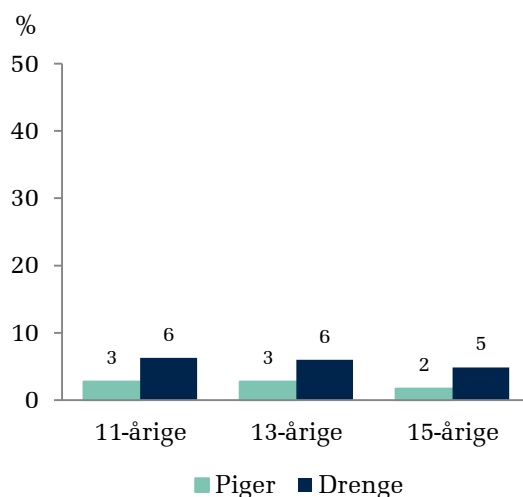
Figur 8.4 Procent, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Der er gennemsnitligt 4% af de danske 11-, 13- og 15-årige skolebørn, som mobber andre. Flere drenge deltager i mobning af andre, men der ses ikke længere nogen sammenhæng med alder. Tidligere var det i højere grad de ældste drenge, som mobbede andre, men forekomsten er nu lige stor i alle aldersgrupper (Figur 8.5).

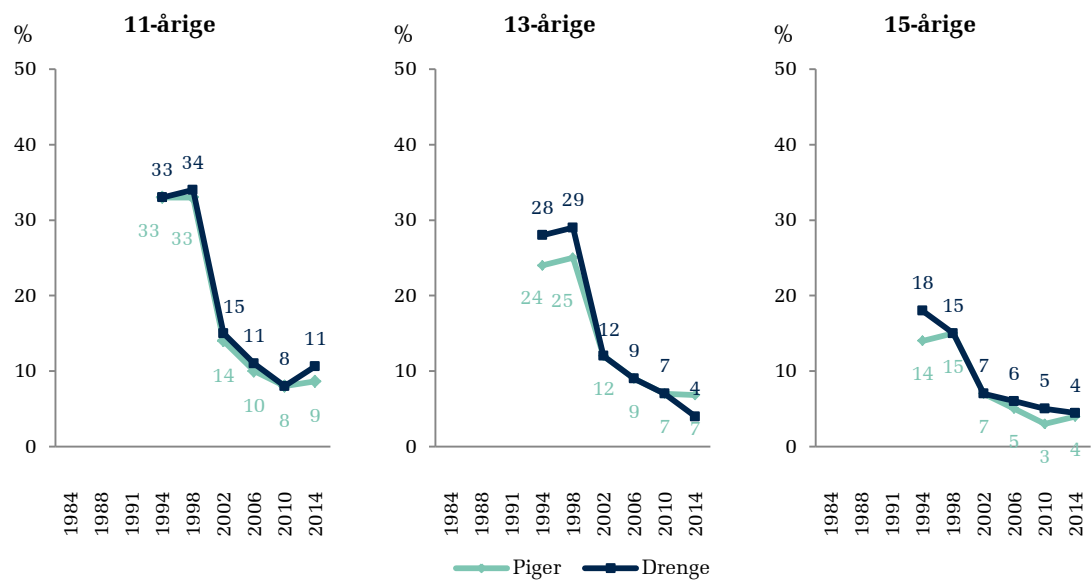
Figur 8.5 Procent, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden



Skolebørnsundersøgelsen 2014

Andelen, som er ofre for mobning, er faldet markant i årene fra 1998 til 2002, samtidigt med at mobning for alvor blev sat på dagsordenen i de danske skoler. Andelen af 11-årige, som bliver mobbet, har siden da fortsat været faldende. I 2014 ser vi for første gang siden 2002 en lidt højere forekomst af mobbeofre blandt de 11-årige drenge, idet der nu er 11% af drengene, som oplever at have været ofre for mobning indenfor den sidste måned. Blandt de 13-årige drenge er der sket et fortsat fald fra 7% til 4% fra 2010 til 2014. Blandt de 15-årige og blandt de 13-årige piger er forekomsten af mobning nogenlunde uændret over de sidste 4 år (Figur 8.6).

Figur 8.6 Procent, som bliver mobbet mindst et par gange om måneden, 1994-2014



Skolebørnsundersøgelsen 2014

9 Social ulighed

Helbred, sundhedsadfærd og trivsel fordeler sig som oftest ikke ligeligt imellem forskellige grupper i befolkningen. Risikoen for at blive syg og for at dø er højere i socialt svage grupper. Social ulighed i sundhed og sygdom er en udfordring for folkesundheden og fordrer handlinger og indsatser. At belyse sådanne socialt ulige fordelinger er afgørende af flere grunde. Ud fra et sundhedspolitisk perspektiv er det vigtigt at skabe overblik over hvilke befolkningsgrupper, som er i særlig risiko for deraf at kunne prioritere, målrette og evaluere den sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsats. Sideløbende er grundige studier af sociale mønstre i sundhed, sundhedsadfærd og trivsel afgørende for at kunne skabe en bedre forståelse af årsagsnettet bag de faktorer, som former den sociale fordeling af vores sundhed, vores sundhedsadfærd og vores trivsel.

