

# Skolebørnsundersøgelsen 2022

Helbred, trivsel og sundhedsadfærd  
blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse  
i Danmark

## **Skolebørnsundersøgelsen 2022**

Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt skoleelever i 5., 7., og 9. klasse i Danmark

Forfattere:

Katrine Rich Madsen

Julie Ellegaard Ibáñez Román

Mogens Trab Damsgaard

Bjørn Evald Holstein

Mette Juul Kristoffersen

Trine Pagh Pedersen

Susan Ishøy Michelsen

Mette Rasmussen\*

Mette Toftager\*\*

Intern review:

Ola Ekholm

Veronica Pisinger

Copyright © 2023

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

\*Professionshøjskolen Absalon

\*\*Institut for Idræt og Biomekanik, SDU

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

Rapporten refereres således: Madsen KR, Román JEI, Damsgaard MT, Holstein BE, Kristoffersen MJ, Pedersen TP, Michelsen SI, Rasmussen M, Toftager M. Skolebørnsundersøgelsen 2022. København. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-620-6

Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-622-0

Foto: Leif Tuxen for Realdania

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades på [www.hbsc.dk](http://www.hbsc.dk)

# Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen 2022.

Undersøgelsen udgør det danske bidrag til det internationale studie 'The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization Collaborative Cross-national Study', hvor mere end 50 europæiske og nordamerikanske lande deltager. Dette omfangsrige forsknings samarbejde har som formål at øge indsigten i børn og unge menneskers helbred, trivsel og sundhedsadfærd – med udgangspunkt i den sociale kontekst, de lever i. HBSC gennemføres ved indsamling af spørgeskemadata fra skoleelever i 5., 7. og 9. klasse – svarende til 11-, 13- og 15-årige – i repræsentative stikprøver i hvert af de deltagende lande. Undersøgelsen har siden begyndelsen af 1980'erne været gennemført cirka hvert fjerde år. Danmark har været med helt fra begyndelsen, og Skolebørnsundersøgelsen har således været gennemført i alt 11 gange. Undersøgelsen gennemføres i Danmark af en gruppe af børneforskere under ledelse af den danske HBSC-styregruppe på Syddansk Universitet.

Skolebørnsundersøgelsen udgør en vigtig kilde til monitorering af danske skoleelevers helbred, trivsel og sundhedsadfærd, og denne rapport fra den seneste undersøgelse i 2022 præsenterer aktuelle forekomster og udviklinger over tid for en lang række centrale indikatorer. Rapporten bidrager således med basisinformation, som er af afgørende betydning for prioriteringer i den nationale sundhedspolitik og -planlægning. Ligeledes er det vores erfaring, at rapportens resultater både nationalt og lokalt er relevant for

beslutningstagere, planlæggere, praktikere og studerende inden for skoleområdet og det sociale område.

En rapport som denne er grundlæggende beskrivende og giver derfor ikke direkte forklaringer på de præsenterede forekomster og udviklinger over tid. Det vil kræve supplerende data samt yderligere og mere avanceret analyse at dokumentere mulige forklaringer og årsagssammenhænge. Det er derfor vigtigt at være forsigtig med fortolkninger af de præsenterede resultater. Studiet bidrager også til grundforskning om de 11-15-åriges sundhed, som man kan læse i de ca. 1.200 videnskabelige publikationer, der udspringer af Skolebørnsundersøgelsen (se projektets internationale hjemmeside [hbsc.org](http://hbsc.org)). Ligeledes findes henvisninger til videnskabelige rapporter og artikler fra den danske forskergruppe på projektets nationale hjemmeside ([hbsc.dk](http://hbsc.dk)).

Vi takker for den opbakning, som deltagende skoler, lærere og ikke mindst elever har vist os. Ligeledes vil vi takke Sundhedsstyrelsen for finansiel støtte til dataindsamling og produktion af denne rapport.

En større gruppe af børnesundhedsforskere har bidraget til rapporten, hvis hovedredaktør er projektleder for Skolebørnsundersøgelsen Katrine Rich Madsen fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Morten Hulvej Rod  
Direktør  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

# Indhold

<b>Sammenfatning</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>12</b>
<b>Læsevejledning</b> .....	<b>14</b>
<b>1 Baggrund, formål og organisering af Skolebørnsundersøgelsen</b> .....	<b>15</b>
1.1 Baggrund .....	15
1.2 Formål og begrebslig model for Skolebørnsundersøgelsen .....	15
1.3 Rapportens formål .....	20
<b>2 Metode</b> .....	<b>21</b>
2.1 Udvalgelse og deltagelse af skoler og elever .....	21
2.2 Dataindsamling og svarprocent i kølvandet på COVID-19 .....	22
2.3 Spørgeskemaet .....	23
<b>3 Sociale og demografiske kendetegn</b> .....	<b>26</b>
3.1 Køn og klassetrin .....	26
3.2 Forældres uddannelse .....	27
3.3 Familieform .....	29
3.4 Herkomst .....	29
<b>4 Helbred</b> .....	<b>30</b>
4.1 Selvvurderet helbred .....	32
4.2 Symptomer .....	34
4.3 Vægtstatus .....	47
4.4 Skader .....	49
4.5 Langvarig sygdom og handicap .....	51

<b>5 Mental sundhed .....</b>	<b>53</b>
5.1 Livstilfredshed.....	55
5.2 Kropsopfattelse.....	57
5.3 Ensomhed .....	59
5.4 Selvværd .....	61
5.5 Selvformåen (self-efficacy) .....	63
5.6 Mentalt velbefindende: SWEMWBS.....	65
5.7 Emotionelt velbefindende: WHO-5.....	67
5.8 Oplevet stress.....	69
5.9 Social kompetence .....	71
<b>6 Sundhedsadfærd .....</b>	<b>73</b>
6.1 Tobak .....	75
6.2 E-cigaretter .....	79
6.3 Snus .....	82
6.4 Alkohol.....	84
6.5 Hash .....	89
6.6 Seksualadfærd .....	91
6.7 Lægemidler mod hovedpine.....	93
6.8 Fysisk aktivitet .....	95
6.9 Kostvaner .....	99
6.10 Måltidsvaner .....	105
6.11 Tandbørstning.....	108
6.12 Onlineliv og skærmbrug.....	110
6.13 Søvn.....	116
<b>7 Sociale relationer .....</b>	<b>121</b>
7.1 Relationer i familien .....	122
7.2 Relationer med venner.....	126
7.3 Mobning.....	136
<b>8 Skoleliv .....</b>	<b>141</b>
8.1 Skoletilfredshed .....	142
8.2 Pres af skolearbejde .....	144
8.3 Støtte fra lærere og klassekammerater .....	146
8.4 Elevfællesskab.....	148
<b>9 Perspektivering.....</b>	<b>150</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>157</b>

# Sammenfatning

## Baggrund og formål

Rapporten har tre formål, 1) at formidle de seneste data om sundhed, trivsel og sundhedsadfærd blandt elever i 5., 7. og 9. klasse opdelt på køn og klassetrin, 2) at beskrive social ulighed i relation til forældres uddannelsesniveau, og 3) at beskrive udviklingen i udvalgte indikatorer over tid.

## Metode

Skolebørnsundersøgelsen er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), som fokuserer på tre aldersgrupper, 11-, 13- og 15-årige. Undersøgelsen har været gennemført med fire års mellemrum de sidste 40 år, og den dækker nu over 50 lande i Europa og Nordamerika. Den danske undersøgelse i 2022 omfatter 5.823 elever i 5., 7. og 9. klasse i et tilfældigt udsnit af skoler. Eleverne har besvaret et internationalt standardiseret spørgeskema om helbred, trivsel, sundhedsadfærd og levekår i en klasstime. Svarprocenten i de deltagende klasser er 70 %.

## Sociale og demografiske kendetegn

Gennem en tilfældig sampling af skoler har vi tilstræbt, at studiepopulationen ligner alle 11-15-årige i Danmark: 73 % bor i en traditionel familie med mor og far, mens 27 % bor i andre familietyper, for eksempel hos en ene-forsørger eller i en sammenbragt familie. De fleste, 89 %, har dansk herkomst, 4 % er indvandrere og 6 % efterkommere efter indvandrere. Cirka en tredjedel af eleverne har forældre, hvor den højest fuldførte

uddannelse er gymnasial eller erhvervsfaglig (29 %), kort eller mellemlang videregående uddannelse (37 %) eller lang videregående uddannelse (29 %). En mindre andel af eleverne (5 %) har forældre, hvor den længst fuldførte uddannelse er grundskole.

## Helbred

Mange elever har helbredsproblemer. Piger har oftere helbredsproblemer end drenge, de ældste elever har oftere problemer end de yngre, og der er sket en forværring i de senere år, som er særligt tydelig blandt de ældste piger. Et markant eksempel er, at andelen af piger i 9. klasse med hovedpine ugentligt eller hyppigere er steget fra 33 % i 2010 til 54 % i 2022.

**Selv vurderet helbred:** De fleste elever beskriver deres helbred som virkelig godt/godt, men 20 % af pigerne og 10 % af drengene synes, deres helbred er dårligt/nogenlunde. Det er især de ældste elever, som har dårligt/nogenlunde helbred. Andelen med virkelig godt helbred har været faldende de sidste 40 år.

**Symptomer:** Mange elever har smerter næsten ugentligt eller hyppigere. Andelen af piger, som har hovedpine, mavepine og ondt i ryggen er hhv. 43 %, 29 % og 30 %. Blandt drengene er det 23 %, 13 % og 25 %. Andelen med smerter er steget betydeligt i de seneste 20 år, særligt blandt de ældste elever. Det er også almindeligt at have emotionelle symptomer. Flere piger oplever at have emotionelle symptomer ugentligt eller hyppigere, hvor 50 % er ked af det, 62 % er irriteret/i dårligt humør, 52 % er nervøs, 53 % har svært ved at falde i søvn, og 33 % er svimmel. Blandt drengene er det meget færre,

hhv. 17 %, 39 %, 27 %, 39 % og 16 %. Andelen med mindst ét af de nævnte symptomer dagligt er 40 % blandt pigerne og 23 % blandt drengene. Blandt pigerne ses en tydelig stigning i emotionelle symptomer i de seneste 20 år. En stigning, der bliver mere markant med alderen og er tydeligst blandt pigerne i 9. klasse.

**Vægtstatus:** 10 % af pigerne og 13% af drengene har overvægt/svær overvægt, og 5 % af pigerne og 4 % af drengene har undervægt. Der har været en lille stigning i overvægt siden 1998.

**Skader:** 44 % af pigerne og 50 % af drengene er inden for det sidste år kommet til skade i en sådan grad, at de skulle behandles af en læge eller sygeplejerske. Tallet har været ret stabilt i de seneste 20 år.

**Langvarig sygdom og handicap:** En del børn rapporterer at have et handicap eller langvarig sygdom (varighed over tre måneder); 15 % af pigerne og 12 % af drengene rapporterer et fysisk handicap eller en langvarig fysisk sygdom, og hhv. 15 % af pigerne og 8 % af drengene rapporterer et psykisk handicap eller en langvarig psykisk sygdom.

## Mental sundhed

Måling og begrebslig afklaring af mental sundhed er under stadig udvikling i HBSC. Skolebørnsundersøgelsen 2022 rummer data om ni indikatorer for aspekter af mental sundhed, og mange dækker Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed som "en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker". Definitionen indeholder to hoveddimensioner; en emotionel dimension (oplevelse af velbefindende) og en funktionel dimension

(hvordan individet fungerer i forhold til omgivelserne).

Et stort mindretal har problemer, uanset hvilken af de ni indikatorer vi ser på. Der er helt systematisk flere piger end drenge, som har problemer, især pigerne i 9. klasse, og der har været en markant vækst i sådanne problemer i de seneste 10-20 år.

**Livstilfredshed:** Flere drenge end piger (35 % vs. 20 %) har høj livstilfredshed, og andelen med høj livstilfredshed er faldet betydeligt i de seneste tyve år, særligt markant fra 2018 til 2022.

**Kropsofattelse:** Halvdelen af alle piger i 9. klasse synes, de er for tykke, kun 8 % synes, de er for tynde. Blandt drenge i 9. klasse er der omvendt flere, der synes, de er for tynde (25 %) end for tykke (22 %). Andelen har været nogenlunde stabil siden 1994.

**Ensomhed:** Blandt pigerne føler 12 % sig ensomme ofte eller meget ofte, blandt drengene er det 6 %. Ensomhed har været let stigende blandt pigerne i 7. og 9. klasse fra 1988 til 2022.

**Selvværd og selvformåen:** Markant flere drenge end piger (26 % vs. 10 %) har højt selvværd, og flere drenge end piger har høj selvformåen (28 % vs. 14 %). Elevernes selvformåen har været faldende siden de første målinger i 2014, og andelen af elever med højt selvværd er faldet blandt de yngste elever fra 2014 til 2022.

**Mentalt velbefindende (SWEMWBS):** Flere drenge end piger har højt mentalt velbefindende (27 % vs. 9 %), og elevernes mentale velbefindende har været faldende siden de første målinger i 2014.

**Emotionelt velbefindende (WHO-5):** Knap tre gange så mange drenge som piger i 7. og 9. klasse har højt emotionelt velbefindende (29 % vs. 11 %).

**Stress:** Flere piger end drenge har et højt stressniveau (22 % vs. 6 %).

**Social kompetence:** 28 % af eleverne i 7. og 9. klasse vurderes som havende et højt niveau af social kompetence, og niveauet har været faldende siden 2014.

## Sundhedsadfærd

### Nikotin, alkohol, hash, sex og lægemidler:

Andelen af elever, der ryger, har været faldende siden 1998. I 2022 er der 15 % af pigerne og 10 % af drengene i 9. klasse, der ryger, og 2 % blandt begge køn, der ryger dagligt. Blandt elever i 9. klasse har 21 % prøvet e-cigaretter, 12 % inden for den seneste måned, og 12 % har brugt snus, 5 % dagligt. Andelen, der har prøvet at drikke alkohol, er faldet markant fra 1998 til 2014, men er siden steget blandt elever i 7. og 9. klasse. Andelen, som drikker alkohol hver uge, er faldet betydeligt fra 2002 til 2014, men er siden steget blandt eleverne i 9. klasse. I 2022 er der 22 % af pigerne og 27 % af drengene i 9. klasse, som drikker alkohol ugentligt. En tilsvarende udvikling ses for fuldskab, og i 2022 er der 44 % af pigerne og 48 % af drengene i 9. klasse, som har prøvet at være fulde mindst to gange. 10 % af eleverne i 9. klasse har prøvet hash, en halvering siden 2002; 22 % af eleverne i 9. klasse har haft samleje, og næsten alle har brugt prævention ved seneste samleje. Selvmedicinering er almindeligt blandt elever i 5., 7. og 9. klasse; 50 % af pigerne og 36 % af drengene har brugt lægemidler mod hovedpine inden for den seneste måned. Andelen er højest i 9. klasse, for eksempel 62 % blandt pigerne, langt højere end i tidligere undersøgelser.

**Fysisk aktivitet:** Vores selvrapporterede data handler om hård fysisk aktivitet i fritiden, hvor man bliver forpustet eller sveder. Der er 36 % af pigerne og 53 % af drengene, som er fysisk aktive, så de bliver forpustet eller sveder,

mindst fire timer om ugen, mens 33 % af pigerne og 21 % af drengene er fysisk aktive højest én time om ugen. Siden første måling i 1988 ses det, at drenge er betydeligt mere aktive end piger. Henholdsvis 68 % af pigerne og 74 % af drengene går til organiseret idræt i fritiden.

**Kost- og måltidsvaner:** Kun en tredjedel af eleverne spiser frugt hver dag, og knapt halvdelen spiser grøntsager hver dag. Andelen, der spiser frugt og/eller grøntsager hver dag, er 54 % i 5., 47 % i 7. og 45 % i 9. klasse. Andelen med dagligt indtag af frugt har været faldende siden 2010, særligt blandt pigerne, hvorimod andelen med dagligt indtag af grøntsager har været primært stigende frem til 2018 med et mindre fald frem til 2022. Knapt 10 % spiser slik eller chokolade hver dag, og under 10 % drikker sukkersødet sodavand hver dag, dog cirka dobbelt så mange drenge som piger. De fleste spiser morgenmad, men 29 % af pigerne og 21 % af drengene springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen. Det er især piger, der springer morgenmaden over, og det er blevet mere almindeligt siden 2014. Over 90 % af eleverne spiser et måltid sammen med deres familie hver dag eller de fleste dage.

**Tandbørstning:** Der er 79 % af pigerne og 77 % af drengene, som oplyser, at de børster tænder to gange om dagen. Dette tal har været nogenlunde konstant i de sidste 40 år.

**Onlineliv og skærmbrug:** Undersøgelsen viser det gennemsnitlige tidsforbrug på skærmaktiviteter på hverdage og weekend i den seneste måned blandt elever i 9. klasse. Der er generel kønsforskel på, hvad piger og drenge bruger deres tid på. For eksempel bruger pigerne 190 minutter på sociale medier, mens drengene bruger 141 minutter, og drenge bruger 159 minutter på gaming mens piger bruger 70 minutter. Dertil kommer andre aktiviteter såsom samtaler og informationssøgning. Tidsforbruget på

weekend dage er endnu højere. De samme kønsforskelle samt mønstre i skærmaktivitet gør sig gældende, når man opgør skærmforbrug på andelen, som bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter til hverdag og weekend. De fleste elever bruger deres skærm om natten/efter sengetid. Blandt elever i 5., 7. og 9. klasse er der hhv. 23 %, 52 % og 61 %, som bruger deres skærm hver nat eller de fleste nætter. Andelen af elever i 5., 7. og 9. klasse, der har regler hjemme for brug af skærm på hverdage, er hhv. 41 %, 26 % og 13 %; færre har regler for weekend dage. Spørgeskemaet rummer spørgsmål, som afdækker problematisk brug af sociale medier; 8 % af eleverne i 7. til 9. klasse har et problematisk skærmbrug.

**Søvn og træthed:** Andelen, som sover 8 timer eller mindre, er 9 % i 5., 33 % i 7. og 65 % i 9. klasse. Andelen, som sover for lidt, har dog været faldende – primært blandt de ældste elever – fra 2010 og frem. Cirka hver femte pige og hver sjette dreng sover dårligt eller uroligt om natten. Når eleverne skal i skole om morgenen føler cirka 29 % af pigerne og 28 % af drengene sig trætte hver dag, og yderligere 52 % og 49 % føler sig trætte 1-4 dage af skoleugen. Andelen af eleverne, der føler sig morgentrætte mindst ugentligt, er langt højere i dag end i 1980'erne og 1990'erne.