Social ulighed kan belyses med en række forskellige indikatorer for materielle, økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer, position på arbejdsmarkedet samt indflydelse på egne vilkår. Blandt voksne er hyppigt anvendte indikatorer indkomst, uddannelse og erhvervsstilling. Ved spørgeskemaundersøgelser blandt børn er det ganske vanskeligt at opnå pålidelige oplysninger om forældrenes økonomiske forhold og uddannelsesniveau. Som beskrevet i kapitel 3 har vi imidlertid gode erfaringer med at indhente oplysninger fra eleverne om forældrenes erhverv og arbejdsmarkedstilknytning. På baggrund af elevernes rapporterede oplysninger koder vi forældrenes erhvervsstilling efter kriterier, der i store træk svarer til Socialforskningsinstituttets klassiske inddeling i fem socialgrupper fra I (højest) til V (lavest). Desuden tilføjer vi en gruppe VI, 'økonomisk inaktive', for forældre, der lever af overførsels-

indkomster, fx social pension eller kontanthjælp. Eleverne inddeles efter familie-socialgruppe, 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.

I det følgende præsenteres forskellige mål for helbred, trivsel og mental sundhed samt sundhedsadfærd i forhold til familiesocialgruppe.

Tabel 9.1 præsenterer indikatorer for helbred, mens **Tabel 9.2** fremstiller fordelingerne for mental sundhed og skoletrivsel. **Tabel 9.3** præsenterer sociale relationer med henholdsvis familie og venner. Fordelingerne i sundhedsadfærd efter familiesocialgruppe er opdelt i flere tabeller. **Tabel 9.4** præsenterer måltids- og spisvaner, **Tabel 9.5** fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd og **Tabel 9.6** præsenterer fordelingerne for ryge-, alkohol- og hashvaner. Som udgangspunkt er der i tabellerne for hver af de inkluderede faktorer anvendt samme skæringspunkt som i præsentationen af de rene forekomster i de forudgående kapitler. Udvalgte steder er fordelingen efter familiesocialgruppe vist for flere skæringspunkter.

Tabellerne skal læses på følgende måde: Hvert tal i tabellen er udtryk for forekomsten i procent i den pågældende socialgruppe. Et eksempel: I tabel 9.1 herunder er det første tal 27%. Det betyder, at blandt elever fra socialgruppe I er der 27%, som har mere end et symptom dagligt. De resterende 73% plages sjældnere af symptomer, fx mindre end hver uge eller aldrig, men dette fremgår ikke af tabellen. Tallene i en række skal således ikke summeres til 100%. Man skal læse tabellen vandret for hver række og vurdere, hvorvidt forekomsten stiger eller falder fra socialgruppe I til socialgruppe IV. For forekomsten af overvægt/svær overvægt ses det at denne stiger fra 4% til 15% mellem elever i socialgruppe I til V og 12% i socialgruppe IV.

Tabel 9.1 viser forekomsten af helbredsproblemer efter familiesocialgruppe. Som det fremgår af tabellen, er der en ophobning af elever med mindst et symptom dagligt i socialgruppe V og IV. Fordelingen er dog ikke helt graderet, da forekomsten i socialgruppe I er højere end i midtergrupperne. I forhold til symptombelastning målt ved andelen af elever, som har mindst et symptom ugentligt, så viser denne ikke sammenhæng med socialgruppe. Som beskrevet ovenfor er der en social ulige fordeling af forekomsten af overvægt/svær overvægt, idet denne stiger fra 4% i høj socialgruppe til henholdsvis 15% og 12% i socialgruppe V og IV. Ligeledes ses et socialt ulige mønster for selv vurderet helbred. Andelen af elever med godt selv vurderet helbred er højest i

høj socialgruppe (36%), hvorefter den falder med faldende socialgruppe i et næsten graderet mønster. I socialgruppe V og IV udgør andelen af elever med virkelig godt selv vurderet helbred således henholdsvis 29% og 24%. Tilskadekomst karakteriseret ved at være kommet til skade to gange inden for de seneste 12 måneder er hyppigst i lav socialgruppe med en forekomst på 30%, mens den er lavest i høj socialgruppe (21%). Derimellem er forekomsten relativt stabil omkring 25%. Denne sidstnævnte fordeling er dog ikke signifikant. Mindre hyppig tilskadekomst, målt ved mindst en skade inden for de seneste 12 måneder, viser ingen sammenhæng med socialgruppe.

Tabel 9.1 Forekomst af helbredsproblemer (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Har mindst et symptom dagligt	27	23	24	26	29	32
Har mindst et symptom ugentligt	72	70	73	71	70	71
Er overvægtig eller svær overvægtig	4	7	9	11	15	12
Har virkelig godt selv vurderet helbred	36	38	34	32	29	24
Er kommet til skade mindst én gang inden for de seneste 12 måneder	45	50	48	47	44	48
Er kommet til skade mindst to gange inden for de seneste 12 måneder	21	26	25	26	25	30

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

Tabel 9.2 præsenterer elevernes mentale sundhed og skoletrivsel efter familiesocialgruppe. For en række af de præsenterede indikatorer ses en ophobning af belastende mental sundhed i de lavere socialgrupper. Andelen af elever med lav livstilfredshed stiger med faldende socialgruppe. Forskellene er ikke så udtalte, men de er signifikante. Ligeledes stiger andelen af elever, som føler sig for tykke med faldende socialgruppe. Denne udgør 25% i socialgruppe I og 39% i socialgruppe V og VI. For ensomhed ses ingen sammenhæng med socialgruppe. For alle tre positive aspekter af mental sundhed ses tydelige sociale mønstre. Således

er andelen af elever med højt selvværd, høj self-efficacy og høj social kompetence alle tre tydeligt graderet med en faldende forekomst med faldende socialgruppe. Modsat ses der hverken for elevernes generelle oplevelse af skolen samt deres oplevelse af at være presset af skolearbejde nogen sammenhæng med socialgruppe. Mobning er derimod socialt ulige fordelt. Både for andelen af elever, som har oplevet mobning og for andelen af elever, som har mobbet andre, ses den største forekomst blandt de laveste socialgrupper.