## Sociale relationer

**Tillidsfulde kontakter og støtte:** Over 80 % af eleverne kan tale tillidsfuldt med deres mor, når der er noget, der virkelig plager dem. Flere piger end drenge har denne tillidsfulde kontakt og flere elever i 5. end 9. klasse. Tallet har været nogenlunde konstant siden 1988. Lidt færre, 62 % af pigerne og 80 % af drengene, kan tale tillidsfuldt med deres far. Men andelen har været stigende - særligt blandt elever i 7. og 9. klasse - siden midten af 90'erne. De fleste oplever således god støtte fra deres familie. De fleste kan tale

tillidsfuldt med venner, og niveauet har været nogenlunde stabilt for pigerne og let stigende for drengene i de seneste 20 år.

**Fysisk samvær med venner:** I 1980'erne var de fleste skolebørn sammen med venner fire-fem hverdage hver uge, i 2022 er det kun for hver fjerde. I 1980'erne var omkring 30 % af elever i 5. til 9. klasse sammen med venner mindst fem aftener hver uge, i 2022 er det mindre end hver tiende. Der er således sket et betydeligt fald i andelen af børn, der er fysisk sammen med venner i fritiden over knapt 40 år.

**Online kontakt:** Omfanget af online kontakt er højt: 35 % af eleverne angiver at have online kontakt med andre hele tiden, og andelen stiger med klassetrin.

**Mobning:** Omkring 6 % er jævnligt (mindst to-tre gange om måneden) udsat for mobning i skolen, et niveau som har været stabilt siden 2010. Yderligere 4 % er jævnligt udsat for online mobning.

## Skoleliv

**Skoletilfredshed:** Der er 25 %, som virkelig godt kan lide skolen, og yderligere 57 %, som mener, at skolen er nogenlunde. De sidste 23 % kan ikke lide skolen. Andelen, som ikke kan lide skolen, stiger med alderen, og blandt eleverne i 9. klasse kan 24 % af pigerne og 21 % af drengene ikke lide skolen. Andelen, som ikke kan lide skolen, har været nogenlunde stabil siden 1988.

**Pres af skolearbejde:** Der er 30 % af eleverne, som føler sig meget eller noget presset af skolearbejdet. Flere piger end drenge har denne følelse og flere elever i 9. end 5. klasse. I 9. klasse føler 44 % af pigerne sig meget eller noget presset af skolearbejdet. Niveauet af oplevet pres fra skolearbejdet er steget markant blandt piger – og særligt de ældste – i de seneste 20 år, men har været konstant blandt drenge.

**Oplevet støtte og fællesskab:** 70 % af pigerne og 81 % af drengene oplever høj grad af støtte fra klassekammerater, og 73 % af pigerne og 78 % af drengene oplever høj grad af støtte fra lærerne. Andelen er stort set ens på tværs af klassetrin. Spørgsmålene om elevfællesskab viser, at 64 % af pigerne og 77 % af drengene oplever høj grad af fællesskab, mens 13 % af pigerne og 6 % af drengene slet ikke oplever noget fællesskab mellem eleverne.

## Social ulighed

Undersøgelsens mange data er sat i relation til elevernes sociale baggrund, målt med forældrenes længste uddannelse. Et hovedresultat i denne rapport er, at der er en tydelig sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesniveau og udbredelsen af belastninger og helbredsproblemer blandt eleverne. Der tegner sig fire overordnede mønstre af den sociale ulighed i elevernes sundhed. 1) For langt de fleste indikatorer i rapporten viser den sociale ulighed sig som en gradient. Det vil sige, at andelen af elever med helbredsproblemer stiger, jo kortere uddannelse deres forældre har. Således gælder det for eksempel at andelen med lavt selv vurderet helbred, smerter, mindst ét symptom dagligt, overvægt/svær overvægt, lav livstilfredshed, lav self-efficacy, lavt mentalt velbefindende, samt andelen der føler sig for tykke og ensomme stiger jo kortere uddannelse forældrene har. Der er også en større andel, som ryger, bruger e-cigaretter og snus, bruger skærm efter sengetid og har et problematisk brug af sociale medier jo kortere forældres uddannelse er, mens en mindre andel er fysisk aktive og deltager i organiseret idræt. En mindre andel spiser frugt og grøntsager dagligt, og andelen som drikker sodavand dagligt, springer morgenmaden over, spiser sjældent måltid med familien og ikke børster tænder så hyppigt som anbefalet falder jo kortere uddannelse. Ligeledes stiger andelen

af elever som sover 8 timer eller mindre om natten og som sover dårligt eller uroligt med uddannelseslængde. Der er en mindre andel, som har tillidsfulde relationer til deres forældre, og som oplever støtte fra deres familie jo kortere uddannelse forældrene har. En større andel er udsat for – og deltager selv i – mobning, og en mindre andel oplever støtte fra deres klassekammerater og fællesskab eleverne imellem. 2) Det andet mønster, som ikke er helt så udbredt som det første, viser uligheden som en dikotomi. Her er andelen af elever med helbredsudfordringer størst i gruppen af elever, hvor forældrene har grundskolen som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med resten af uddannelsesgrupperne, som ligner hinanden. Således er andelen af elever med en højere forekomst af for eksempel problemer med at falde i søvn, brug af hash og mobning højere, hvis forældre har grundskolen som højest fuldførte uddannelsesniveau, sammenlignet med resten af populationen. 3) Det tredje mønster er kun forekommende i tre tilfælde. Det gælder andelen, som har prøvet at drikke alkohol, andelen som drikker ugentligt samt andelen, der har været fulde mindst to gange. Her er mønsteret i uligheden omvendt af det andet mønster. Således er der færrest elever, som har erfaringer med alkohol, i gruppen hvor forældrene grundskole som længste uddannelse i forhold til resten af uddannelsesgrupperne. 4) Det sidste mønster i den sociale ulighed er de tilfælde, hvor der ingen tydelig social ulighed er at se. Det er ikke så udbredt, men alligevel forekommende. For eksempel er der ingen tydelig social ulighed i at være ked af det, irritabelt/dårligt humør, nervøsitet, svimmelhed, lavt selvværd, skader, langvarig fysisk og psykisk sygdom, emotionelt velbefindende, andelen som har prøvet at ryge, bruge lægemidler mod hovedpine, har fortrolig relation til venner, er fysisk sammen med venner om aftenen samt skoletilfredshed.

## Perspektiver

Flere markante fund bør give anledning til sundhedspolitisk prioritering og sundhedsfremmende indsats: 1) Alt for mange børn har bekymrende sundhedsadfærd. Selv om der er sket visse forbedringer i de senest år (fx færre rygere, færre bruger hash), så er der problemer med brug af alkohol, utilstrækkelig fysisk aktivitet, for megen stillesiddende aktivitet (skærmb brug), for lidt frugt og grøntsager i kosten samt utilstrækkelig søvn. Der er brug for en betydelig indsats for at skabe forbedringer i børns sundhedsadfærd, for eksempel via sundhedsoplysning og strukturelle forebyggende indsatser.

2) Alt for mange børn har mentale problemer, for eksempel emotionelle symptomer, ensomhed, stress, lavt emotionelt velbefindende, lavt selvværd, lav selvformåen og lav social kompetence: Markant flere piger end drenge rapporterer sådanne problemer, og niveauet af problemer er steget siden 2010, særligt blandt de ældste piger. Mange af disse problemer kan forebygges eller bremses, og der er brug for en betydelig indsats på dette område.

3) Der er ofte påfaldende store kønsforskelle i helbred, trivsel og sundhedsadfærd. Der er flere piger end drenge, som rapporterer lavt selvurderet helbred, smerter, og lav mental sundhed. Markant flere piger end drenge er fysisk inaktive. Piger bruger betydeligt flere timer på sociale medier, og de erkender lidt oftere end drenge, at det giver dem problemer. Kønsforskellene viser sig også i elevernes sociale liv, hvor flere piger end drenge har relationelle problemer. Den ekstra sundhedsfremmende indsats, som denne rapport dokumenterer behovet for, bør i særlig grad tilgodeses de mange problemer hos pigerne.

4) Der er betydelig social ulighed i sundhed. Børn hvis forældre har kortvarig uddannelse har som hovedregel flest problemer med helbred, mental sundhed, sundhedsadfærd og sociale relationer. At der er social ulighed på så mange områder viser, hvor alvorligt og omfangsrigt problemet er, hvor tidligt i livet den sociale ulighed starter, og hvor langt vi er fra at have løst problemet. Der er brug for sundhedspolitisk nytænkning for at løse dette problem. Der er brug for både universelle indsatser rettet mod hele børnepopulationen og selektive indsatser, hvor indsatsen er målrettet grupper af børn og unge med utilstrækkelige ressourcer i hjemmet.

# Abstract

**Aims:** The report has three aims: 1) to present new data on health, thriving and health behaviour among 11-, 13- and 15-year-olds by sex and grade, 2) to analyze social inequality by parents' education, and 3) to show time-trends in selected health indicators.

**Methods and study population:** Every fourth year since 1984, the Danish arm of the international research project Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) examines health, thriving and health behaviour among 11-, 13- and 15-year-olds. The study collects questionnaire data from students in a random sample of schools. In 2022, the response rate was 69 %, n=5751. The study population is like all 11-15-year-olds in Denmark: 73% live with both parents, 27% in other family constellations, e. g. with a single parent or in a reconstructed family; 89% are native Danes, 4% are immigrants and 6% descendants of immigrants.

**Health:** A large proportion of students have poor self-rated health and high frequency of pain and emotional complaints. Health problems are more prevalent among older than younger students, and there has been a substantial aggravation in recent years. One example is that 33% of 15-year-old girls had headache at least weekly in 2010; in 2022 the prevalence was 54%.

Ten per cent of girls and 13% of boys are overweight/obese, 5% of girls and 4% of boys are underweight. Overweight is more prevalent in 2022 than 1998. Almost half of the students have had an injury within the past year which needed treatment by a physician or nurse, a prevalence which has been stable in the last 20 years. Longstanding illness

(duration over 3 months) and handicap are common: 15% of girls and 12% of boys report a physical longstanding illness/handicap, 15% of girls and 8% of boys report a mental longstanding illness /handicap.

**Mental health:** The study includes data on ten mental health indicators. For each of these indicators, a large minority of students have problems. Girls have consistently higher prevalence of mental health problems than boys and the prevalence is consistently highest among the oldest students. There has been a significant increase in mental health problems in the last 10-20 years. One example: significantly more girls than boys (45% vs. 19%) have poor self-esteem. A second example: 12% of the girls and 6% of the boys report frequent or very frequent loneliness, and loneliness has increased among girls from 2018 to 2022. A third example: twice as many girls than boys have low life satisfaction and life satisfaction has decreased significantly the last 20 years among girls, particularly since 2018. One fourth of the students are tired every morning when they go to school; further 52% are tired 1-4 mornings per week when going to school. The prevalence of morning tiredness is much higher in 2022 than in the 1980s. The majority sleep less than recommended.

**Health behaviour:** The proportion of smokers has decreased since 1998. In 2022, 15% of the girls and 10% of the boys in the ninth grade smoke, 2% every day. Among nine-graders, 12% have smoked e-cigarettes in the last month; 12% are snuff users, 5% every day. The proportion who drink alcohol every week decreased significantly from 2002 to 2014 but has increased since 2014. In 2022,

22% of the girls and 27% of the boys in ninth grade drink alcohol every week. A similar trend is seen for drunkenness. Ten per cent of the nine-graders have tried cannabis, which is half of the prevalence in 2002; 22% of the nine-graders have had sexual intercourse, almost all used condom or the pill at the last intercourse.

Self-reported data on energetic physical activity show that 36% of girls and 53% of boys are physically active at least four hours per week; 33% of girls and 21% of boys are physically active maximally one hour per week. The proportion who eats fruit or vegetables every day is 54% in fifth grade, 47% in seventh grade and 45% in ninth grade and the proportion has been decreasing in recent years. Most students eat breakfast but 29% of girls and 21% of boys skip breakfast at least three mornings per week. Skipping breakfast has increased since 2014. More than 90% of the students eat a meal with their family every day or most days.

The participants are online many hours per day on average, and the majority use their screens at night / after bedtime; 8% of students in the seventh and ninth grade has a problematic screen-use.

**Social relations:** More than 80% can talk confidentially with their mother when something really bothers them, 70% can talk confidentially with their father. The vast majority can talk confidentially with at least one friend. Most perceive high support from their family. The amount of physical contact with friends have decreased considerably in the past 20 years but the level of online contact is high: 88% have online contact every day, often several times per day, and 35% have online contact all the time; 6% have been victimized by bullying at school at least two-three times per month, and this prevalence has been stable since 2010; 4% are victims of habitual cyberbullying.

**School:** 25% are really pleased about school, 57% think the school is OK, and 23% do not like school. Thirty pct. feel pressured by schoolwork, and this feeling has increased substantially among girls in the last 20 years. Most students feel a high level of support from their classmates and teachers. Most students have a high sense of community at school.

**Social inequality:** Most health and social problems are more prevalent among students whose parents have a shorter educational attainment. Some examples: these students have higher prevalence of poor self-rated health, pain and aches, overweight, low life satisfaction, loneliness, low self-esteem, low self-efficacy, and low mental wellbeing. They have higher prevalence of smoking, use of e-cigarettes, snuff, and cannabis. They are more often physically inactive, eat less fruit and vegetables, drink more sugar-sweetened soft drinks, skip breakfast more often and have family meals less often. They have a higher prevalence of insufficient sleep, poor sleep quality and insufficient tooth brushing. They have a higher prevalence of non-confidential relations with parents and perceive less support from their family. They are more often involved in and victimized by bullying and experience less support from their classmates and lower sense of community at school.

**Perspectives:** It is difficult to summarize the many findings, but four notable findings need further attention. 1) Too many children show worrying health behaviours, e. g. alcohol use, physical inactivity, poor food intake and insufficient sleep. 2) The level of mental health problems and thriving problems is high and increasing, particularly among the oldest girls. 3) Differences in health and health behaviours among girls and boys are often huge, and girls are hit harder than boys. 4) The level of social inequality in health, thriving and health behaviour is high and problematic.

# Læsevejledning

Rapporten indeholder 9 kapitler. De første tre belyser undersøgelsens baggrund, formål, organisering, metode, studiepopulationen samt de deltagende elevers sociodemografiske kendetegn, for eksempel familieform, forældres uddannelse og herkomst. Kapitel 4-8 gennemgår undersøgelsens resultater: Helbred, mental sundhed, sundhedsadfærd, sociale relationer og skoleliv. Kapitel 9 rummer en perspektivering af rapportens fund.

Kapitel 4-8 om resultater er opbygget på følgende standardiserede måde: 1) Præsentation af emnet og hvorfor det er vigtigt, 2) Hvordan emnet er målt i undersøgelsen, 3) Præsentation af hovedfund efter køn og klassetrin, 4) Præsentation af fund efter forældreuddannelse, og 5) Præsentation af udviklingen over tid efter køn og klassetrin, hvor det er muligt. Formidlingen af resultater bygger på følgende fire principper:

**Princip 1:** Der vises kun nøgletal, ikke detaljer. Et eksempel er beskrivelsen af elevernes indtag af frugt. Her beskriver vi, hvor mange procent af eleverne, der spiser frugt hver dag. Undersøgelsen rummer mange flere detaljer, så fokus kunne også have været andelen af elever, som spiser frugt mindre end én gang om ugen, eller andelen, som spiser frugt 2-4 dage om ugen.

Flere steder i rapporten har vi valgt at præsentere resultaterne som stablede figurer for at vise mere information. Et eksempel er elevernes vægtstatus, hvor vi viser andelen af elever med både undervægt, normal vægt og overvægt/svær overvægt (se figureksempel).

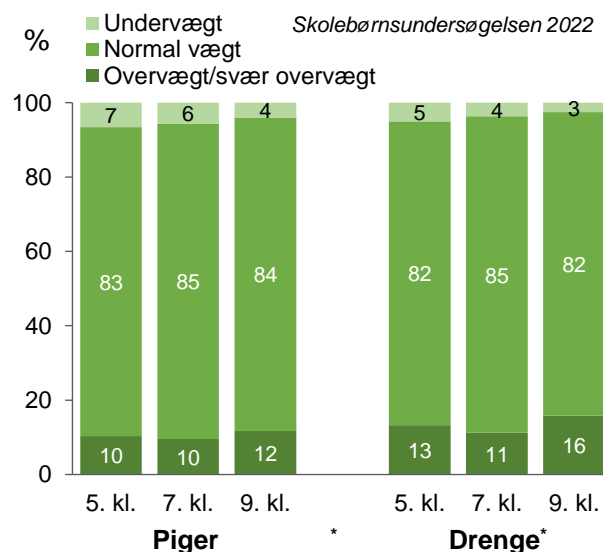
**Princip 2:** Tallene i rapporten formidles, men fortolkes ikke. Det er vanskeligt at fortolke tal i en rapport som denne. Hvordan kan det være,

at jo ældre eleverne bliver, desto flere har ondt i ryggen? Og hvorfor er drenge mere fysisk aktive end piger? Det kræver yderligere analyse samt supplerende data at dokumentere mulige forklaringer og årsags-sammenhænge.

**Princip 3:** Figurerne præsenterer kun procenttal, ikke antal elever som grundlag for hver procentberegning. Dette er gjort for at gøre figurerne mere overskuelige for læseren.

**Princip 4:** I teksten beskrives de forskelle, som vi har vurderet væsentlige at fremhæve. Hvis der er statistisk signifikant forskel på piger og drenge, vises det med \* midt mellem "Piger" og "Drenge". Hvis der er statistisk signifikante klasseforskelle inden for hvert køn, er der markeret med \* ved det enkelte køn. Figuren nedenfor viser et eksempel, hvor der er signifikant forskel i den procentvise fordeling af vægt mellem drenge og piger og mellem klassetrin blandt drenge.

**Figureksempel 1** Vægtstatus efter køn og klassetrin med markering af statistisk signifikans



# 1 Baggrund, formål og organisering af Skolebørnsundersøgelsen

## 1.1 Baggrund

Aldersperioden fra 11 til 15 år, hvor børn typisk går i 5. til 9. klasse, er en vigtig livsperiode set i et udviklings- og sundhedsperspektiv. I den periode bliver børnene i gennemsnit 20 kg tungere og 20 cm højere. Der sker en dynamisk udvikling af hjernen, som har betydning for individets udvikling og fremtidsmuligheder. Børnene bliver kønsmodne, kroppen ændres, de får større indsigt i sig selv som mennesker, får større individuel frihed, og de udvikler deres emotionelle og sociale kompetencer. Det sociale netværk udvikler sig og bliver større og rækker nu langt ud over forældre og den nære familie, og ønsket om at føle sig accepteret af jævnaldrende bliver meget stærkt (Due et al. 2011, Patton et al. 2016).