Tabel 9.2 Mental sundhed og skoletrivsel (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Har lav livstilfredshed (0-5 på Cantrill stigen)	10	10	11	12	14	14
Føler sig for tykke	25	33	36	36	39	39
Føler sig ofte eller meget ofte ensom	7	7	6	8	8	9
Har højt selvværd	68	65	63	61	60	52
Har høj self-efficacy	82	76	75	68	65	62
Har høj social kompetence	58	60	59	54	46	48
Kan virkelig godt lide skolen	31	31	30	31	31	26
Kan slet ikke lide skolen	2	3	3	4	4	4
Føler sig meget presset af skolearbejdet	11	8	10	10	11	14
Føler sig slet ikke presset af skolearbejdet	22	20	19	18	22	22
Er blevet mobbet mindst et par gange om måneden	6	4	4	7	9	10
Har mobbet andre mindst et par gange om måneden	2	2	3	5	7	7

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

Tabel 9.3 viser elevernes sociale relationer til henholdsvis familie og venner efter familiesocialgruppe. Af tabellen ses det, at høj fortrolighed med mor, med far og med bedste ven alle tre viser den højeste forekomst i høj socialgruppe. Både meget hyppigt samvær med venner og sjældent samvær med venner er mest

forekommende i lav socialgruppe (sidstnævnte er dog ikke statistisk signifikant). Antallet af nære venner og SMS-kontakt med venner viser ingen tydelige sammenhænge med socialgruppe.

Tabel 9.3 Sociale relationer med henholdsvis familie og venner (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Har mindst to nære venner af samme køn	93	95	95	94	93	91
Har ingen nære venner af samme køn	1	2	1	1	2	2
Har nemt ved at tale med mor om problemer	83	84	80	79	79	71
Har nemt ved at tale med far om problemer	68	70	66	63	62	46
Har nemt ved at tale med bedste ven om problemer	81	79	85	80	75	72
Er sammen med venner efter skole fire-fem dage om ugen	20	20	19	20	26	32
Er aldrig sammen med venner efter skole	10	14	13	12	14	15
Har daglig SMS-kontakt med venner	41	42	48	41	40	47
Har aldrig/næsten aldrig SMS-kontakt med venner	15	14	12	15	14	17

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

Tabel 9.4 viser elevernes kost- og måltidsvaner efter familiesocialgruppe. Selvom sammenhængene ikke altid er helt skarpt graderet, så tegner der sig et tydeligt billede af en ophobning af uhensigtsmæssige kost- og måltidsvaner blandt elever i lavere socialgrupper.

Dette gælder både indtag af frugt og grønt, slik og sodavand, regelmæssighed af måltider og for hyppigheden af fælles familiemåltider om aftenen. Kun for fælles familiemåltider om morgenen finder vi ingen sammenhæng med socialgruppe.

Tabel 9.4 Kost- og måltidsvaner (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Spiser frugt dagligt	72	65	62	56	53	65
Spiser frugt mindre end en gang om ugen	3	5	7	8	9	7
Spiser grøntsager dagligt	77	71	65	60	54	60
Spiser grøntsager mindre end en gang om ugen	3	3	5	9	9	9
Spiser dagligt slik	13	12	14	13	13	23
Drikker dagligt sodavand	6	9	10	11	15	23
Spiser morgenmad alle hverdage	81	78	74	73	64	55
Springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen	8	11	14	18	22	29
Spiser frokost alle hverdage	70	72	73	69	60	64
Springer frokosten over mindst tre hverdage om ugen	10	9	9	13	19	18
Spiser morgenmad med mor og/eller far hver dag	29	24	24	24	24	21
Spiser aftensmad med mor og/eller far hver dag	62	63	62	64	65	52

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

Tabel 9.5 viser elevernes fysiske aktivitet og stillesiddende adfærd efter familiesocialgruppe. Også for disse typer af sundhedsadfærd ser vi en ophobning af uhensigtsmæssig adfærd i lavere socialgrupper. Ligeledes er de fleste sammenhænge her graderet. Og flere steder er forskellene mellem høj og lav socialgruppe ganske store. Dette gælder både for andelen af elever, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 7 timer om ugen og for andelen, som er hårdt

fysisk aktive mindst 4 timer om ugen. Andelen, som udfører 0 timer hård fysisk aktivitet om ugen udgør 3% i høj socialgruppe og 13% i lav socialgruppe. På samme vis er andelen af elever, som er stillesiddende mindst 4 timer om ugen grundet henholdsvis TV og elektronisk spil, markant højere i lav socialgruppe sammenlignet med høj socialgruppe.