Perioden rummer også nye muligheder og nye risici for det fremtidige helbred. I disse år grundlægges mange af voksenlivets vaner, både de sunde og de risikofyldte. Der skabes et fundament for udvikling af – eller beskyttelse imod – flere typer sygdomme, og de fleste mentale helbredsproblemer har deres debut eller udspring. Perioden er på mange måder en kritisk eller sensitiv periode for udvikling af fremtidens helbred, og det er en periode, hvor ophobning af belastninger kan få alvorlige konsekvenser for det fremtidige liv. Muligheden for sundhedsfremmende indsatser er store og kan give stort positivt udbytte. Men hvis der opstår helbredsproblemer, risikoadfærd, kriminalitet,

for tidligt skoleophør eller andre udfordringer, kan det give alvorlige negative konsekvenser resten af livet (Patton et al. 2016). Perioden er ligeledes vigtig, fordi et godt helbred er en grundlæggende forudsætning for, at børn kan udfolde deres potentialer og muligheder nu og her, ligesom et godt helbred har umiddelbar indflydelse på børnenes generelle trivsel og læring.

Perioden er også vigtig for den sociale ulighed i sundhed (Due et al. 2011). Børn fra ressourcefattige familier lever med større belastninger og udsættes for flere risici end andre børn. Det medfører øget forekomst af helbredsproblemer og risikoadfærd. Helbredsproblemer og risikoadfærd følger ofte med ind i voksenlivet, og tilmed er konsekvenserne af disse problemer ofte mere alvorlige hos børn fra ressourcefattige familier. Derved cementeres og fastholdes en social ulighed i sundhed allerede tidligt i livet, og den sociale ulighed trækker spor fra den ene generation til den næste (Due et al. 2011).

## 1.2 Formål og begrebslig model for Skolebørnsundersøgelsen

Børn i 11- til 15-årsalderen bliver stærkt formet af de vigtige sociale arenaer, de færdes i: 1) Familien, 2) venner, 3) skolen, og 4) fritidslivet. Men de er også selv med til at forme disse 4 arenaer gennem deres valg, deres psyke og deres muligheder i livet.

Det er denne komplekse verden, vi forsøger at afdække og analysere med Skolebørnsundersøgelsen. Det overordnede formål med undersøgelsen er at øge dokumentationen af og indsigten i børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd gennem spørgeskemaer til børnene selv – med udgangspunkt i den sociale kontekst, de lever i (Inchley et al. 2020, Currie & Aleman-Diaz 2015). Skolebørnsundersøgelsen har nedenstående 4 delformål, hvoraf formål 1, 3 og 4 bearbejdes i denne rapport:

**1. At skabe større indsigt i børn og unges sundhedsadfærd, samt hvorledes de i denne aldersgruppe oplever deres helbred og trivsel.**

Et nøgleord i dette formål er "oplever", for Skolebørnsundersøgelsen er baseret på børnenes egne oplevelser og oplysninger om deres liv. Vi ser det som en styrke, at vi giver ordet til børnene selv: De ved i langt de fleste tilfælde bedst selv, hvad de gør og oplever og tænker. Dette første formål præciserer også, at Skolebørnsundersøgelsen handler om sundhed, og derved adskiller sig fra flere andre børneforskningsprojekter i Danmark, der har fokus på levekår og velfærd. Formålet præciserer også, at Skolebørnsundersøgelsens styrke er dens bredde: Vi undersøger mange emner, som hver især er belyst med nogle få nøgletal.

**2. At skabe større indsigt i, hvorledes helbred, trivsel og sundhedsadfærd hænger sammen indbyrdes og med andre forhold i elevernes liv, for eksempel deres sociale relationer, familieliv, skoleliv og almene levevilkår.**

Dette andet formål præciserer, at vi forsøger at forstå helbred, trivsel og sundhedsadfærd i deres sociale kontekst, og dermed adskiller undersøgelsen sig fra flere andre sundhedsvidenskabelige børneforskningsprojekter herhjemme. Det er dog ikke et formål, som

adresseres i denne rapport, men som vi belyser i de mange videnskabelige artikler og rapporter, som kommer ud af data fra Skolebørnsundersøgelsen.

**3. At sammenligne børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd i Danmark med børn i mange andre lande og at dokumentere udviklingen over tid.**

Dette formål fremhæver et par af Skolebørnsundersøgelsens styrker: at vi kan sammenligne børn i Danmark med børn i de ca. 50 andre lande, som også gennemfører Skolebørnsundersøgelsen, og at vi er stærkt optaget af udviklingen over tid. De internationale sammenligninger indgår ikke i denne rapport, de rapporteres senere af World Health Organization, men rapporten viser mange figurer over udviklingen i skolebørns sundhed i Danmark igennem en lang årrække.

**4. At producere og præsentere ny viden, som kan anvendes i det sundhedsfremmende arbejde blandt børn og unge.**

Dette fjerde formål fremhæver undersøgelsens anvendelighed. Ud over Sundhedsstyrelsen, som har finansieret Skolebørnsundersøgelsen 2022, er der mange andre myndigheder og organisationer, som for eksempel kommuner, skoler, foreninger, og aktører på børnesundhedsområdet, som benytter resultaterne til at få information om skolebørns sundhed og skabe overblik, til at planlægge og prioritere sundhedsfremmende indsatser.

Den begrebslige model bag Skolebørnsundersøgelsen, som ses i figur 1.2.1, illustrerer hvilke forhold, vi undersøger i Skolebørnsundersøgelsen, og hvordan vi ser de forskellige forhold, hænger sammen. I centrum af modellen er skoleeleven, som

indeholder dets selvvalgte helbred, sundhedsadfærd, mentale sundhed og baggrundsforhold. Børn og unge bliver formet af de relationer, de indgår i, og de miljøer, som de færdes i. Ligesom de også selv påvirker deres relationer og de omgivende miljøer gennem deres valg og deres psyke. Det er illustreret i modellen ved at barnet er omkredset af en række lag af sociale faktorer, som det potentielt også er muligt at ændre på. Disse lag består i Skolebørnsundersøgelsen af fire vigtige sociale arenaer i børns liv: Familien, vennerne, skolen og fritidslivet, som børn i 11- til 15-årsalderen bliver stærkt formet af. Men børnene er også selv med til at forme disse fire arenaer gennem deres valg, deres psyke og deres muligheder i livet. De forhold, som er præsenteret i modellen, er indbyrdes relaterede både inden for og mellem lagene, og der således er tale om komplekse processer på forskellige niveauer.

Skolebørnsundersøgelsen belyser ikke de forhold direkte som findes i den strukturelle kontekst, der ses i modellens yderste lag: det socioøkonomiske, kulturelle, kommercielle, politiske og fysiske miljø. Derimod skaber Skolebørnsundersøgelsen et solidt vidensgrundlag, som kan informere og derved påvirke faktorer i det yderste lag.

Forskningsaktivitet på baggrund af data fra Skolebørnsundersøgelsen går ud på at dokumentere og beskrive indholdet i de forskellige lag samt at analysere relationerne mellem lagene.

På næste side gennemgås den komplette liste af områder, der afdækkes inden for hvert lag af den begrebslige model bag Skolebørnsundersøgelsen. Det er ikke den komplette liste af områder, som vi spørger til i Skolebørnsundersøgelsen, der rapporteres i denne rapport.

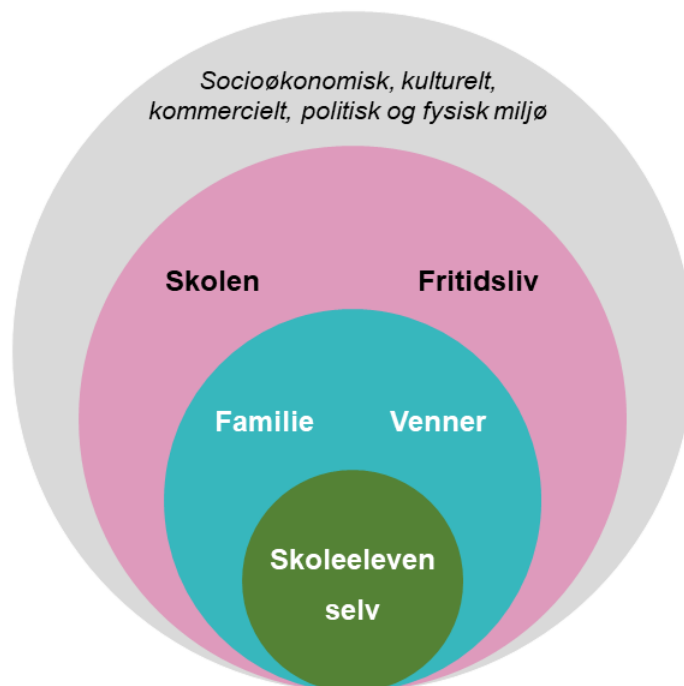
## Et unikt forskningsprojekt

Skolebørnsundersøgelsen giver en unik mulighed for at undersøge udviklingen i skolebørns helbred, trivsel, sundhedsadfærd, og de sociale arenaer over tid og sammenligne danske skolebørn med jævnaldrende fra Europa og Nordamerika.

Skolebørnsundersøgelsen er den danske del ([www.hbsc.dk](http://www.hbsc.dk)) af det internationale forskningssamarbejde 'The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization Collaborative Cross-national Study' ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)). HBSC bygger på sammenlignelige spørgeskemaundersøgelser af store repræsentative udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever gentaget hvert fjerde år i de ca. 50 deltagende lande (Inchley et al. 2020, Currie & Aleman-Diaz 2015, Kuntsche & Ravens-Sieberer 2015).

HBSC opstod i 1982 ved et samarbejde mellem en mindre gruppe forskere fra England, Finland og Norge, og hurtigt derefter også Danmark og Østrig. Siden den første dataindsamling i 1982-84 er undersøgelsen gennemført ti gange med et stigende antal deltagerlande, senest i 2021/22 i følgende 51 lande : Albanien, Armenien, Aserbajdsjan, Belgien (fransktalende del, Flandern), Bulgarien, Canada, Cypern, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrig, Georgien, Grækenland, Grønland, Holland, Irland, Island, Israel, Italien, Kasakhstan, Kirgisistan, Kroatien, Letland, Litauen, Luxembourg, Makedonien, Malta, Moldova, Norge, Polen, Portugal, Rumænien, Rusland (midlertidigt suspenderet) Schweiz, Serbien, Skotland, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Tadsjikistan, Tjekkiet, Tyrkiet, Tyskland, Ukraine, Ungarn, Usbekistan, Wales og Østrig.

Figur 1.2.1 Den begrebslige model bag Skolebørnsundersøgelsen



### Skoleeleven selv

- **Baggrund:** Køn, alder, kønsidentitet, socioøkonomisk status, herkomst
- **Helbred:** Selvvurderet helbred, symptomer, vægtstatus, skader, kronisk sygdom og handicap
- **Mental sundhed:** Livstilfredshed, selvformåen, selvværd, stress, mentalt og emotionelt velbefindende, social kompetence, kropsopfattelse, ensomhed
- **Sundhedsadfærd:** Mad- og måltidsvaner, fysisk aktivitet, skærmtid og -brug, søvn, slankeadfærd, tandbørstning, ryge- og alkoholvaner, slåskamp, brug af hash og snus, seksualadfærd, brug af lægemidler

### Familie

- Familieform
- Fortrolige relationer med forældre
- Oplevet støtte fra forældre
- Kronisk sygdom hos forældre og søskende

### Venner

- Fortrolige relationer med venner
- Oplevet støtte fra venner
- Fysisk samvær med venner
- Online kontakt med venner

### Skolen

- Skoletilfredshed
- Oplevet pres af skolearbejde
- Mobning
- Elevfællesskab og skoletilhørsforhold
- Oplevet støtte fra klassekammerater og lærere

### Fritidsliv

- Regler for skærmb brug
- Opbakning til deltagelse i fysisk aktivitet
- Deltagelse i organiseret fysisk aktivitet

**Tabel 1.2.1** HBSC-undersøgelsen 1983-2022

Undersøgelsesrunde	International dataindsamling, skoleår	Antal deltagende lande	Antal deltagende elever internationalt	Tidspunkt for dataindsamling i Danmark	Antal deltagende elever i Danmark
1	1983/84	5	35.000	December 1984- januar 1985	679
2	1985/86	13	55.000	April-maj 1988	1.671
3	1989/90	16	70.000	April-maj 1991	1.860
4	1993/94	25	102.000	Januar-marts 1994	4.046
5	1997/98	29	123.000	Marts-maj 1998	5.205
6	2001/02	35	163.000	Februar-april 2002	4.824
7	2005/06	41	204.000	Februar-marts 2006	6.269
8	2009/10	41	200.000	Januar-april 2010	4.922
9	2013/14	43	219.000	Februar-marts 2014	4.534
10	2017/18	44	220.000	Februar-maj 2018	3.660
11	2021/22	45	280.000	Februar-maj 2022	5.823

Tabel 1.2.1 beskriver indsamlingstidspunkt samt antal deltagende lande og elever i de 11 undersøgelsesrunder. I 2022 indsamlede 45 ud af de 51 deltagende lande data, som indgår i den internationale datafil.

Det internationale HBSC-forskningsnetværk består af selvstændige forskningsgrupper, én i hvert deltagerland, med en international projektledelse, valgt af og blandt de deltagende forskergrupper. Seniorforsker Jo Inchley fra St. Andrew University i Skotland har været international koordinator siden 2015. De deltagende forskergrupper har forpligtet sig til at følge ensartede procedurer for sampling, dataindsamling og datarensning for at sikre, at data kan sammenlignes på tværs af lande.

Der er flere træk, som gør HBSC til et unikt forskningsprojekt. Vi har nævnt det internationale design, som gør at man kan sammenligne 11-15-årige børn i ca. 50 lande. Vi har nævnt den langstrakte indsats, som giver indsigt i trends i skolebørns sundhed over en længere årrække. Den indsigt skyldes, at HBSC i årevis har målt en række

variabler om helbred, trivsel, sundhedsadfærd og sociale kontekst på en ensartet måde, så data er sammenlignelige over tid. Men HBSC har også fornyet sig ved løbende at tilføje nye temaer, som dukker op i skoleelevers hverdag, senest temaer som sociale medier, kønsidentitet, brug af snus og e-cigaretter og mental sundhed. Endnu et vigtigt træk er det omfattende arbejde med at sikre spørgeskemaets kvalitet. Kvaliteten af det anvendte internationalt standardiserede HBSC-spørgeskema sikres på to måder: Dels ved et samarbejde mellem de mange børne- og ungdomsforskere i HBSCs internationale netværk, som resulterer i meget gennemarbejdede spørgsmål, og dels gennem et utal af valideringsstudier og kvalitetskontroller, som foretages i hver runde af dataindsamlingen og i årene mellem dataindsamlingerne i Danmark og mange andre lande. I Danmark har vi for eksempel gennemført ret omfattende valideringsstudier i 1997, 2001, 2005, 2008, 2012 og 2021. Til sidst vil vi fremhæve undersøgelsens impact: Der er publiceret mindst 1.200 videnskabelige artikler og mindst

800 nationale rapporter og policy-dokumenter fra HBSC i årenes løb. HBSC er dermed internationalt den vigtigste kilde til ny viden om sundhed, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-15-årige. De mange nationale og internationale rapporter er formentlig en af de vigtigste kilder til udvikling af politik på dette felt. Dertil kommer, at HBSC har været grundlag for langt over 100 ph.d.-afhandlinger og dermed uddannelse af unge forskere inden for temaet børn og unges sundhed.

### 1.3 Rapportens formål

Ovenfor har vi beskrevet det overordnede formål med Skolebørnsundersøgelsen.

Formålet med denne rapport er:

- 1) at formidle de seneste data om helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt elever i 5., 7. og 9. klasse, opdelt på køn og klassetrin,
- 2) at beskrive social ulighed i disse data ved at relatere dem til forældres uddannelsesniveau, og
- 3) at beskrive udviklingen i udvalgte indikatorer over tid.

## 2 Metode

### 2.1 Udvælgelse og deltagelse af skoler og elever

HBSC-undersøgelsen gennemføres som en spørgeskemaundersøgelse, hvor tværsnitsdata indsamles hvert fjerde år. Ved grundig efterlevelse af den internationale standardiserede protokol indsamler hvert deltagerland data fra et landsrepræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever, som i Danmark svarer til, at eleverne går i 5., 7. og 9. klasse. Det er målet, at hvert land bidrager med en studiepopulation på mindst 4.500 elever ligeligt fordelt på de tre aldersgrupper.

#### Samplingsprocedure

Eleverne til Skolebørnsundersøgelsen 2022 blev udtrukket via deres skole, dvs. at der anvendes klyngesampling med skolen som udtrækningsenhed. En liste fra Undervisningsministeriet over alle danske folkeskoler, fri-skoler og private grundskoler i de fem danske regioner blev brugt som udgangspunkt for samplingen. For at sikre geografisk repræsentativitet gennemførte vi samplingen i geografiske strata, og skolerne blev derfor blevet opdelt i seks strata efter region: Region Nord, Region Midt, Region Syd, Region Sjælland, Region Hovedstaden (eksklusiv København + Frederiksberg Kommune) samt København + Frederiksberg Kommune. Der blev foretaget en oversampling af skoler i hver region for at undgå en eventuel gensampling i tilfælde af, at for få skoler ønskede at deltage.

Vi kontaktede skolerne med invitation om deltagelse ved separate mails til skoleleder, skolebestyrelse og elevråd. Invitationsbrevet indeholdt som noget nyt i 2022 en

informationsvideo om Skolebørnsundersøgelsen (video kan ses på: [hbcs.dk](https://hbcs.dk)). Efterfølgende blev der fulgt op med telefonisk kontakt til skoleleder.

I alt blev 588 skoler inviteret til at deltage, hvoraf 95 takkede ja. Det resulterede i, at rekordmange elever deltog. I alt deltog 5.823 elever i undersøgelsen, fordelt på 2.061, 2.060 og 1.630 elever i henholdsvis 5., 7. og 9. klasse. Heraf deltog 35 skoler i en delundersøgelse med særligt fokus på fysisk aktivitet, hvor eleverne foruden at besvare spørgeskema i en uge gik med en bevægelsesmåler (accelerometer). Resultater fra denne del af undersøgelsen vil blive udgivet i særskilte rapporter og videnskabelige artikler.

#### Dataindsamling

Dataindsamling fandt sted fra start februar til slut maj 2022. På hver deltagende skole blev alle på 5., 7. og 9. klassetrin inviteret til at besvare spørgeskemaet. Undersøgelsen blev gennemført frivilligt og med fortrolig behandling af skolernes og elevernes data. Besvarelsen skete i en klasselektion efter standardiseret instruktion fra den tilstedeværende lærer, hvor eleverne skulle se en introduktionsvideo inden besvarelse af spørgeskema. Gennem denne instruktion blev eleverne blandt andet informeret om formålet med Skolebørnsundersøgelsen, at deltagelse i undersøgelsen er frivillig, og at deres data bliver behandlet fortroligt. Som afslutning på spørgeskemaet blev eleverne takket for at deltage og anvist til at kontakte en tryk, kendt voksen som for eksempel en forælder eller lærer, eller en anden voksen gennem organisationer som Børnetelefonen eller Headspace, hvis spørgeskemaet havde sat

tanker i gang, som de havde brug for at tale med nogen om.

Dataindsamlingen foregik elektronisk, og eleverne fik adgang til det elektroniske spørgeskema via en hjemmeside, hvor de loggede ind med deres UNI-Login. Senest 14 dage før dataindsamlingen modtog elevernes forældre grundig skriftlig og videobaseret information om undersøgelsen på dansk og engelsk. Her blev undersøgelsens formål beskrevet samtidig med, at det blev tydeliggjort, at elevernes deltagelse i undersøgelsen er frivillig og fortrolig. Via et elektronisk link fik forældrene desuden mulighed for at trække deres barns besvarelse ud af den endelige datafil, hvis de ikke ønskede, at deres barn deltog i undersøgelsen.

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

## 2.2 Dataindsamling og svarprocent i kølvandet på COVID-19

Dataindsamlingen i Skolebørnsundersøgelsen 2022 fandt sted fra 1. februar til 31. maj. Planlægningen af undersøgelsen og rekruttering af skoler fandt sted i efteråret og vinteren 2021-22, hvor forskellige restriktioner gjorde sig gældende som følge af COVID-19 pandemien, hvilket komplicerede rekrutteringsprocessen. Der var for eksempel en stor andel af skoler, der ikke ønskede at deltage, fordi de var bagud med undervisning på grund af nedlukninger, og fordi der foregik et løbende stort arbejde på skolerne med daglig

håndtering af COVID-19-relaterede udfordringer. Alle skoler i Danmark var åbne fra februar 2022 og eleverne modtog deres undervisning på skolen. Dette var en vigtig forudsætning for, at Skolebørnsundersøgelsen kunne gennemføres som planlagt med besvarelse af spørgeskemaet i skoletiden. En konsekvens af det genåbnede samfund var imidlertid, at en forholdsvis stor andel elever var fraværende i den periode, hvor spørgeskemaet skulle besvares – enten som følge af COVID-19-smitte og hjemmehjemsisolation eller på grund af andre influenza- eller forkølelsessygdomme. Desuden var der skoler, som takkede nej til deltagelse eller sprang fra grundet en uforudset opgave med at indkøre ukrainske elever i skolen som følge af modtagelsen af ukrainske flygtninge, efter der udbrød krig i Ukraine i februar 2022. Disse forhold påvirkede naturligt svarprocenten på både skole- og elevniveau.

Som det fremgår af tabel 2.2.1, er svarprocenten på skoleniveau for Skolebørnsundersøgelsen 2022 (16 %) betydeligt lavere end for tidligere undersøgelsesrunder, og det ses, at deltagelsesprocenten har været støt faldende de sidste 20 år. Ud over de COVID-19-relaterede udfordringer, som har fyldt særligt ved dataindsamlingen i 2022, er det i høj grad generel travlhed, antallet af obligatoriske undersøgelser og for mange invitationer til forskellige undersøgelser og projekter, som skolelederne angiver som årsag til at fravælge deltagelse i Skolebørnsundersøgelsen. Blandt eleverne på deltager-skolerne er svarprocenten i 2022 på 70 %. Det er en markant lavere svarprocent end de foregående år og afspejler højst sandsynligt et ekstraordinært højt sygefravær grundet COVID-19 og andre smitsomme sygdomme i indsamlingsperioden.

**Tabel 2.2.1** Antal deltagende skoler og elever og svarprocent ved Skolebørnsundersøgelsen fra 1984/85 til 2022

	1984/85	1988	1991	1994	1998	2002	2006	2010	2014	2018	2022
<b>Antal inviterede skoler</b>	10	25	23	50	64	78	100	137	168	200	588
<b>Antal deltagende skoler</b>	10	18	19	45	55	69	80	73	48	45	95
<b>Svarprocent på skoleniveau (%)</b>	100	72	83	90	86	88	80	53	29	23	16
<b>Antal deltagende elever</b>	679	1.671	1.860	4.046	5.205	4.824	6.269	4.922	4.534	3.660	5.823
<b>Svarprocent på elevniveau (%)</b>	90	94	91	91	91	91	89	86	87	85	70

## 2.3 Spørgeskemaet

Det anvendte spørgeskema i Skolebørnsundersøgelsen har tre dele. Den første og største del består af kernespørgsmål. Disse er udviklet i det internationale HBSC-forsker-netværk og anvendes i alle deltagende lande. Langt størstedelen af kernespørgsmålene fastholdes fra runde til runde, og mange af disse spørgsmål har været med siden de tidligste undersøgelser i 1980'erne. 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. Fokusspørgsmålene varierer ofte fra den ene undersøgelsesrunde til den anden og udvikles i takt med nye, vigtige temaer i 11-15-årige børns liv. Endeligt består den sidste del af spørgeskemaet af nationale spørgsmål, som de enkelte deltagerlande selv inkluderer i det samlede spørgeskema.

Kernespørgsmålene dækker følgende temaer: *sociodemografiske kendetegn* (køn, klasse-trin, familieform, familiesocialgruppe, velstand i familien, herkomst), *helbred* (selvvurderet helbred, symptomer, vægtstatus, skader), *mental sundhed* (livstilfredshed, kropsopfattelse, ensomhed, selvformåen, stress og

emotionelt velbefindende målt med WHO-5), *sociale relationer* (fortrolighed med familie og venner, støtte fra familie, samværsfrekvens, digital kommunikation, brug af sociale medier og mobning i skolen eller online), *sundhedsadfærd* (rygevaner (tobak og e-cigaretter), alkoholvaner og brug af hash, fysisk aktivitet, kostvaner, måltidsvaner, seksualadfærd og tandbørstning), *skoleliv* (skoletilfredshed, relationer til lærere og klassekammerater, skolepres). Tabel 2.3.1 beskriver fokusspørgsmål og nationale spørgsmål i de 11 danske undersøgelser.

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. I undersøgelser, hvor formålet blandt andet er at belyse udviklingen i sundhed over tid, er det vigtigt at sikre sammenlignelighed på tværs af dataindsamlingsrunder. For at en sådan sammenligning over tid er mulig, skal den samme spørgsmålsformulering og de samme svarkategorier have været anvendt i alle undersøgelsesrunder.

**Tabel 2.3.1** Fokusspørgsmål og nationale spørgsmål i Skolebørnsundersøgelsen

<b>Undersøgelsesrunde</b>	<b>Inkluderet fra udvalget af årets internationale fokusspørgsmål</b>	<b>Årets danske nationale spørgsmål</b>
<b>1984/85</b>	Rygning, holdning til rygning	Sociale relationer
<b>1988</b>	Motionsvaner	Sociale relationer
<b>1991</b>	Sociale relationer	Kontakt med sundhedsplejersken
<b>1994</b>	Skolens arbejdsmiljø, skader	Kontakt med sundhedsplejersken
<b>1998</b>	Skolens arbejdsmiljø, social ulighed, højde og vægt, kropsopfattelse, rygning og rygepolitik	Kontakt med sundhedsplejersken, handlekompetence
<b>2002</b>	Social ulighed, social kapital, skolens arbejdsmiljø, familiekultur, astmasymptomer	Handlekompetence, rygepolitik, brug af lægemidler, etnicitet
<b>2006</b>	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
<b>2010</b>	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
<b>2014</b>	Brug af lægemidler, herkomst, søvnvaner	Måltidsvaner, frokostvaner i skolen, alkohol, brug af e-cigaretter, trivsel og mental sundhed (selvformåen, social kompetence, ensomhed, selvværd, positiv mental sundhed), kronisk sygdom, sygdom og dødsfald hos søskende eller forældre
<b>2018</b>	Kronisk sygdom, aktiv transport, motivation for fysisk aktivitet, søvnvaner	Indtag af fastfood, solariebrug, ensomhed, brug af e-cigaretter, skærmaktiviteter, brug af fitnesscenter, forældre støtte til fysisk aktivitet, yderligere spørgsmål om kronisk sygdom og mental sundhed (selvformåen, selvværd og positiv mental sundhed)
<b>2022</b>	COVID-19 eksponering, vægttabsadfærd, søvnvaner, alkoholspecifikt forbrug af alkohol, brug af medicin mod hovedpine	Kønsidentitet, tid sammen med venner, skærmbrug og onlineliv, varighed af ensomhed, søvnkvalitet, snusforbrug, egen og forældres sygdom, mental sundhed (mentalt velbefindende (SWEMWBS), selvværd, sociale kompetencer) og elevfællesskab

For en større del af det anvendte spørgeskema er samme formulering af nogle spørgsmål fastholdt. For andre spørgsmål har tilpasning været nødvendigt, enten fordi analyser har afdækket uventede problemer med spørgsmålets funktion, eller fordi spørgsmålet eller svarkategorierne ikke længere er relevante grundet den generelle udvikling i samfundet mellem undersøgelserne.

Det er afgørende for undersøgelsens kvalitet, at de anvendte spørgsmål fungerer godt, 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 (for eksempel fokusgruppe-diskussioner med eleverne med henblik på at sikre validiteten) og mindre kvantitative dataindsamlinger (for eksempel for at teste spørgeskemaets længde og tekniske detaljer). Forud for Skolebørnsundersøgelsen 2022 fandt en omfattende pilotundersøgelse sted netop med formål at udvikle og validere spørgeskemaet (Román et al. 2023). På baggrund af pilotundersøgelsen blev det blandt andet besluttet, at nogle spørgsmål/temaer kun blev stillet til de ældste elever. Erfaringer fra denne undersøgelse kan læses i en selvstændig rapport (Román et al. 2023). På grund af dette grundige forarbejde har vi i forskergruppen bag Skolebørnsundersøgelsen stor tiltro til spørgeskemaets funktion og kvalitet.

### Statistisk signifikans

I forbindelse med søjlefigurerne, der viser fordelinger opdelt på køn og klassetrin, er der udregnet  $\chi^2$ -test for forskelle mellem klassetrinene inden for hvert køn samt for forskelle mellem piger og drenge. Ved sammenligning mellem piger og drenge indgår klassetrinene med ens vægte. Ved signifikante forskelle på

95 % niveau ( $p < 0,05$ ) mellem klassetrinene er der angivet en \* ved det pågældende køn. Ved signifikante forskelle mellem piger og drenge er der angivet en \* i midten.

Figurer, som viser fordelinger efter forældreuddannelse, er standardiseret på køn og klassetrin for at gøre dem sammenlignelige. Standardiseringen svarer til, at der er lige mange drenge og piger i hver klasse og at klasserne er lige store inden for hver forældreuddannelsesgruppe. Signifikante forskelle på 95 % niveau mellem forældreuddannelsesgrupperne er markeret med en \*.

## 3 Sociale og demografiske kendetegn

Forskelle i forskellige befolkningsgruppers helbred og sundhedsadfærd, kan afdækkes ved at inddele forskningspopulationen efter sociale og demografiske kriterier. Dette er et særdeles vigtigt redskab i folkesundhedsforskning, som er med til at synliggøre særligt udsatte grupper. De forskelle, vi kan observere, afhænger af de kriterier, vi inddeler efter. De kriterier, vi inddeler efter, er i almindelighed ikke direkte årsager til de forskelle, vi ser mellem grupperne. De egentlige årsager vil for det meste være mangeartede, men de hænger sammen med de kriterier, vi inddeler efter. For eksempel 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, vi ser med køn og alder i barne- og ungdomsårene, skyldes til dels de biologiske og fysiologiske ændringer, der sker i disse år, men de skyldes også de sociale omgivelser – relationer, roller og krav – der er knyttet til disse køns- og alderskategorier.

Et vigtigt formål med disse klassifikationer er at påpege, hvorvidt og hvor der er forskelle og uligheder mellem grupper. I denne rapport bliver køn, klassetrin og forældres uddannelse benyttet som de gennemgående opdelinger af eleverne i både figurene og teksten. Disse opdelinger er yderst relevante for den børne- og ungebefolkning, som undersøges i Skolebørnsundersøgelsen. Der ses i langt de fleste tilfælde vigtige forskelle i helbred og sundhedsadfærd mellem drenge og piger, mellem klassetrin og mellem forældres uddannelsesgrupper. Derudover anvendes

også klassifikationer som familieform og herkomst til at beskrive populationen af elever, som har deltaget i Skolebørnsundersøgelsen 2022 (tabel 3.1). Det ligger uden for denne rapport's formål at forklare, hvad forskellene mellem grupperne kan skyldes.

### 3.1 Køn og klassetrin

Information om elevernes køn stammer fra UNI-login, som elever har anvendt ved besvarelsen. I Skolebørnsundersøgelsen 2022 deltog i alt 2.908 drenge og 2.915 piger (tabel 3.1). Som noget nyt har vi i Skolebørnsundersøgelsen 2022 spurgt til elevernes kønsidentitet. Her svarer 3,8 %, at de føler sig anderledes end deres biologiske køn. I denne rapport præsenteres resultater opdelt på biologisk køn (som i denne alder svarer til det juridiske køn) for at kunne undersøge udviklingen over tid efter køn og klassetrin.

Information om elevernes klassetrin får vi fra UNI-login. Elevernes klassetrin er et udtryk for en række fælles vilkår i elevernes dagligdag i skole- og fritidssammenhæng. Derudover repræsenterer hvert klassetrin en aldersgruppe. Der kan være elever, der enten er lidt yngre eller lidt ældre end deres klassekammerater. Gennemsnitsalderen for elever i 5. klasse er i 2022 11,8 år, for eleverne i 7. klasse 13,8 år og for eleverne i 9. klasse 15,8 år.

**Tabel 3.1** Elever fordelt på køn, klassetrin, forældreuddannelse, familieform og herkomst

Køn (N=5.823)	Drenge	50 %
	Piger	50 %
Klassetrin (N=5.823)	5. klasse	36 %
	7. klasse	36 %
	9. klasse	28 %
Forældreuddannelse (N=5.758)	Grundskole	5%
	Gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse	29%
	Kort og mellemlang videregående uddannelse	37%
	Lang videregående uddannelse	29%
Familieform (N=5.635)	Traditionel familie	73 %
	Eneforsørger-familie	20 %
	Sammenbragt familie	6 %
	Andet (fx plejefamilie, institution)	1 %
Herkomst (N=5.818)	Dansk oprindelse	89 %
	Efterkommere af indvandrere	6 %
	Indvandrere	4 %
	Ikke-klassificerbare	1 %

## 3.2 Forældres uddannelse

Det er velkendt, at der er social ulighed i helbred og sundhedsadfærd, og at disse uligheder allerede starter i den helt tidlige barndom (Pommerencke et al. 2022, Nielsen et al. 2023). Det er derfor relevant at dele eleverne op på baggrund af kriterier, som er udtryk for familiens sociale og økonomiske position, og som kan afspejle familiens materielle, økonomiske og uddannelsesmæssige ressourcer, position på arbejdsmarkedet og indflydelse på egne vilkår.

I spørgeskemaundersøgelser blandt voksne er typiske indikatorer for socioøkonomisk position faktorer som indkomst, erhverv eller uddannelsesniveau. I de tidligere udgaver af Skolebørnsundersøgelsen har vi på baggrund af elevernes egne angivelser af forældrenes stillingsbeskrivelser, anvendt familiesocialgruppe som indikator for elevernes socioøkonomiske position. I Skolebørnsundersøgelsen 2018 og 2022 har vi som noget nyt fået mulighed for at koble elevernes besvarelser med information om forældrenes

uddannelse fra Danmarks Statistik. I Skolebørnsundersøgelsen 2022 bliver elevernes socioøkonomiske position derfor udtrykt ud fra deres forældres højest fuldførte uddannelsesniveau, hvor oplysningerne stammer fra registrene og ikke eleverne selv.

Uddannelse hænger sammen med både indkomst og erhvervsstatus, da uddannelse har betydning, for hvilket job man kan bestride og det potentielle lønniveau. Uddannelse ændres sjældnere end for eksempel beskæftigelse og indkomst og er derfor den mest stabile indikator for barnets socioøkonomiske opvækstvilkår over tid.

Eleverne bliver i rapporten inddelt i uddannelsesgrupper ud fra den forælder med det højest fuldførte uddannelsesniveau. Det vil sige, at hvis den ene forælders højest fuldførte uddannelsesniveau er en mellemlang videregående uddannelse, mens den anden forælder har en erhvervsfaglig uddannelse, så angives 'Forældres uddannelse' som en mellemlang videregående uddannelse. Dette gælder uanset forældrenes samlivsstatus,

eventuelle deleordninger og forældre-myndighed.

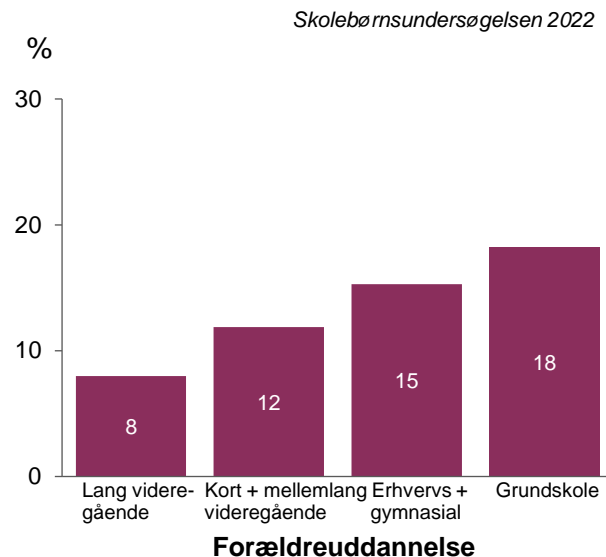
Data om forældrenes højst fuldførte uddannelse er hentet fra Uddannelsesregisteret og er baseret på en gruppering af uddannelser efter ni hovedområder i det danske uddannelsessystem. Vi har i denne rapport sammenlagt disse til fire grupper af forældres højst fuldførte uddannelse: 1) Grundskole, 2) Erhvervsfaglig eller gymnasial uddannelse (herunder almen og erhvervsfaglig gymnasial uddannelse og tillige adgangsgivende uddannelsesforløb 3) Kort eller mellemlang videregående uddannelse (herunder professionsbachelor) samt 4) Lang videregående uddannelse (herunder tillige bachelor fra universitet og ph.d.). Den procentvise fordeling af elever efter forældres uddannelse fremgår af tabel 3.1.