Tabel 9.5 Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Udfører hård fysisk aktivitet mindst 7 timer om ugen i fritiden	23	21	17	18	11	15
Udfører hård fysisk aktivitet mindst 4 timer om ugen i fritiden	50	48	44	36	30	29
Udfører hård fysisk aktivitet 0 timer om ugen i fritiden	3	5	4	8	11	13
Ser mindst 4 timers TV, video, YouTube, DVD og lignende på hverdage	15	16	21	24	25	28
Spiller elektroniske spil (computer, tablet, smartphone, PlayStation og lignende) mindst 4 timer dagligt på hverdage	15	17	18	24	29	25

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

Tabel 9.6 viser elevernes ryge-, alkohol og hashvaner efter familiesocialgruppe. Som det ses af tabellen, varierer sammenhængene her en del. Andelen af elever, som ryger dagligt, er tydeligt højest i lav socialgruppe. Om end både andelen af elever, som har prøvet at ryge og for andelen, som ryger enten dagligt, ugentligt eller

sjældnere synes at udvise en lidt u-formet sammenhæng med socialgruppe med øget forekomst både i socialgruppe I og VI, så er forekomsten af begge typer rygeadfærd højest i socialgruppe VI. For både alkoholvaner og for hashrygning ses ingen sammenhæng med socialgruppe.

Tabel 9.6 Ryge-, alkohol- og hashvaner (%) efter familiesocialgruppe

	Socialgruppe					
	I (høj)	II	III	IV	V (lav)	VI*
Har nogensinde har røget cigaretter	16	15	15	12	10	21
Ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere	9	8	8	7	5	13
Ryger dagligt	2	2	2	2	3	7
Drikker alkohol mindst en gang ugentligt	7	7	8	5	4	10
Har været fuld mindst to gange	16	16	17	13	9	15
Har været fuld mere end ti gange	5	4	4	3	2	4
Har prøvet at ryge hash**	20	18	15	10	10	23
Har røget hash indenfor den seneste måned**	13	7	6	7	4	13

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

** Kun besvaret af 15-årige

Gennemgangen af de mange inkluderede mål og deres sammenhæng med socialgruppe viser 1) at mange sammenhænge viser social ulighed med en ophobning af ugunstige vilkår, tilstande og adfærdstyper i de lave socialgrupper, 2) at der for en del mål ikke ses nogen tydelige mønstre i forhold til socialgruppe og 3) at vi ingen steder finder en ophobning af ugunstige vilkår, tilstande og adfærdstyper i høj socialgruppe.

For flere af vores helbredsmål ses en ophobning af helbredsmæssige udfordringer i de lav-

ere socialgrupper. Dette gælder for symptombelastning, overvægt/svær overvægt og tilskadekomst. Desuden er forekomsten af elever med virkelig godt selv vurderet helbred lavere med faldende socialgruppe. Tilskadekomst viser ikke sammenhæng med socialgruppe. Flere aspekter af elevernes mentale sundhed udviser sociale mønstre med ophobning af belastninger i lavere socialgrupper. Dette gælder for andelen af elever med lav livstilfredshed og elever, som føler sig tykke. Forekomsten af elever med højt selvværd, høj self-efficacy og høj social kompetence er lavest i de lave socialgrupper. Ingen

sammenhæng ses for ensomhed. For dele af elevernes oplevelse af skolelivet, som alle børn jo har til fælles, finder vi ingen sociale forskelle. Dette gælder for elevernes generelle oplevelse af skolen og for deres oplevelse af at være presset af skolearbejde. Modsat er andelen af elever, som bliver mobbet, og andelen af elever, som mobber andre, mest forekommende i lav socialgruppe.

I forhold til sociale relationer, så viser vores tal, at høj fortrolighed med mor, med far og med bedste ven viser den højeste forekomst i høj socialgruppe og at både meget hyppigt samvær med venner og sjældent samvær med venner er mest forekommende i lav socialgruppe. For antal nære venner og SMS-kontakt med venner finder vi ingen udtalte sociale mønstre.

For sundhedsadfærd ser vi et generelt mønster med betydelige sociale mønstre – ofte med en markant højere forekomst af u hensigtsmæssig adfærd i lavere sociale grupper. Disse mønstre er særligt tydelige for kost- og måltidsvaner, om end sammenhængene her ikke er skarpt socialt graderet. Også for fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd er den sociale ulighed udtalt. Her er de fleste sammenhænge tydeligt graderet. Og flere steder er forskellene mellem høj og lav socialgruppe ganske store. For alkohol-, ryge og hashvaner er billedet knap så tydeligt. Andelen af elever, som ryger dagligt, er tydeligt højest i lav socialgruppe, mens der for både alkoholvaner og for hashrygning ikke ses nogen sammenhæng med socialgruppe.

10 Perspektivering

Med Skolebørnsundersøgelsen 2014 har vi for niende gang indsamlet data om helbred, sundhedsadfærd og trivsel blandt danske 11-, 13- og 15-årige skoleelever. Undersøgelsen i 2014 giver os mulighed for at vurdere den aktuelle forekomst af en række vigtige indikatorer for børn og unges helbred, sundhedsadfærd og trivsel. Undersøgelsen giver ligeledes mulighed for at belyse den tidsmæssige udvikling i disse, da en række af de inkluderede indikatorer indgår i vores målinger helt tilbage til 1980'erne.