### Illustration af social ulighed i rapporten

Social ulighed kan illustreres på mange måder. Figureksempelet 2 og 3 er begge eksempler på en figur, hvor vi har beregnet andelen af elever, der har overvægt/svær overvægt efter forældres højst fuldførte uddannelse. Begge måder at illustrere social ulighed på fremhæver, hvis der er en sammenhæng mellem forældreuddannelse og et fænomen, som her overvægt/svær overvægt. For at sige noget om *omfanget* af et problem, er det også nødvendigt at vide, hvor *mange* elever, der tilhører de forskellige grupper. Dette fremgår ikke af figureksempelet 2, men er illustreret i figureksempelet 3, hvor bredden af hver søjle afspejler den andel, eleverne i de enkelte uddannelsesgrupper udgør af hele populationen. Søjlearealet afspejler derfor antallet af overvægtige elever i gruppen. Figureksempelet 3 viser således, at andelen af elever med overvægt/svær overvægt i gruppen af forældre med en lang videregående uddannelse omfatter et større antal elever end andelen i gruppen af forældre

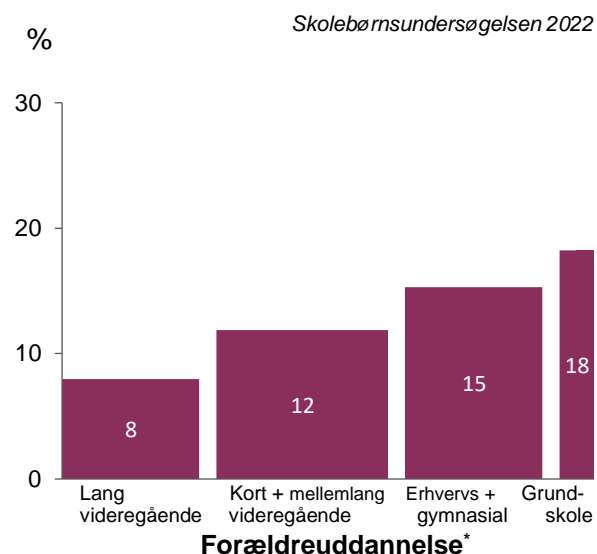
med grundskole som højst fuldførte uddannelse.

**Figureksempelet 2** Andel med overvægt/svær overvægt opdelt efter forældrenes uddannelse



I denne rapport har vi valgt at illustrere den sociale ulighed som vist i figureksempelet 3. Søjlearealet viser således, om der er *sammenhæng* mellem et sundhedsproblem og forældreuddannelse – og dermed ulighed. Søjlearealet illustrerer derudover, *hvor mange* elever, der er omfattet af problemet, opdelt på forældrenes uddannelse.

**Figureksempelet 3** Andel med overvægt/svær overvægt efter forældres uddannelse. Søjlebredden svarer til andelen af elever i hver uddannelsesgruppe



### 3.3 Familieform

Eleverne er blevet stillet en række spørgsmål om, hvem de bor sammen med. På baggrund af svarene er eleverne blevet klassificeret i fire grupper efter familieform: traditionel familie (med to forældre), eneforsørger-familie (med én forælder), sammenbragt familie (med én forælder og én stedforælder) og andet (for eksempel plejefamilie eller børnehjem). For at beskrive de elever, som har deltaget i Skolebørnsundersøgelsen 2002, fremgår fordelingen af elever efter familieform af tabel 3.1. Det ses, at 73 % af eleverne lever i en traditionel familie, 20 % bor med én forælder, 6 % bor i en sammenbragt familie, mens 1% har angivet "andet".

### 3.4 Herkomst

Inddelingen af eleverne efter herkomst er baseret på Danmarks Statistiks inddeling. I Skolebørnsundersøgelsen har vi ikke oplysninger om statsborgerskab, men vi har svar på spørgsmål om elevernes og forældrenes fødeland. På baggrund af disse oplysninger inddeles eleverne i tre grupper; dansk oprindelse (eleven og én eller begge forældre er født i Danmark), efterkommere af indvandrere (eleven er født i Danmark, men forældrene er født i udlandet) og indvandrere (eleven og forældrene er født i udlandet). Fordelingen af elever i Skolebørnsundersøgelsen efter herkomst ses i tabel 3.1. I denne undersøgelse udgør efterkommere 6% af eleverne, og indvandrere 4% af eleverne og repræsenterer over 60 lande. Inddelingen er således ikke et udtryk for ensartede grupper, hverken i etnisk eller kulturel forstand. Det, som er fælles, er, at familierne har baggrund i et andet land og er indvandret til Danmark. Dette kan være udtryk for anderledes vilkår, og opdelingen er derfor relevant i helbreds-sammenhænge.

## 4 Helbred

Skolebørnsundersøgelsen rummer nogle udvalgte data om børnenes helbred. Der er tale om en måde at måle helbred på, som tager udgangspunkt i elevernes egen opfattelse af deres helbred eller symptomer, og der er altså ikke nødvendigvis en sammenhæng med opfattelsen af fysisk helbred i lægelig forstand. Spørgsmålene i spørgeskemaet er udvalgt efter tre kriterier: Det skal være spørgsmål, som børn på 5., 7. og 9. klassetrin forstår og kan svare på. Spørgsmålene skal handle om helbredsforhold, som er vigtige for børnenes fremtidige liv. Og endelig skal spørgsmålene handle om helbredsforhold, som er en belastning hos eleverne. Ud fra disse tre kriterier er der udvalgt fem temaer, som indgår i spørgeskemaet: Selvvurderet helbred, symptomer, vægtstatus, skader, samt kronisk sygdom og handicap.

**Selvvurderet helbred** er en vigtig helbredsindikator i undersøgelser af befolkningens helbred (Bjørner 1996). Selvvurderet helbred er en god indikator for andre helbredsproblemer og for fremtidige helbredsproblemer, også blandt børn og unge (Hetlevik et al. 2020). Selvvurderet helbred er også en god indikator for mental sundhed, livskvalitet og brug af sundhedsvæsenet.

**Symptomer:** Et symptom er en kropslig eller psykisk oplevelse, der tolkes som tegn på sygdom. Skolebørnsundersøgelsen fokuserer på symptomer, som er almindelige blandt skolebørn, og som – hvis de er hyppige, ophobes eller vedvarende – kan have alvorlige konsekvenser for deres daglige funktion, livskvalitet og fremtidige helbred. Et eksempel er de tre spørgsmål om smerter; hovedpine, mavepine og ondt i ryggen. Disse symptomer

er almindelige blandt skolebørn (Gobina et al. 2019), de begrænser børnenes daglige funktion, de findes ofte sammen med mentale helbredsproblemer (Ayonrinde et al. 2020), de belaster børnenes livskvalitet (Svedberg et al. 2013), skolegang (Hjern et al. 2008) og søvn (Huntley et al. 2007). Desuden ses det ofte, at smertetilstande fortsætter i årevis og ind i voksenlivet (Hestbæk et al. 2006).

Et andet eksempel er de fire spørgsmål om emotionelle symptomer: at være ked af det, at være irriteret eller i dårligt humør, at være nervøs og at have svært ved at falde i søvn. Disse symptomer er almindelige blandt skoleelever (Inchley et al. 2020, Patel et al. 2007), og de har alvorlige konsekvenser for livskvalitet, helbredsudvikling og læring (Patel et al. 2007, Stansfield et al. 2008).

**Vægtstatus:** Overvægt er et vigtigt folkesundhedsproblem, også blandt børn og unge. Der er en høj, og i mange lande stigende, forekomst af overvægt (Ng et al. 2014), og overvægt har alvorlige konsekvenser for helbredsudvikling og trivsel (Seidell & Halberstadt 2015). Men også undervægt kan være et problem, fordi undervægt kan være tegn på underernæring, uhensigtsmæssige spisevaner eller et bagvedliggende helbredsproblem (Uzogara et al. 2016). Undervægt er også associeret med mentale helbredsproblemer, for eksempel utilfredshed med egen krop, ringe selvværd, depression, angst og adfærdsproblemer (Cimino et al. 2016).

**Skader:** Mange børn kommer til skade, og mange af disse skader er så alvorlige, at de skal behandles, for eksempel af en sygeplejerske, læge eller tandlæge. Skader er den vigtigste dødsårsag blandt børn og unge, og

mange skader kræver behandling på sygehus og medfører fravær fra skolen, begrænsninger i børnenes førlighed og tab af livskvalitet (Peden et al. 2008, Polinder et al. 2010).

**Langvarig sygdom og handicap:** Mindst 12 % af skolebørn mellem 11 og 15 år lider af én eller flere langvarige sygdomme eller handicap, for eksempel diabetes, epilepsi, børnegigt, tarmsygdom, astma, migræne, nedsat syn, eller psykisk sygdom (Lund et al. 2019). Langvarig sygdom eller handicap er en belastning for børnenes livskvalitet, daglige funktion og fremtidige helbredsudvikling (Sawyer et al. 2007, Wagner et al. 2023). Mange af disse børn er desuden dobbelt ramt, fordi der er stor forekomst af mentale helbredsproblemer blandt børn med langvarig fysisk sygdom.

## 4.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er vigtig information om en persons sundhed. Dels er det vigtigt for det enkelte menneske at føle sig ved godt helbred, og dels har oplevelsen af eget helbred betydning for, hvor meget man bruger sundhedsvæsenet. Hos voksne har man observeret, at personer 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 blandt børn og unge er en indikator for livskvalitet, fremtidig helbredsudvikling og brug af lægemidler og sundhedsvæsenet, og at selvvurderet er et stabilt og pålideligt mål (Breidablik et al. 2009). Flere studier viser, at der er social ulighed i selvvurderet helbred blandt børn og unge.

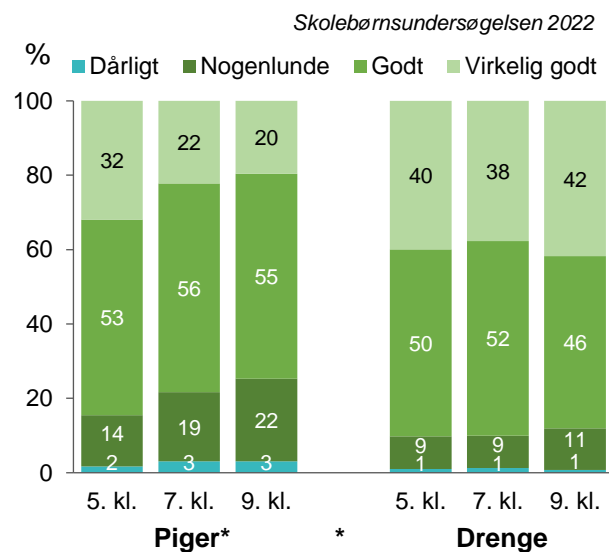
Elevernes selvvurderede helbred baseres på et enkelt spørgsmål, som har været brugt i utallige befolkningsundersøgelser: 'Synes du, dit helbred er...' med fire svarkategorier; 'Virkelig godt', 'Godt', 'Nogenlunde' og 'Dårligt'.

**Køn og klassetrin.** Figur 4.1.1 viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klassetrin. Cirka 90 % af drengene svarer, at de har et virkelig godt eller godt helbred. Blandt pigerne falder andelen med godt eller virkelig godt helbred fra 85 % blandt elever i 5. klasse til 75 % blandt elever i 9. klasse. Alt i alt vurderer flere drenge deres helbred som godt eller virkelig godt end piger på alle tre klassetrin.

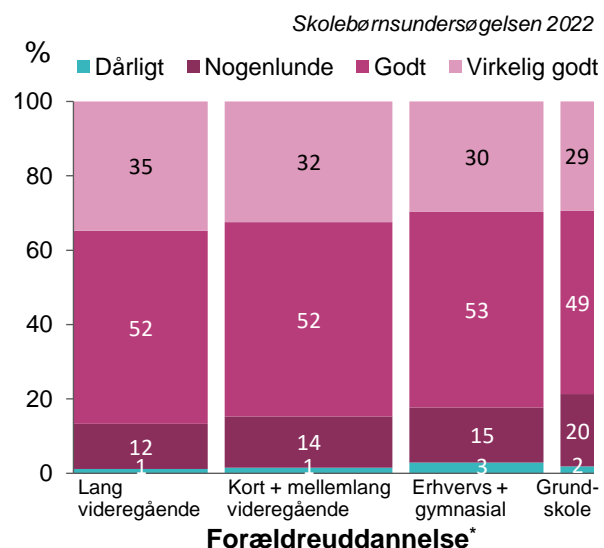
**Forældreuddannelse.** Figur 4.1.2 viser fordelingen af elevernes selvvurderede helbred efter forældrenes højeste fuldførte uddannelse, hvor bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen af elever, som angiver et virkelig godt eller godt helbred, falder jo kortere uddannelse forældrene har. Således er angiver 35 % af eleverne i gruppen

hvor forældrene har en lang videregående uddannelse et virkelig godt helbred, og 29 % blandt elever, hvor grundskole er den højeste fuldførte uddannelse. Omvendt ses det, at andelen med et nogenlunde selvvurderet helbred er højere, jo kortere forældreuddannelse er. Forskellene er statistisk signifikante.

**Figur 4.1.1** Procentvis fordeling af selvvurderet helbred efter køn og klassetrin

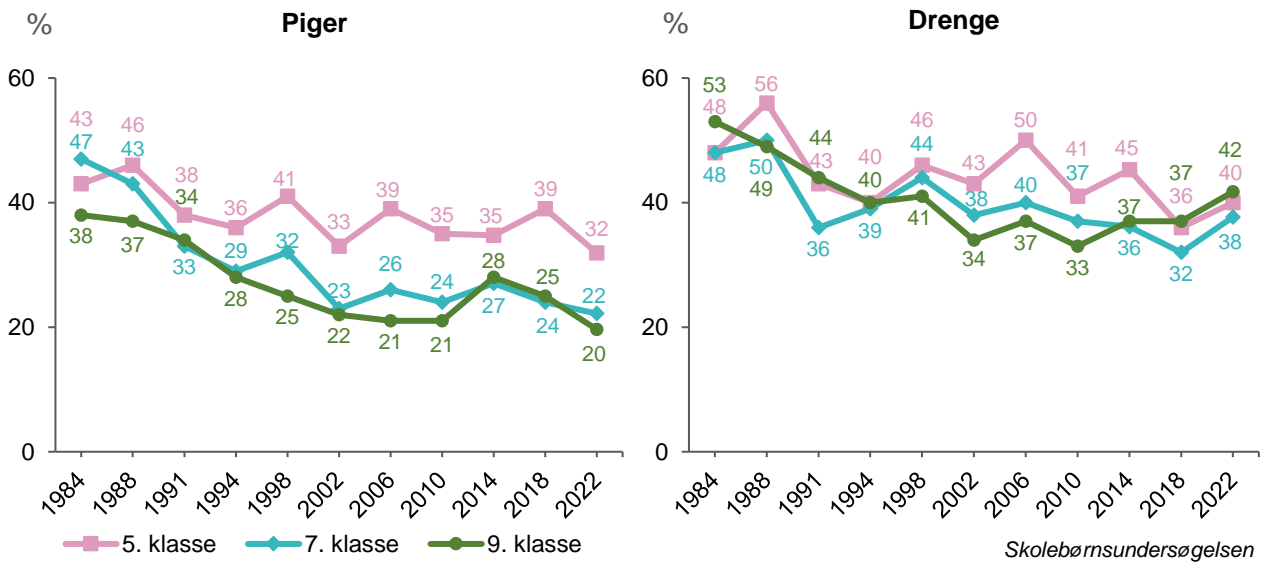


**Figur 4.1.2** Procentvis fordeling af selvvurderet helbred efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Spørgsmålet om selvvurderet helbred har været næsten identisk siden 1984. I undersøgelserne i 1994 og 1998 var der kun tre svarkategorier, da den fjerde svarkategori 'dårligt' var udeladt. Figur 4.1.3 viser, at andelen af piger med et virkelig godt selvvurderet helbred er faldet nogenlunde stabilt siden 1984, men udviklingen er tydeligst blandt pigerne i 7. og 9. klasse. Også blandt drengene er andelen med virkelig godt selvvurderet helbred overordnet set faldet i de seneste 40 år. Andelen af drenge i 9. klasse med virkelig godt selvvurderet helbred er dog steget fra 2010 til 2022.

**Figur 4.1.3** Andel med virkelig godt selvvurderet helbred 1984-2022 (%)



## 4.2 Symptomer

Skolebørnsundersøgelsen indeholder en række spørgsmål om fysiske og psykiske symptomer, som blandt andet udgør en vigtig indikator for børns mentale sundhed og trivsel (Jeppesen et al. 2020). Når symptomerne er vedvarende eller tilbagevendende, påvirker de børns daglige funktion og livskvalitet negativt og kan have alvorlige implikationer for sundhed og læring på sigt (Ravens-Sieberer et al. 2009). I Skolebørnsundersøgelsen anser vi børn og unges egne oplevelser af symptomer som en vigtig angivelse af, hvordan de har det, idet hyppige symptomer som for eksempel mavepine, hovedpine eller svimmelhed må opfattes som en belastning uanset årsagen til symptomerne. Studier fra både Danmark og andre lande viser, at der er social ulighed i symptombelastningen blandt børn og unge, således er der hyppigere forekomst af symptomer som smerter og emotionelle symptomer blandt børn og unge med lavere socioøkonomisk position (Due et al. 2019, Hammami et al. 2022).

I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi eleverne, hvor ofte de har hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, været ked af det, været irriteret eller i dårligt humør, været nervøs, haft svært ved at falde i søvn og været svimmel. Hertil kan eleverne svare: 'Næsten hver dag', 'Mere end én gang om ugen', 'Næsten hver uge', 'Næsten hver måned' og 'Sjældent eller aldrig'. Spørgsmålene har været med siden den første runde af Skolebørnsundersøgelsen i 1984.

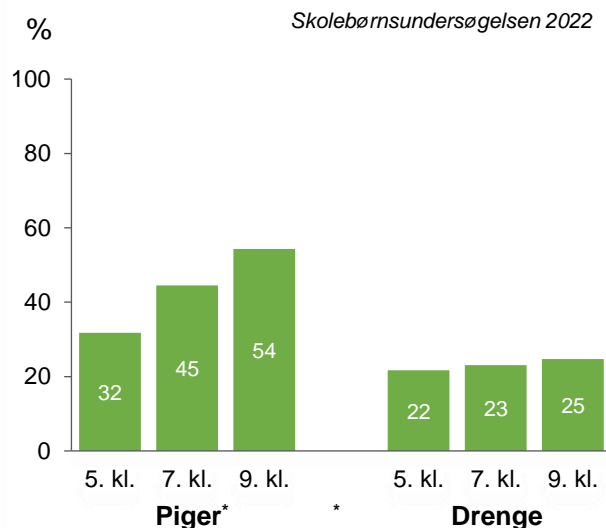
I dette afsnit præsenterer vi først resultaterne for hver af de enkelte otte symptomer separat, og derefter præsenteres andelen af elever med mindst ét symptom næsten hver dag som et samlet symptombillede.

### Hovedpine

Hovedpine kan have flere årsager, og gruppen af elever med hyppig hovedpine kan således indeholde både elever diagnosticeret med for eksempel migræne, men også elever med hyppig hovedpine af mere uspecifik karakter. Fælles er dog, at den hyppige hovedpine må udgøre en belastning for eleven.

*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.1 viser andelen af elever med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere efter køn og klassetrin. Der er betydelige forskelle i andelen med hovedpine blandt drenge og piger. Andelen af piger med hovedpine stiger med klassetrin, fra at 32 % angiver hovedpine i 5. klasse, til at cirka halvdelen af pigerne i 9. klasse rapporterer hovedpine næsten hver uge eller hyppigere. Der er derimod ingen signifikant forskel i andelen af drenge med hovedpine mellem de tre klassetrin, hvor det er cirka hver fjerde, der angiver hyppig hovedpine.

**Figur 4.2.1** Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere efter køn og klassetrin (%)

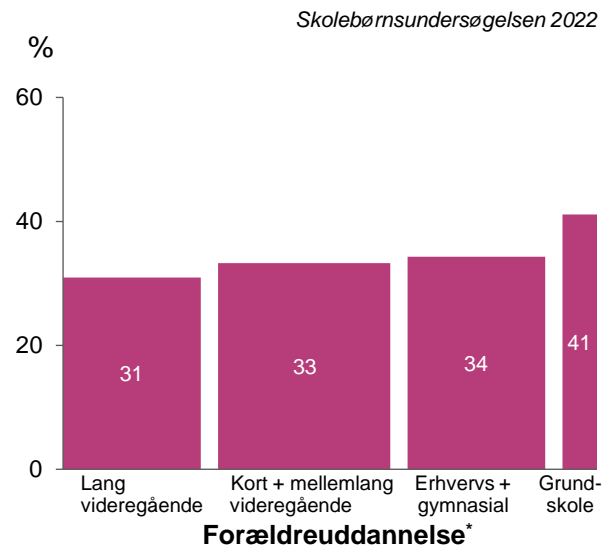


*Forældreuddannelse.* Figur 4.2.2 viser andelen af elever med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere efter deres forældres højeste fuldførte uddannelse. Bredden på

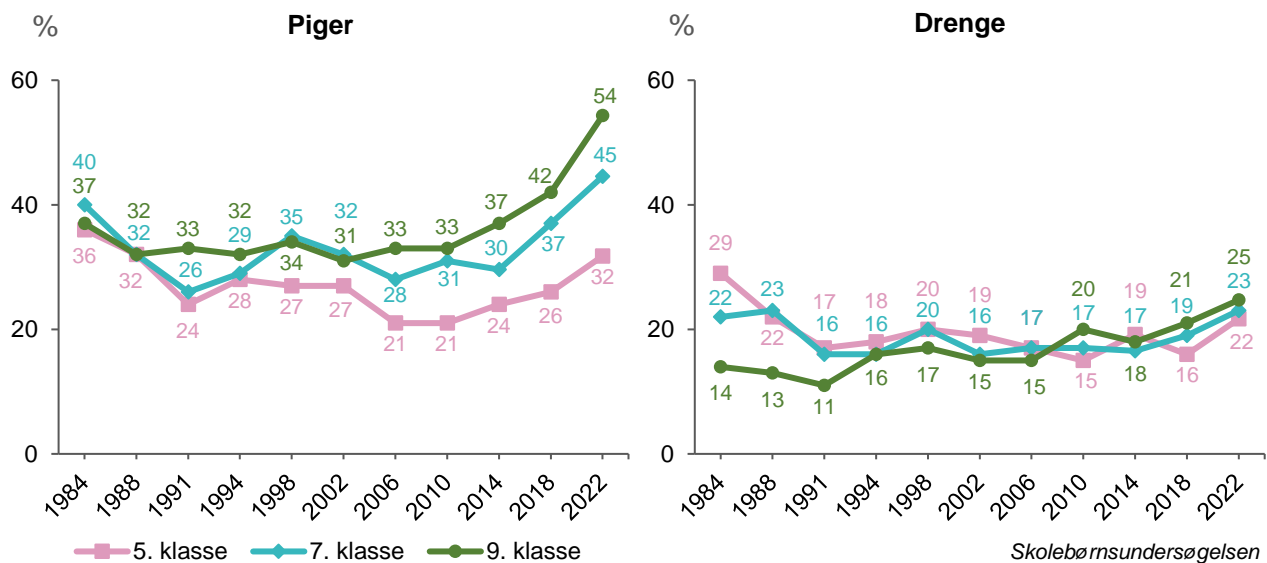
søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen stiger, jo kortere forældreuddannelsen er, fra 31 % ved lang videregående uddannelse til 41 % ved grundskole.

*Udvikling.* Figur 4.2.3 viser udviklingen i andelen af elever, som har hovedpine næsten hver uge eller hyppigere. For pigerne ses siden 2010 en stigning i andelen med hovedpine for alle tre klassetrin, men særligt for de ældste piger. For drengene er andelen relativt stabil over hele perioden, dog med en mindre generel stigning fra 1984 til 2022 blandt drengene i 9. klasse.

**Figur 4.2.2** Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere efter forældres uddannelse (%)



**Figur 4.2.3.** Andel med hovedpine næsten hver uge eller hyppigere 1984-2022 (%)

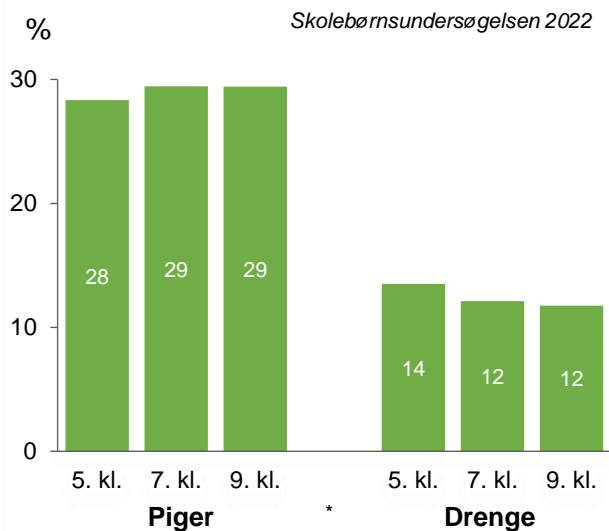


### Mavepine

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

*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.4 viser andelen af elever med mavepine næsten hver uge eller hyppigere. Andelen af henholdsvis piger og drenge med hyppig mavepine ligger ret konstant mellem klassetrinnene. Der ses dog en betydelig kønsforskel i andelen med mavepine, hvor cirka dobbelt så mange piger som drenge angiver dette.

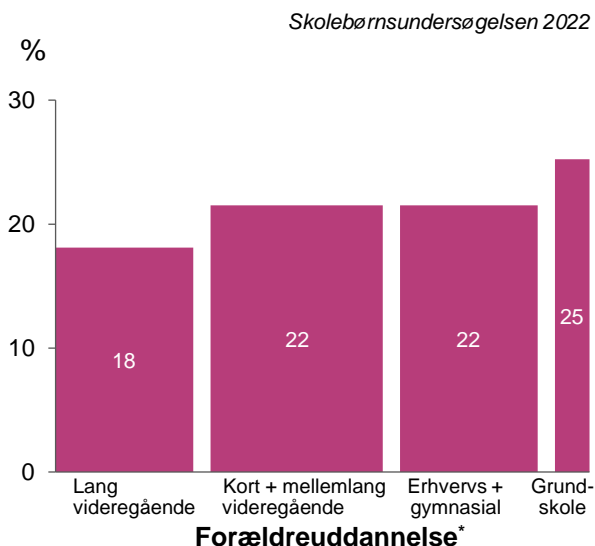
**Figur 4.2.4** Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere efter køn og klassetrin (%)



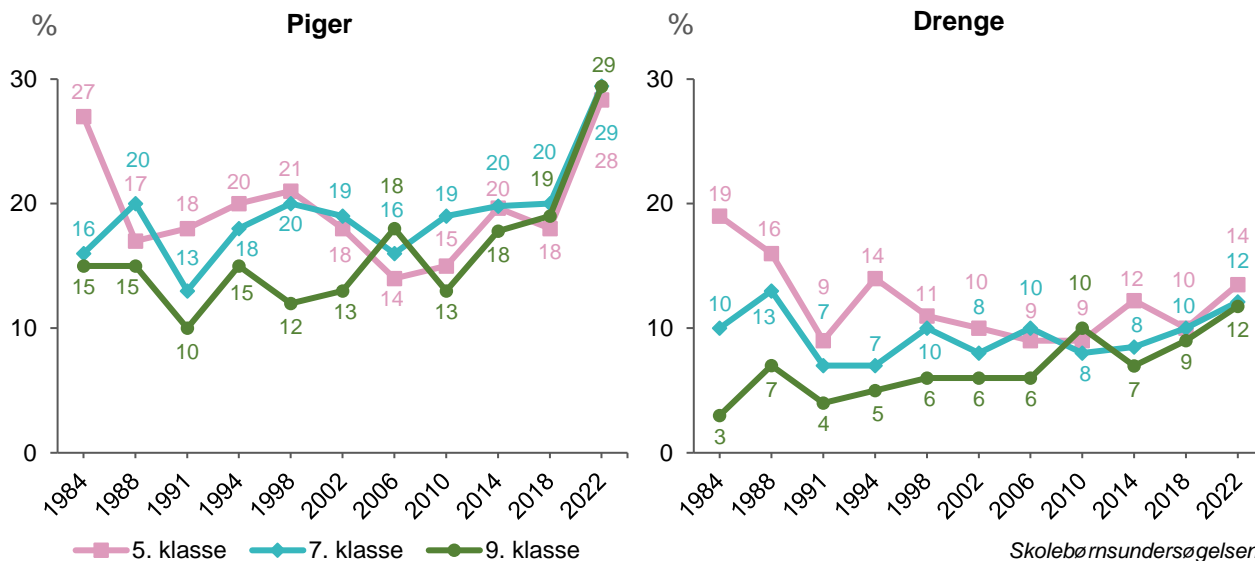
*Udvikling.* Figur 4.2.6 viser udviklingen i andelen af elever, som har mavepine næsten hver uge eller hyppigere. Blandt pigerne i 9. klasse ses en stigning i andelen fra 2010 til 2022, mens stigningen blandt pigerne i 5. og 7. klasse starter i 2006. For pigerne på alle tre klassetrin er der sket en markant stigning fra 2018 til 2022. Blandt drengene er udviklingen i andelen med mavepine forskellig på tværs af klassetrin: I 5. klasse ses en halvering i andelen mellem 1984 og 1991, hvorefter udviklingen overordnet set har været stabil, blandt drengene i 7. klasse er udviklingen nogenlunde stabil, og blandt drengene i 9. klasse er andelen med mavepine steget nogenlunde jævnt fra 1984 til 2022.

*Forældreuddannelse.* Det ses af figur 4.2.5, at andelen med mavepine næsten hver uge eller hyppigere er størst blandt elever, hvor højst fuldførte forældreuddannelse er grundskole (25 %), mens den er mindst hos elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse (18 %). Søjlebredden afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe.

**Figur 4.2.5** Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere efter forældres uddannelse (%)



**Figur 4.2.6.** Andel med mavepine næsten hver uge eller hyppigere 1984-2022 (%)



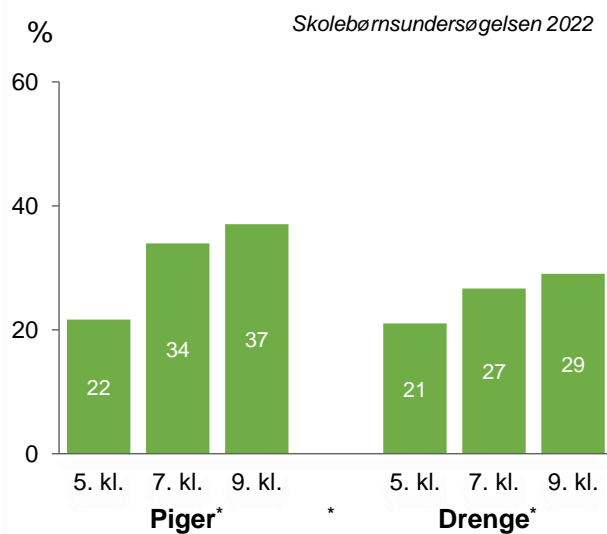
**Rygsmærter**

Hyppige rygsmærter blandt skoleelever kan have flere årsager, og gruppen indeholder således både elever diagnosticeret med en rygproblematik, men også elever med hyppigt ondt i ryggen af mere uspecifik karakter. Fælles er dog, at hyppige rygsmærter udgør en belastning for eleven.

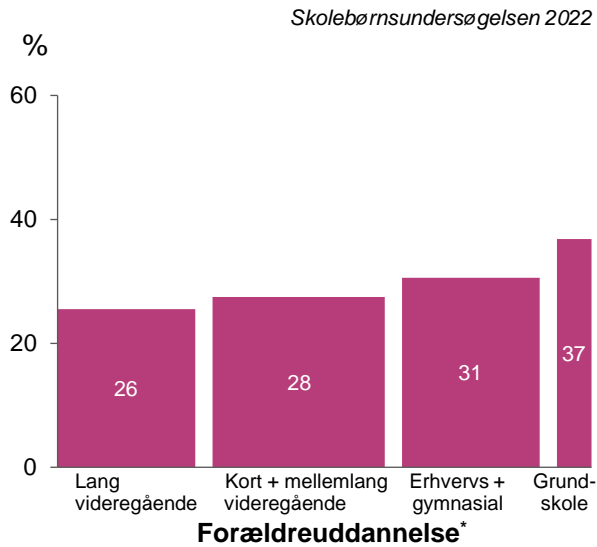
*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.7 viser andelen af elever med ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere. Blandt piger ses en større andel med ondt i ryggen end blandt drenge. For både piger og drenge ses en stigning i andelen med ondt i ryggen fra 5. til 7. klasse, mens stigningen i andelen i 9. klasse er mindre udtalt.

*Forældreuddannelse.* Det ses, at andelen med ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere stiger jævnt, jo kortere forældreuddannelsen er (figur 4.2.8). Der er tale om statistisk signifikante forskelle, hvor andelen er 26 % ved lang videregående uddannelse og 37 % ved grundskole. Uddannelsesgruppen 'grundskole' repræsenterer færrest elever indikeret ved bredden af søjlen.

**Figur 4.2.7** Andel med ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere efter køn og klassetrin (%)

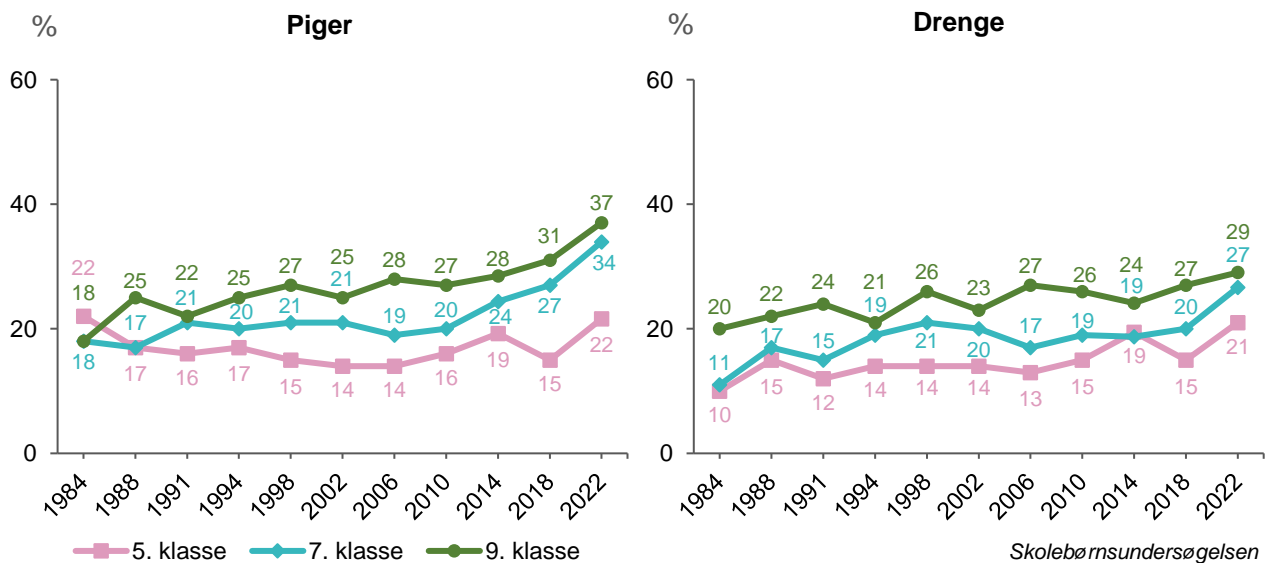


**Figur 4.2.8** Andel med ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 4.2.9 viser udviklingen i andelen af elever, som har ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere. For pigerne i 7. og 9. klasse ses en stigning i andelen med rygsmerter gennem hele perioden mens tendensen for 5. klasse har ligget mere stabilt igennem hele perioden. For drengene ses en lille stigning i andelen med hyppige rygsmerter over hele perioden for alle tre klassetrin.

**Figur 4.2.9** Andel med ondt i ryggen næsten hver uge eller hyppigere 1984-2022 (%)



**Ked af det**

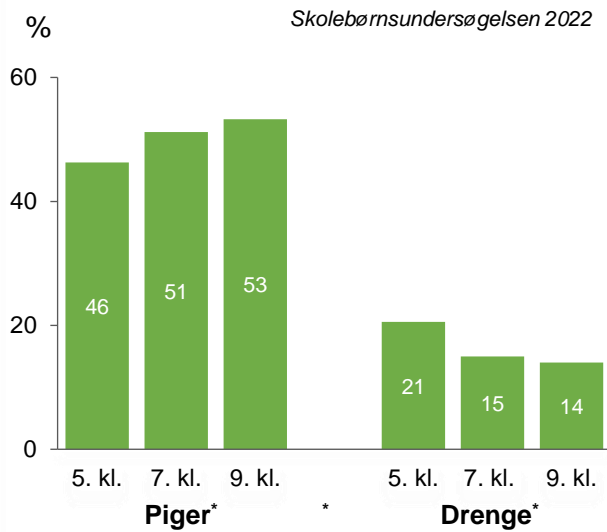
At være ked af det en gang imellem er en naturlig del af børne- og ungdomslivet. Men hvis man er ked af det hyppigt eller vedvarende, kan det være udtryk for mistrivsel og således være tegn på belastning.

*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.10 viser andelen af elever, der er ked af det næsten hver uge eller hyppigere. Andelen af piger, som hyppigt er ked af det, er langt højere end andelen af

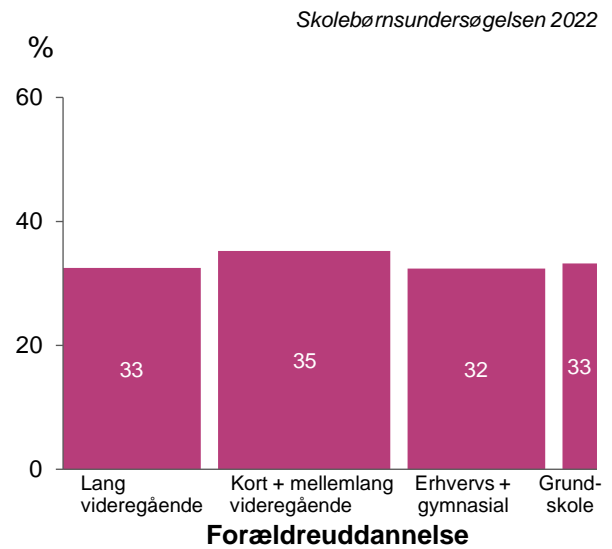
drengene på alle tre klassetrin. Hos pigerne ses en stigende andel med stigende klassetrin, mens det for drengene er omvendt, her er det drengene i 5. klasse, der oftest er ked af det.