Hvis vi betragter undersøgelsens resultater helt overordnet, kan det konkluderes, at de fleste danske 11- til 15-årige elever har det godt. Men som det fremgår af rapportens mange fund, er der hele tiden et stort mindretal af eleverne, som ikke fysisk eller mentalt har det godt og som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Ligeledes viser undersøgelsen, at vi for nogle indikatorer ser en positiv udvikling siden 2010, mens der for andre er tale om en udvikling i den forkerte retning. Undersøgelsens hovedfund er opsummeret i den indledningsvise sammenfatning. Nedenfor har vi fremhævet en række fund og udviklinger, som vi synes, er særligt fremtrædende.

1 Pigerne – og specielt de ældste – er særligt udfordret i forhold til helbred og mental sundhed

Nogle af de mest entydige kønsforskelle ses for helbred og mental sundhed og overordnet finder vi, at pigerne – og typisk de ældste piger – er særligt udfordret. For næsten alle symptomer er pigerne mere plagede end drengene. Dette gælder dermed også for den samlede symptombelastning og her ses det, at der særligt blandt de ældste piger er sket en stigning siden 2010. Det er ligeledes blandt de ældre

(13- og 15-årige) piger, at forekomsten af elever, som vurderer deres helbred som virkelig godt, er lavest. Den generelle livstilfredshed er lavere blandt pigerne end drengene – og lavest blandt de ældste piger. For både de ældste drenge og piger er der sket et fald i livstilfredshed siden 2010. Rigtig mange af pigerne føler sig for tykke, og for de 13- og 15-årige piger er denne andel steget markant siden 2010, på trods af at undersøgelsen kan bekræfte, at der ikke de sidste fire år har været noget stigning i forekomsten af overvægt i disse aldersgrupper. Ensomhed forekommer oftest blandt de ældre (13- og 15-årige) piger og andelen af elever med højt selvværd er lavest i samme gruppe. En mindre andel af pigerne end drengene rapporterer høj self-efficacy. Endelig viser resultaterne for positiv mental sundhed, at der er færre piger end drenge, som besvarer spørgsmålene positivt. Det er også de ældste piger, som føler sig mest pressede af skolearbejdet, og det er dem, der hyppigst bruger smertestillende medicin.

Det er en gammel observation, at piger og kvinder har flere helbredsproblemer end drenge og mænd. Forklaringer har der været nok af, *fra* at forskellene er kunstige og blot afspejler, at piger og kvinder er bedre til at rapportere helbredsproblemer, *til* at forskellene er reelle og afspejler reelle forskelle mellem de to køn, fx genetiske forskelle eller forskelle i belastninger i dagligdagen. Den store bekymring i denne sammenhæng er, at forskellene ser ud til at øges, fordi en større og større gruppe af de unge piger får det skidt. Det er en udfordring, vi i det danske samfund ikke tager godt nok hånd om. Vi kan ikke undskylde os med, at det er de unge kvinders eget problem, deres ambitioner osv., der er problemet. Reelt ved vi for lidt om, hvilke af de unge kvinder, som har det svært og hvad årsagen er.

2 Elevernes sundhedsadfærd viser varierende udviklinger

Til spørgsmålet om, hvorledes danske unges sundhedsvaner har udviklet sig, er der ikke et entydigt svar. Det er rigtig positivt, at vi for en del typer sundhedsadfærd finder positive ten-

denser fx for rygning og alkoholforbrug. Stadig er der for andre sundhedsadfærdstyper tendenser i negativ retning, fx indtag af frugt og stillesiddende adfærd.

Siden starten af 1980'erne er andelen af unge, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere faldet over tid og det er positivt at se, at dette fald er fortsat fra 2010 til 2014 for de 13- og 15-årige drenge og piger. Ligeledes ses der for daglig rygning et fald blandt de 15-årige. Til gengæld er der opstået en ny risiko med markedsføringen af e-cigaretter, som mange unge benytter sig af. For de unges alkoholvaner ser vi ligeledes en række positive tendenser. Fra 2010 til 2014 er elevernes alkoholdebut og fuldsksdebut blevet udskudt. Andelen, som har prøvet at drikke alkohol, har været faldende over en længere årrække – også over den seneste periode fra 2010 til 2014. Det samme mønster ses for ugentligt indtag af alkohol og for erfaringer med fuldskskab.

Også for fysisk aktivitet ser vi positive tendenser. Blandt de 13- og 15-årige ser vi en stigning i andelen af meget aktive elever og blandt de ældste drenge finder vi ligeledes en nedgang i andelen, som dyrker 0 timers hård fysisk aktivitet i deres fritid. For stillesiddende adfærd målt ved skærmtid foran TV'et ser vi derimod over den seneste periode fra 2010 til 2014, at andelen, som ser mindst 4 timers TV eller lignende på weekenddage, er steget i næsten alle grupper. Stillesiddende adfærd målt ved skærmtid brugt på elektroniske spil er ligeledes steget markant. For hverdage gælder dette særligt de 11-årige og de 13-årige piger. Der er således en tendens til, at de yngre tilnærmer sig de ældre elever i forhold til skærmtid på hverdage brugt på elektroniske spil. På tværs af køn og alder finder vi en markant stigning i andel af elever, som spiller elektroniske spil mere end 4 timer på weekenddage.