*Forældreuddannelse.* Det fremgår af figur 4.2.11, at der ikke er signifikante forskelle i andelen af elever, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, på tværs af grupperne for forældreuddannelse.

**Figur 4.2.10** Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, efter køn og klassetrin (%)

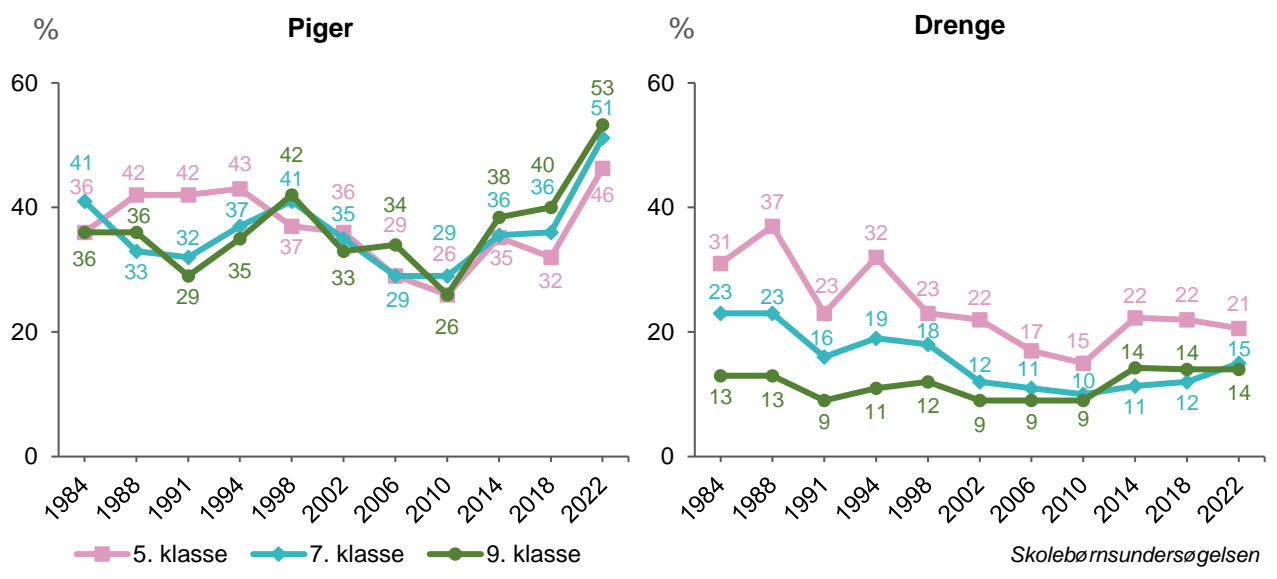


**Figur 4.2.11** Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 4.2.12 viser udviklingen i andelen af elever, der er ked af det næsten hver uge eller hyppigere. For pigerne ses en klar stigning i andelen, som er hyppigt ked af det fra 2010 frem til 2022 på alle tre klassetrin, mens udviklingen fra 1984 frem til 2010 var mindre tydelig. Fra 1984 til 2010 faldt andelen af drenge, som var hyppigt kede af det, særligt drengene i 5. og 7. klasse. Siden 2010 er udviklingen igen steget frem til 2022, dog ikke så tydeligt som for pigerne.

**Figur 4.2.12** Andel, som er ked af det næsten hver uge eller hyppigere, 1984-2022 (%)

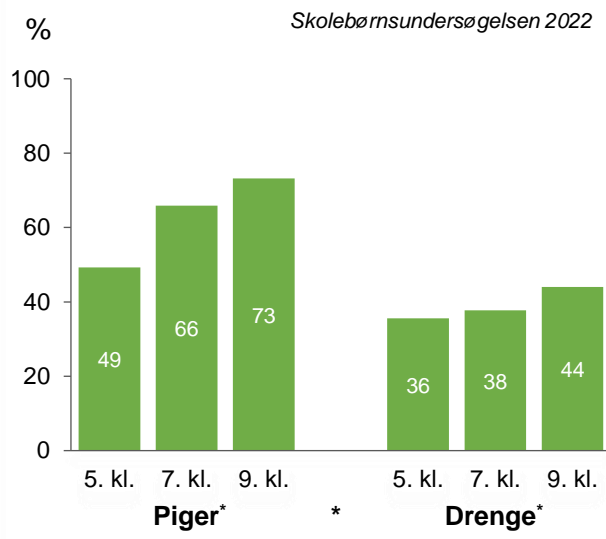


### Irritabel/dårligt humør

At være irritabel eller i dårligt humør en gang imellem er en naturlig del af børne- og ungdomslivet. Men hvis symptomerne bliver hyppige eller vedvarende, kan det være udtryk for mistrivsel og dermed være tegn på belastning.

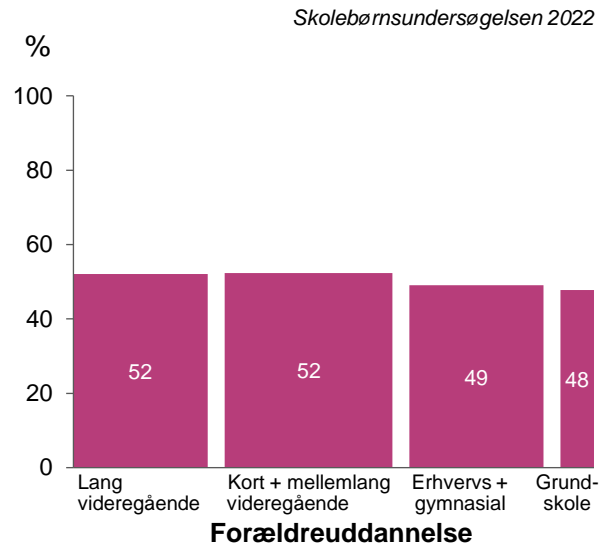
**Køn og klassetrin.** Figur 4.2.13 viser andelen af elever, der har været irritabel eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere. Andelen blandt piger er højere end andelen blandt drenge på alle tre klassetrin. For eleverne i 9. klasse angiver tre ud af fire piger, at de er irritable eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, mens det gælder for knapt halvdelen af drengene i 9. klasse. Hos både piger og drenge stiger andelen med stigende klassetrin, omend stigningen ikke er helt så udtalt hos drengene.

**Figur 4.2.13** Andel, som er irritabel eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, efter køn og klassetrin (%)



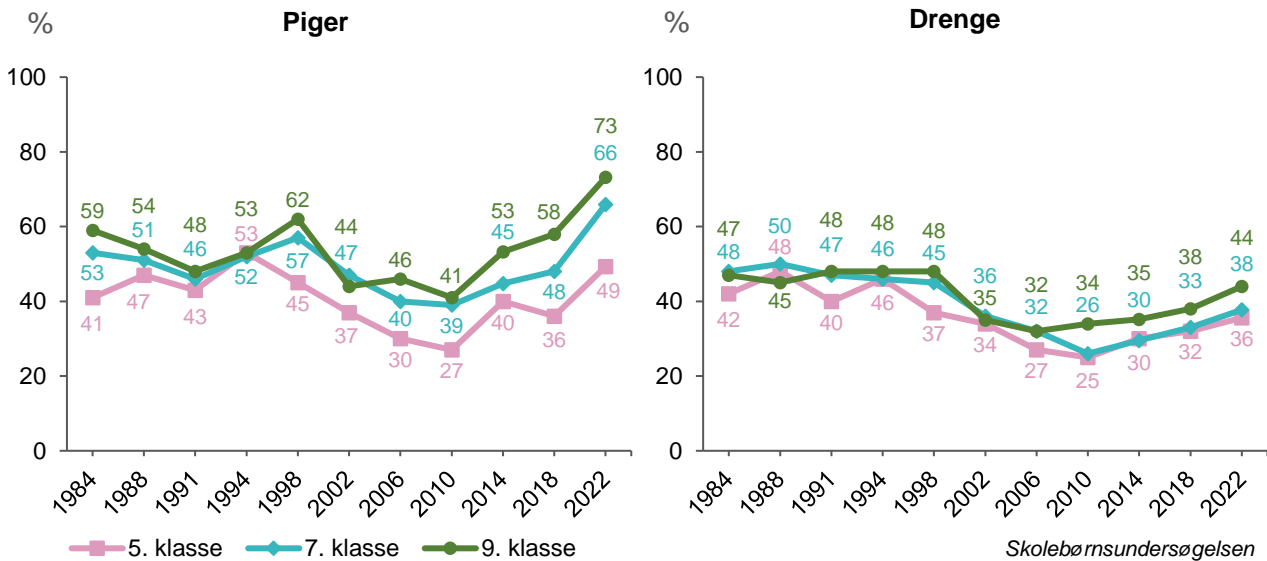
**Forældreuddannelse.** Der ses ingen signifikante forskelle i andelen, som næsten hver uge eller hyppigere er irritabel eller i dårligt humør (figur 4.2.14).

**Figur 4.2.14** Andel, som er irritabel eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Figur 4.2.15 viser andelen, der er irritable eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere i perioden 1984 til 2022. Blandt pigerne ses en markant stigning i andelen fra 2010 til 2022 for alle tre klassetrin, mens der mellem 1998 og 2010 har været en nedadgående tendens. For drengene ses en mindre stigning fra 2006 og frem til 2022, som var forudgået af et fald siden undersøgelsens start.

**Figur 4.2.15** Andel, som er irriteret eller i dårligt humør næsten hver uge eller hyppigere, 1984-2022 (%)

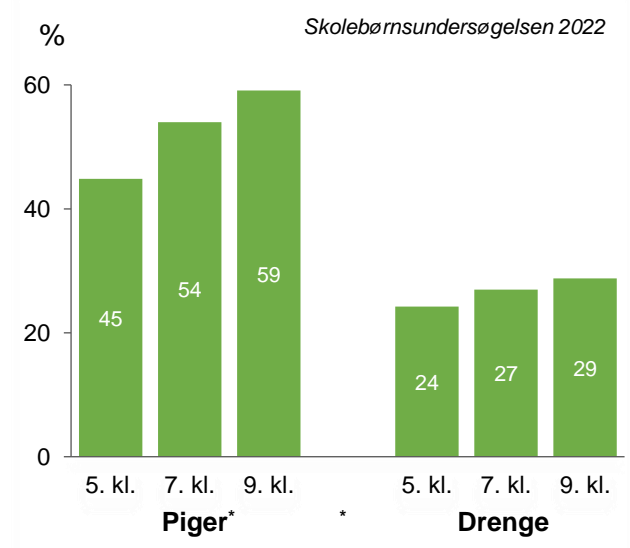


### Nervøsitet

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

*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.16 viser andelen af elever, der har været nervøs næsten hver uge eller hyppigere. Andelen blandt piger er langt højere end andelen blandt drenge på alle tre klassetrin, faktisk tæt på dobbelt så høj. Andelen, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, stiger med stigende klassetrin blandt både piger og drenge, omend stigningen ikke er så udtalt blandt drenge.

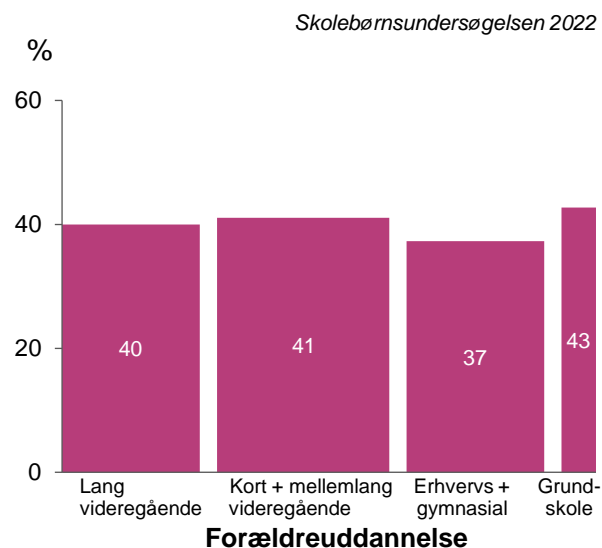
**Figur 4.2.16** Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, efter køn og klassetrin (%)



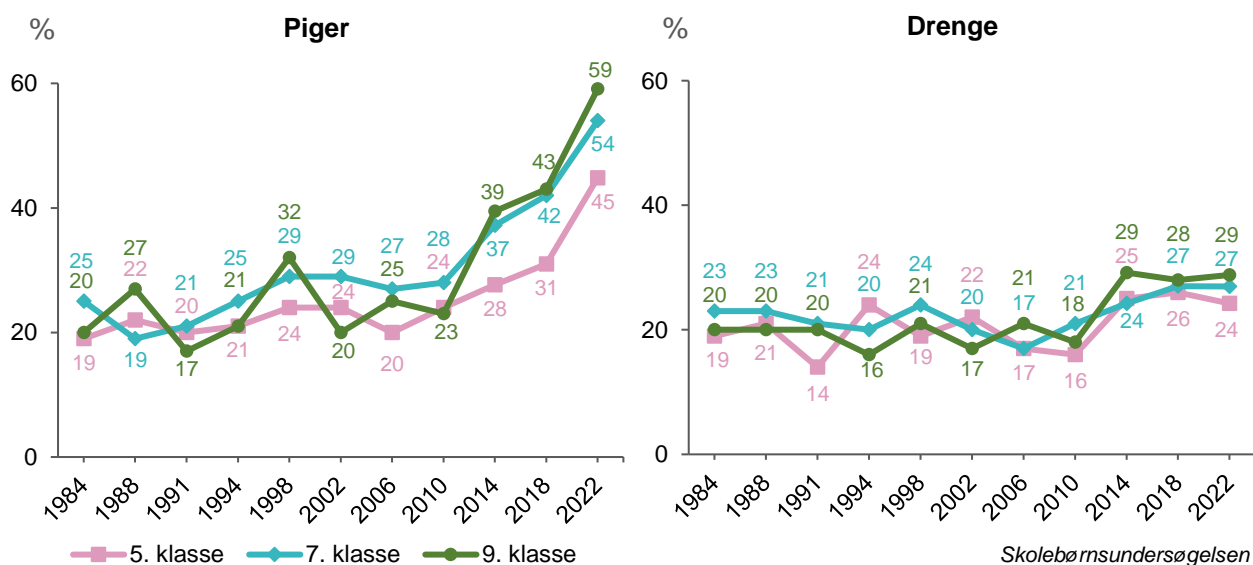
**Forældreuddannelse.** Figur 4.2.17 viser andelen, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere efter forældrenes uddannelse. Der ses ingen tydelig signifikant forskelle mellem de forskellige uddannelsesgrupper.

**Udvikling.** Figur 4.2.18 viser, at andelen af piger og drenge, som er nervøse næsten hver uge eller hyppigere, er steget fra 2010 til 2014 på alle tre klassetrin. Særligt blandt pigerne er denne stigning stor og fortsætter frem til 2022, hvor cirka halvdelen er pigerne er nervøse næsten hver uge eller hyppigere.

**Figur 4.2.17** Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 4.2.18** Andel, som er nervøs næsten hver uge eller hyppigere, 1984-2022 (%)



### Søvnbesvær

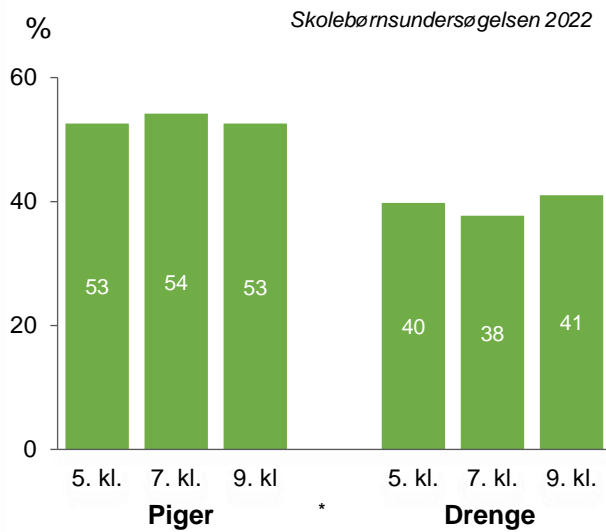
At have svært ved at falde i søvn kan have flere årsager som for eksempel skærmb brug inden sengetid, fysiologiske ændringer, som opstår i puberteten, men det kan også være tegn på belastninger som mistrivsel eller bekymringer.

**Køn og klassetrin.** Figur 4.2.19 viser andelen af elever, der har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere. På tværs af

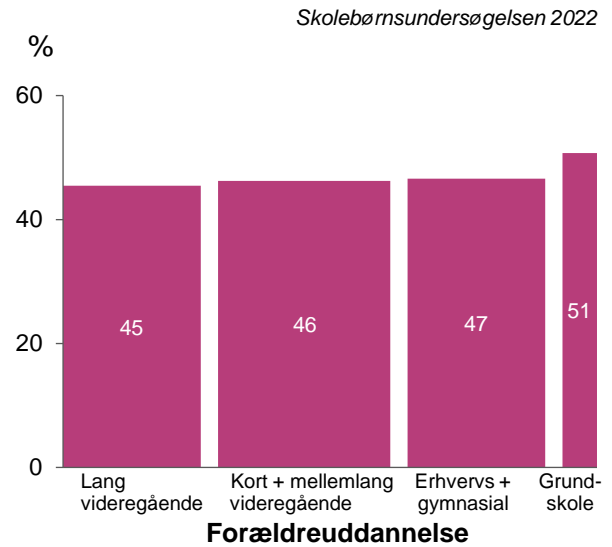
klassetrin har mere end 50 % af pigerne og omkring 40 % af drengene svært ved at falde i søvn mindst ugentligt.

**Forældreuddannelse.** Figur 4.2.20 viser, at andelen, som har svært ved at falde i søvn, er mindst blandt elever, hvis forældre har en lang videregående uddannelse (45 %), og størst blandt elever, hvor forældrenes højeste fuldførte uddannelse er grundskolen (51 %). Der er dog ikke tale om statistisk signifikante forskelle.