Et andet sted i denne undersøgelse, hvor vi fra 2010 til 2014 ser en negativ tendens er for indtaget af frugt. For både frugt og grønt observerede vi tidligere et markant fald i forekomsten af unge, som spiste frugt og grønt dagligt, fra

slutningen af 1980'erne og frem til årtusindskiftet. Dette blev afløst af en markant stigning. Fra 2010 til 2014 ses igen et fald i frugtindtag blandt både de yngste elever og blandt de ældste piger. I de resterende grupper er indtaget stagneret. Hvor udviklingen over tid i indtag af sodavand generelt siden slutningen af 1990'erne har vist et fald, ser vi nu, at faldet er stagneret blandt de yngre elever. Generelt har indtaget af slik været faldende og dette fald synes generelt at være fortsat frem til 2014. Ser vi på de unges måltidsvaner, så har udviklingen været relativ stabil fra 2006 til 2014. Blandt de 15-årige piger ses dog en positiv udvikling fra 2010 til 2014, idet andelen, der ofte springer morgenmaden over, her har været faldende.

Unge lægemiddelforbrug har over en årrække været stigende, men i flere grupper ses en stagnation over den seneste periode. Ligeledes viser vores tal for søvnlængde og søvnkvalitet positive tendenser siden 2010. Der synes at være færre elever, der sover for lidt, og hvor andelen af elever, som er trætte om morgenen, tidligere er steget markant, er der nu en opbremsning i den udvikling.

Med undtagelse af frugtindtag og i særdeleshed stillesiddende adfærd viser denne udgave af Skolebørnundersøgelsen således en række tilfælde med stagnation i tidligere negative udviklinger i danske 11- til 15-åriges sundhedsadfærd. Men det er naturligvis afgørende ikke blot at forholde sig til en udvikling, men også til det aktuelle niveau. En positiv udvikling eller en stagnation over de sidste fire år er ikke ensbetydende med, at vi er i mål. Stadig er det hver femte elev i niende klasse, som ryger dagligt eller ind imellem. Hver femte 15-årig dreng drikker ugentligt, og omtrent hver tredje 15-årig har prøvet at være fuld. Færre end hver anden elev lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst en times fysisk aktivitet om dagen. Kun hver anden 15-årig dreng spiser frugt dagligt og næsten hver fjerde 15-årig pige spiser ikke regelmæssigt morgenmad. Blandt de 15-årige er det to ud af tre, som sover tilstrækkeligt og 70% af eleverne er trætte om morgenen flere gange om ugen.

For flere af de områder, hvor vi over de senere år har set en positiv udvikling i børn og unges sundhedsadfærd, er der sammenfald med en struktureret indsats på samfundsniveau. En undersøgelse som denne kan ikke direkte påvise, at en given indsats er årsag til en observeret ændring i udviklingen. Men for nogle områder er der sammenfald, som tyder på, at det er muligt at bremse uheldige udviklinger med en struktureret og systematisk indsats. Eksempler på dette er de lovmæssige ændringer, som er gennemført for at begrænse unges adgang til tobak og alkohol. For frugt og grønt har den observerede stigning i indtag siden årtusindskiftet været sammenfaldende med '6 om dagen'-kampagnen, og et i øvrigt stort fokus på sund kost. Det nyligt observerede fald i frugtindtag viser derfor hvorledes en positiv udvikling, på trods af en langvarig og intens indsats, ikke kan betragtes som permanent. Man løser ikke problemerne med usund adfærd én gang for alle, men det er en kontinuerlig og vedvarende indsats, der skal til for at fastholde en positiv udvikling eller et positivt niveau.

3 Overvægt viser fortsat stagnation

Efter en lang periode med stigende forekomst af overvægt og svær overvægt har flere både internationale og nationale studier over de senere år påvist en stagnation i forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt børn og unge. I Skolebørnsundersøgelsen har vi spurgt til elevernes højde og vægt siden 1998 og særligt siden 2002 har vores tal ligeledes indikeret en stagnation i forekomsten af overvægt og svær overvægt. De seneste tal viser, at denne stagnation er fortsat frem til 2014. Faktisk viser resultaterne et signifikant fald blandt de 11-årige drenge. Overvægt og svær overvægt udgør en stor udfordring for folkesundheden, og det er derfor rigtigt positivt, at den stagnation, som vi tidligere har observeret, synes at være fortsat. Allermest ser vi selvfølgelig et fald, og der er måske noget, der tyder på dette blandt de yngste elever. De kommende år vil vise, om denne tendens er vedvarende.

Hvad der er årsag til den stagnerede udvikling i forekomsten af overvægt, kan der ikke gives et

simpelt svar på. Der har over de sidste 10-15 år været et stort fokus på børn og unges overvægt – det er et tema, som har haft stor bevågenhed i den offentlige debat og som er i fokus på enhver skole, daginstitution, hos lægen og hos sundhedsplejersken og også i mange familier. Det er tænkeligt, at denne opmærksomhed og de mange større og mindre tiltag for at vende udviklingen nationalt, regionalt eller helt lokalt på skolen og i familien, tilsammen har formået at skabe den opbremsning, vi lige nu ser. Med tanke på de alvorlige problemer, som overvægt og svær overvægt medfører både for det enkelte barn og for folkesundheden, er det afgørende, at vi fremadrettet ikke blot fastholder den observerede stagnation, men også sikrer, at overvægt og svær overvægt bliver stadigt mindre forekommende. For at nå dette mål, er det nødvendigt, at vi bliver stadigt bedre til at udvikle, teste og evaluere indsatser for derigennem hele tiden at kunne optimere disse. Dette arbejder er naturligvis allerede igangværende og det er afgørende, at det fremadrettet prioriteres indenfor sundhedsforskning og sundhedspolitik.

4 Store sociale uligheder

Vi ved fra vores tidligere undersøgelsesrunder, at der er social ulighed i fordelingen af mange af indikatorerne for børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd, og med undersøgelsen fra 2014 har vi endnu en gang dokumenteret disse. Der er en tydelig social ulighed med en ophobning af ugunstige vilkår, helbredsforhold og adfærdstyper i de lave socialgrupper. Enkelte indikatorer viser ingen tydelig sammenhæng med socialgruppe, dette gælder fx alkoholforbrug og skoletrivsel. Tidligere har man ment, at sådanne sociale uligheder i sundhed er vanskelige at bekæmpe. Men de seneste år er der fremlagt en betydelig dokumentation for, at alment sundhedsfremmende indsatser ser ud til at kunne dæmpe social ulighed i sundhed.

5 Hverdagsliv

En markant ændring i unges hverdagsliv i de seneste år er ændringen i omgangsformer. Hvor det tidligere var helt almindeligt, at 11-15-

årige var sammen med deres venner efter skoletid og ude sammen med venner om aftenen, så forekommer den slags fysisk samvær nu i meget mindre omfang. Til gengæld har unge overordentlig meget elektronisk kommunikation. Desværre mangler der indtil videre forskning om betydningen og konsekvenserne af sådanne ændringer i hverdagslivet. En anden markant ændring i unges hverdagsliv ses i familiesystemet, hvor stadig flere unge kommer til at opleve, at forældrene går fra hinanden. Vi konstaterer samtidig, at de fleste unge har let ved at tale fortroligt med deres mor og far, og at de indsamlede data om familiefunktion viser, at de fleste føler sig støttet af deres familie.

6 Skoleliv

De mange data om skoletrivsel kan sammenfattes således, at de fleste elever trives ganske godt med deres skole. Ikke fantastisk godt, for det er et mindretal som synes virkelig godt om skolen, men der er også kun få, som slet ikke kan lide skolen. Denne observation går igen, når vi spørger til forholdet til kammerater og lærere: Mange har en ganske god relation til kammerater og lærere, og meget få har en dårlig relation. Fra et folkesundhedssynspunkt er omfanget af mobning vigtigt. Mobning kan medføre alvorlige og langvarige helbredsskader, og derfor skal mobning bekæmpes. Heldigvis er det forholdsvis enkelt at skabe skolemiljøer med et lavt niveau af mobning, og det har danske skoler gjort i de sidste 10-15 år. Men problemet er ikke overstået. Man må aldrig slappe af i sin indsats for at bekæmpe mobning, for så stiger forekomsten igen, som det er tilfælde blandt de yngste drenge i denne undersøgelse. Der er stadig et stykke vej til det niveau, vi tror, er muligt at nå, nemlig at mobning kan reduceres til, at kun et par procent af eleverne udsættes for mobning.

Metodiske overvejelser

Når resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen vurderes, må dette nødvendigvis gøres i lyset af de metoder, hvormed de bagvedliggende data er indsamlet.

Skolebørnsundersøgelsen er baseret på et stort tilfældigt landsrepræsentativt udsnit af danske skoler. Derfor kan vi udtale os om danske 11-, 13- og 15-årige elever generelt og med stor sikkerhed. I denne seneste undersøgelsesrunde var det en særlig udfordring at sikre et tilstrækkeligt antal deltagende skoler, og vi har gjort et meget stort og grundigt arbejde for at sikre tilstrækkelig deltagelse og samtidigt sikre repræsentativiteten.

Den lave svarprocent på skoleniveau er naturligvis en bekymring, da man altid skal være opmærksom på, om skoler, som vælger ikke at deltage, på nogen vis afviger fra de skoler, som deltager. Det er dog vores opfattelse, at årsagen til den lave skoledeltagelse i 2014 skyldes, at skolerne alle var travlt optaget med at planlægge implementeringen af skolereformen 2014 og derfor ikke havde tid til også at deltage i Skolebørnsundersøgelsen. På trods af den lave deltagelse på skoleniveau har vi derfor den opfattelse, at det ikke nødvendigvis introducerer større fejlkilder i datamaterialet. Vores svarprocent på elevniveau er ganske høj. Alligevel skal man naturligvis være opmærksom på, at bortfaldet på elevniveau ej heller næppe er tilfældigt. Elever, som vælger ikke at deltage, kan være karakteriseret ved særlige kendetegn med den konsekvens, at undersøgelsens resultater ikke er udtryk for forholdene i den generelle population. For at minimere bortfaldet på elevniveau arbejder vi løbende på at udvikle vores målemetoder, således at de bliver lette for eleverne at forstå og besvare.

Foruden at være forankret i en erfaren og tværvidenskabelig national forskningsgruppe er Skolebørnsundersøgelsen baseret på et stort internationalt forskningsnetværk, som i samarbejde udvikler det anvendte spørgeskema. Gennem dette arbejde sikres det, at spørgeskemaet undergår stadig udvikling og validering.

Den internationale forankring af Skolebørnsundersøgelsen muliggør, at vi kan sammenligne os med en lang række andre europæiske og nordamerikanske lande og derigennem vurde-

re, om vi sammenlignet med andre klarer os godt eller skidt på en given indikator. Nationale sammenligninger giver desuden mulighed for at studere effekten af fx forskellige sundheds- og adfærdsanbefalinger, forskellige nationale forebyggende indsatser, forskellige uddannelsessystemer og forskellige nationale økonomiske prioriteter. Sådanne studier er ikke mulige, hvis kun nationale data er tilgængelige. Endeligt giver forankringen i det internationale forskningsnetværk os mulighed for at kontrollere om et givet fund i én kultur kan genfindes under andre kulturelle betingelser og dermed teste sammenhængens robusthed.

Ligeledes er det en styrke ved Skolebørnsundersøgelsen, at den er gennemført på samme måde cirka hvert fjerde år siden midten af 1980'erne – i alt ni gange. Udvælgelsen af skoler er gennemført på tilnærmelsesvis samme vis og er altid baseret på tilfældig udvælgelse af skoler ud fra en total liste over alle landets skoler. Spørgeskemaet er omhyggeligt testet, også af danske skoleelever, hvilket giver os tillid til, at vores målinger er valide. En lang række af vores spørgsmål har været inkluderet i alle ni undersøgelsesrunder. Dermed opstår vores unikke mulighed for at følge udviklingen over tid i en række af de mest centrale indikatorer for børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd.

En svaghed ved undersøgelsen er, at det er en tværsnitsundersøgelse. Det vil sige, at den undersøger eleverne på et givent tidspunkt, men følger ikke eleverne over tid. Dermed kan vi ikke udtale os om årsagssammenhænge, men kun om statistiske sammenhænge. Når vi fx finder en sammenhæng mellem sociale relationer med venner og rygning, kan vi ikke på baggrund af vores data konkludere, om det er sociale relationer, som leder til rygning, eller om det er rygning, som fører til dannelsen af sociale relationer. For at kunne klarlægge den præcise bagvedliggende årsagssammenhæng er forløbsdata, med gentagne dataindsamlinger fra de samme personer, nødvendige. Ved brug af tværsnitsdata er det derfor vigtigt at have en teoretisk forståelsesramme for de sammen-

hænge, som ønskes undersøgt. I den internationale forskningsprotokol er der således stor vægt på at sikre en teoretisk ramme for forståelsen og analysen af hvert inkluderet tema. Ligeledes er der i den nationale forskningsgruppe stor erkendelse af nødvendigheden af, at ethvert forskningsspørgsmål, som forsøges belyst med data fra Skolebørnsundersøgelsen, indsættes i en relevant teoretisk forståelsesramme.

Skolebørnsundersøgelsen benytter data fra eleverne selv. Det er således deres synspunkter, deres oplevelser, vi indhenter information om. Dette betragter vi generelt som en stor styrke ved undersøgelsen. Hvis vi ønsker at beskrive børn og unges liv, er det afgørende, at det gøres ud fra den oplevelse, de unge har af deres liv og af verden. Eleverne i de inkluderede aldersgrupper ved godt, hvordan de har det. De ved godt, om de har ondt. De ved, om de trives i skolen. De ved, om de føler, at de er fortlørlige med deres forældre og venner osv. Enkelte steder er selv-rapporterede data utilstrækkelige og dette gælder særligt for elevernes rapportering af deres høje og vægt. Som beskrevet tidligere er det her vigtigt at være opmærksom på den fejl, som dette introducerer – og derfor ikke overfortolke resultaterne for forekomst af overvægt og svær overvægt.

Implikationer for forskning: Der er stor forskningsaktivitet i HBSC-netværket. Der publiceres mange nationale og internationale rapporter og videnskabelige artikler fra undersøgelsen hvert eneste år, og undersøgelsen er bestandigt med til at forny forskningen om børn og unges sundhed ved at rette spotlyset mod nye emner og nye metoder. Undersøgelsens data er grundstammen i uddannelse af børne- og ungdomsforskere i mange lande i Europa og Nordamerika, hvilket markeres med en strøm af videnskabelige afhandlinger.

I starten blev der først og fremmest skrevet videnskabelige artikler om unges ryge-, drikke-, spise-, motionsvaner og symptomer. Men i de seneste år er interessen bredt ud, så HBSC nu benyttes til at publicere videnskabelige artikler

om så forskellige temaer som betydningen af etnisk baggrund, familiefunktion, samvær med venner, mobning, social ulighed i sundhed, social kapital i lokalsamfundet, skoleliv, betydningen af nationale sundhedsfremmende initiativer for unges sundhed, mental sundhed, overvægt, kropsopfattelse, kronisk sygdom, brug af lægemidler, seksuelle erfaringer, måltidsvaner og søvn.

Implikationer for praksis: Vi har haft den glæde, at Skolebørnsundersøgelsen bruges til mange formål herhjemme og internationalt. Vores data om unges sundhed og udviklingen over tid bliver ofte refereret som grundlag for politikker og sundhedsfremmende indsatser. Også internationalt benyttes data udbredt af WHO, UNICEF og andre internationale organer som dokumentation for børn og unges sundhed og som grundlag for nationale og internationale indsatser og politikudvikling.