**Figur 4.2.19** Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, efter køn og klassetrin (%)

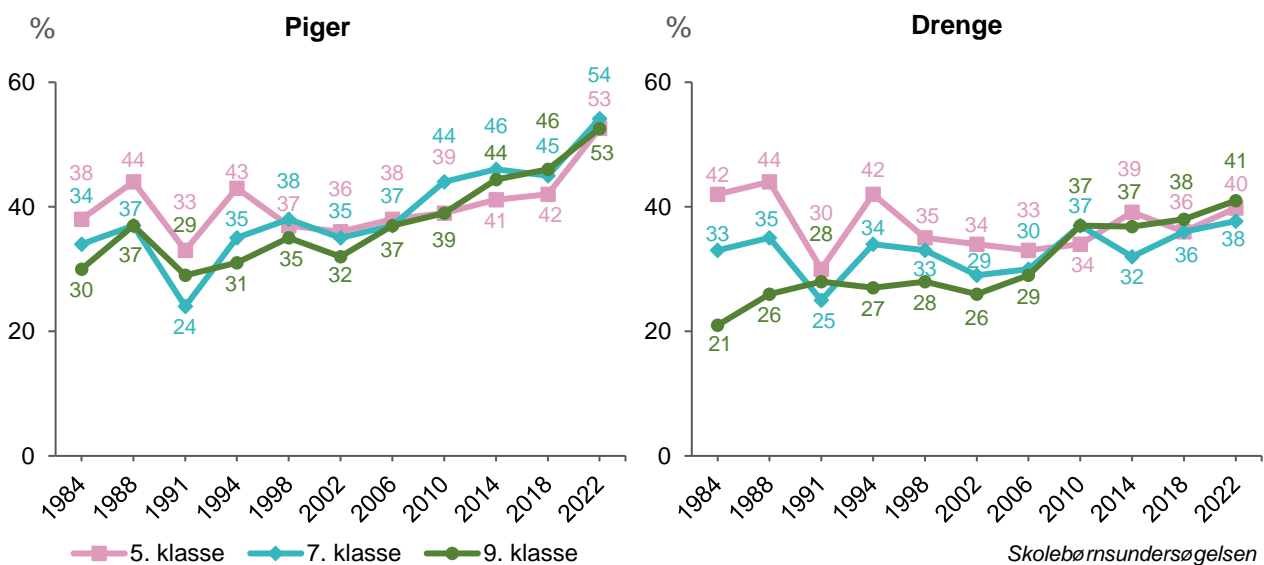


**Figur 4.2.20** Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 4.2.21 viser udviklingen i andelen af elever, der næsten hver uge eller hyppigere har svært ved at falde i søvn i perioden 1984 til 2022. Blandt både drenge og piger i 9. klasse samt piger i 7. klasse er andelen steget i tidsperioden. Blandt elever i 5. klasse samt drenge i 7. klasse er udviklingen nogenlunde stabil. Forskellen i andelen med hyppigt søvnbesvær på tværs af klassetrin udglignes i perioden for begge køn.

**Figur 4.2.21** Andel, som har svært ved at falde i søvn næsten hver uge eller hyppigere, 1984-2022 (%)

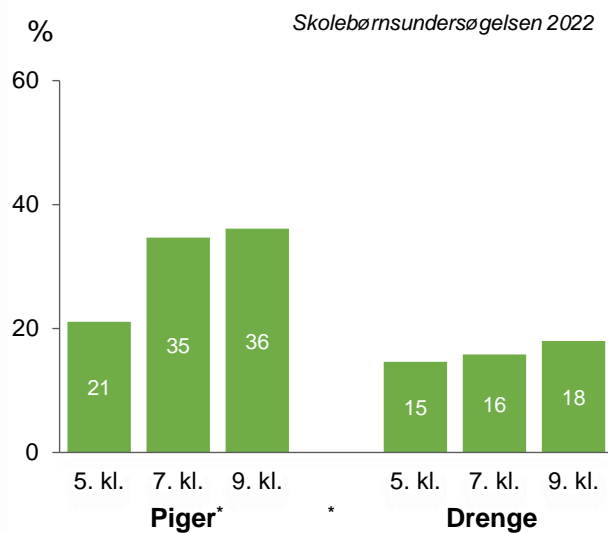


## Svimmelhed

Svimmelhed kan have flere fysiske årsager som for eksempel virus eller lavt blodtryk, men årsager kan også være af psykisk karakter. Fælles er dog, at hyppig svimmelhed udgør en belastning for eleven.

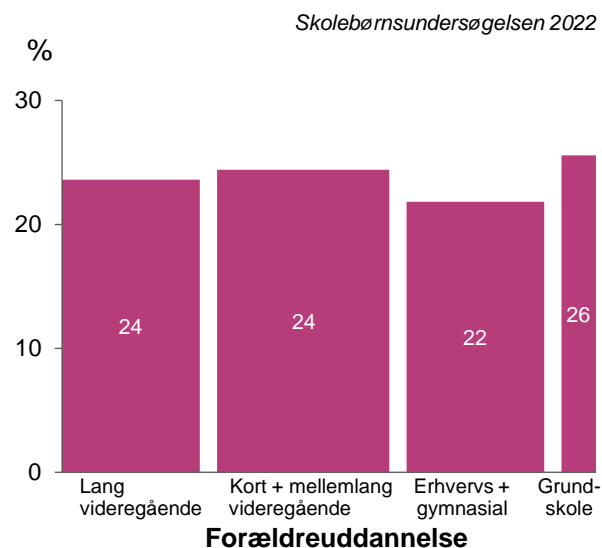
**Køn og klassetrin.** Figur 4.2.22 viser andelen af elever, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere. Andelen blandt piger stiger mellem 5. og 7. klasse. Der ses en betydelig kønsforskel i andelen med svimmelhed næsten ugentligt eller hyppigere i 7. og 9. klasse, hvor andelen blandt piger er dobbelt så stor som andelen blandt drenge.

**Figur 4.2.22** Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, efter køn og klassetrin (%)



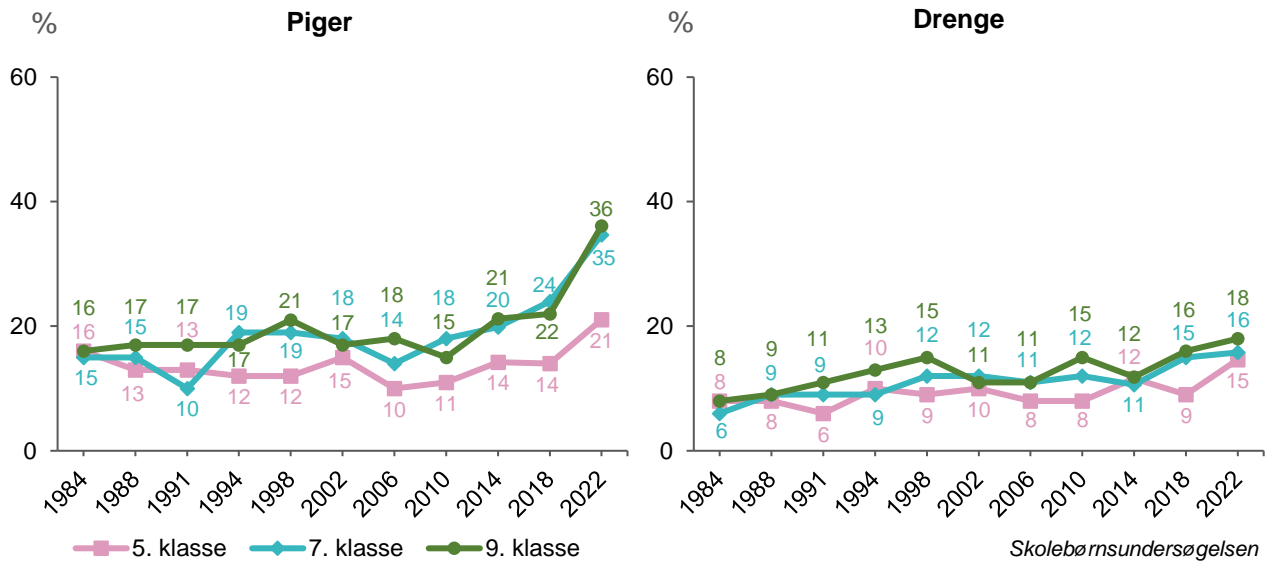
**Forældreuddannelse.** Figur 4.2.23 viser andelen, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere. Der ses ikke noget entydigt mønster i andelen efter forældrenes højeste fuldførte uddannelse, og forskellene mellem uddannelsesgrupperne er ikke statistisk signifikante.

**Figur 4.2.23** Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Figur 4.2.24 viser udviklingen i andelen af elever, som oplever svimmelhed næsten hver uge eller hyppigere. For pigerne ses en markant stigning fra 2018 til 2022, især blandt pigerne i 7. og 9. klasse. Dette er forudgået af en mere stabil kurve for alle tre klassetrin. For drengene ses en lille stigning for alle tre klassetrin over hele perioden.

**Figur 4.2.24** Andel, som er svimmel næsten hver uge eller hyppigere, 1984-2022 (%)

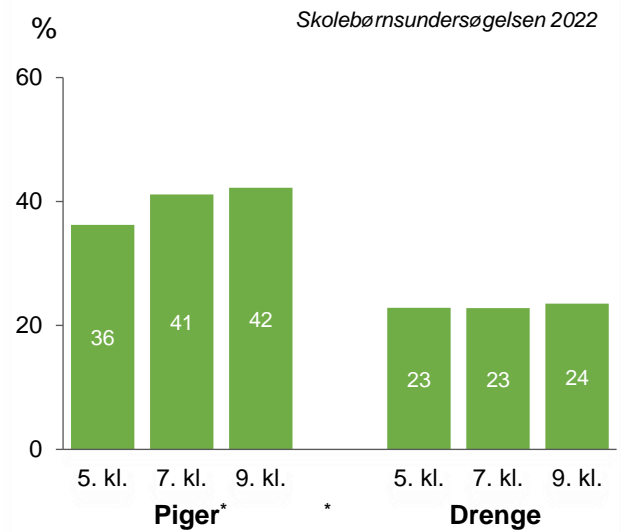


**Mindst et symptom næsten dagligt**

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

*Køn og klassetrin.* Figur 4.2.25 viser andelen af elever, der næsten dagligt har mindst ét symptom. For piger ses en stigning fra 5. til 7. klasse, mens andelen for drengene ligger ret konstant for alle tre klassetrin. Andelen blandt piger med mindst ét symptom er højere end andelen blandt drenge og knapt dobbelt så høj i 7. og 9. klasse.

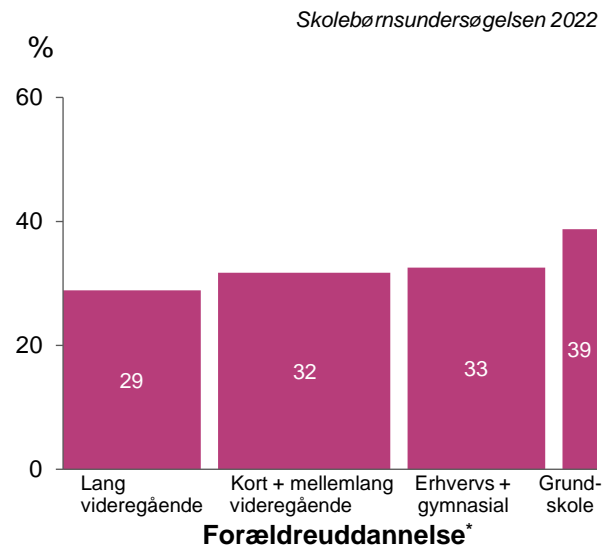
**Figur 4.2.25** Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom, efter køn og klassetrin (%)



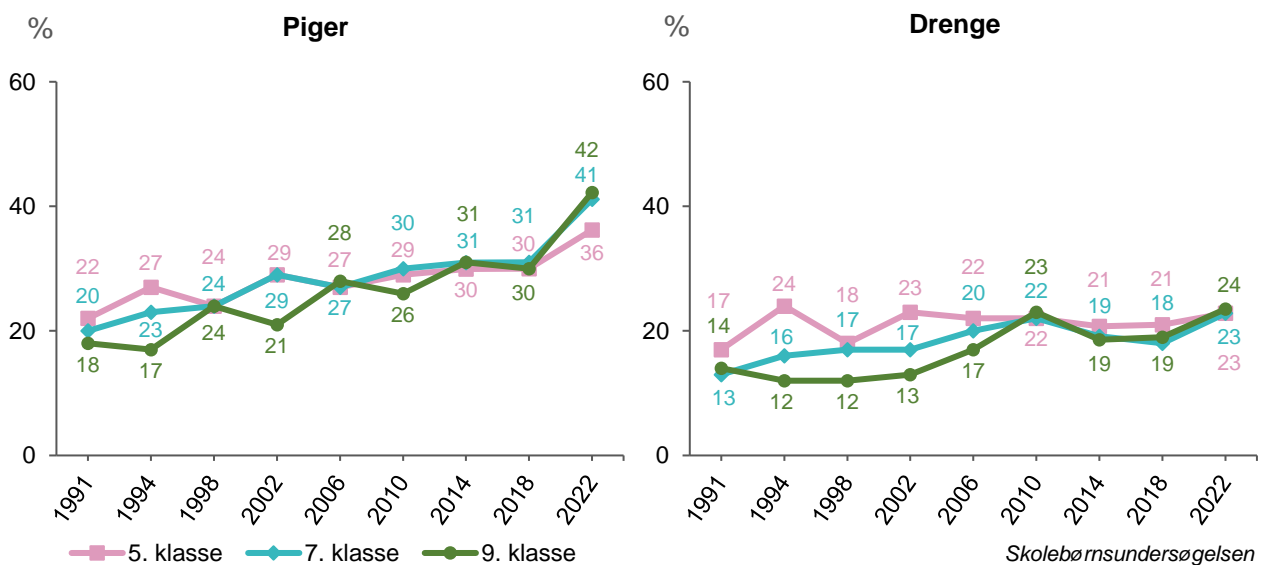
**Forældreuddannelse.** Det fremgår af figur 4.2.26, at andelen af elever, som næsten hver dag har mindst ét symptom, er størst (39 %) blandt elever, hvis forældre højest har en grundskoleuddannelse, og mindst blandt elever, hvor én forælder har en lang videregående uddannelse (29 %). Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver forældreuddannelsesgruppe.

**Udvikling.** Figur 4.2.27 viser udviklingen i andelen af elever, som angiver at have mindst ét symptom næsten hver dag. For pigerne har der været en støt stigning gennem hele perioden på alle tre klassetrin, dog med størst stigning blandt pigerne i 9. klasse samt en tydelig stigning på cirka 10 procentpoint mellem 2018 og 2022. For drengene ses en lille stigning for alle tre klassetrin, dog størst for drengene i 7. og 9. klasse.

**Figur 4.2.26** Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 4.2.27** Andel, som næsten hver dag har mindst ét symptom 1991-2022 (%)



### 4.3 Vægtstatus

Overvægt og svær overvægt udgør en betydelig udfordring for folkesundheden både nationalt og internationalt. Blandt børn og unge har det store psykosociale og fysiske konsekvenser på kort og lang sigt. På den korte bane fylder psykosociale udfordringer. For eksempel mobning, at være isoleret fra venner, lavt selvværd eller nedsat livstilfredshed (Fonseca et al. 2009, Forste & Moore 2012, Kjelgaard et al. 2017). Der er stor risiko for, at overvægt eller svær overvægt følger børnene ind i voksenlivet (Simmonds et al. 2016), og således øges også risikoen for fysiske helbredsproblemer som blandt andet diabetes og hjerte-kar-sygdom i voksenlivet (Reilly & Kelly 2011). Det er velkendt, at der er social ulighed i overvægt og svær overvægt blandt børn og unge (Pommerencke et al. 2022).

Også undervægt kan være problematisk og et tegn på underernæring, usunde spisevaner eller bagvedliggende helbredsproblemer, for eksempel lav muskelstyrke, vækstproblemer, uregelmæssig menstruation eller mangler i immunsystemet (Uzogara 2016). Undervægt er ofte knyttet sammen med negativ kropsopfattelse og andre tegn på mentale helbredsproblemer (Cimino et al. 2016).

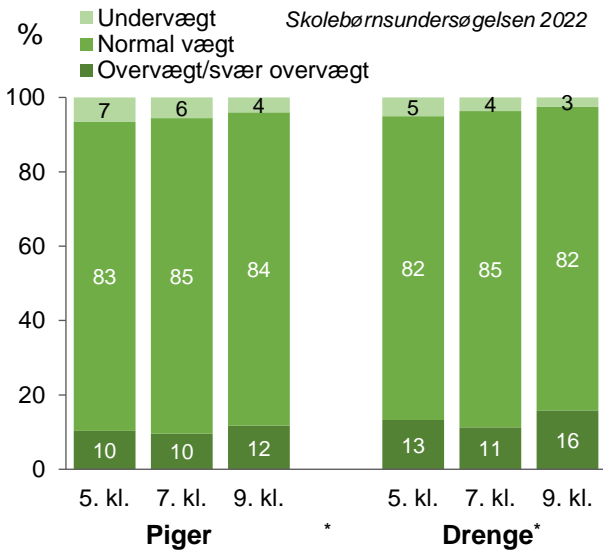
I denne undersøgelse er data om vægtstatus baseret på selvrapporterede data om vægt og højde, idet vi spørger eleverne, hvor meget de vejer, og hvor høje de er. Selvrapporterede data kan være behæftet med fejl, og videnskabelige undersøgelser viser, at der ved selvrapportering er tendens til underreportering af egen vægt. Et dansk studie viser, at selvom der på individniveau kan være stor forskel på selvrapporterede data og objektive målinger af højde og vægt, så er forskellene mellem selvrapporterede og objektive data minimale når, man ser på den samlede population af undersøgte børn (Rasmussen et al. 2013).

Vægtstatus defineres hos voksne ud fra *Body Mass Index* (BMI), som måles i  $\text{kg}/\text{m}^2$ . Et BMI  $\geq 25$  og  $< 30$  defineres som overvægt, og BMI  $\geq 30$  defineres som svær overvægt. Der skelnes mellem tre grader af undervægt, hvor Moderat eller førstegrads undervægt svarer til et BMI  $< 18,5$  og  $\geq 17$ . I denne opgørelse har vi defineret undervægt som anden og tredje grads undervægt, svarende til BMI  $< 17$  hos voksne (Cole et al. 2007). Normalvægt svarer således til BMI  $\geq 17$  og  $< 25$  hos voksne. Hos børn under 18 år kan man imidlertid ikke anvende de samme BMI-grænser for vægtstatus som hos voksne, fordi børnene ikke er færdigudvoksede. Her anvender vi alders- og kønsspecifikke BMI-grænser, som er udviklet af *International Obesity Task-force* (Cole & Lobstein 2012). For eksempel svarer et BMI på 25 hos voksne til et BMI på 20,51 for en 11-årig dreng og 20,66 for en 11-årig pige. Har barnet et BMI på eller over dette niveau, klassificeres barnet som overvægtig eller svær overvægtig.

Eleverne i Skolebørnsundersøgelsen er blevet spurgt til deres højde og vægt siden 1998. I denne rapport viser vi fordelingen af elevernes vægtstatus efter køn, klassetrin og forældres uddannelse. Efterfølgende viser vi udviklingen i andelen af elever med overvægt eller svær overvægt fra 1998 til 2022.

*Køn og klassetrin.* Figur 4.3.1 viser andelen af piger og drenge med undervægt, normal vægt samt overvægt og svær overvægt, hvor sidstnævnte er samlet i en fælles kategori. På tværs af alle klassetrin har langt størstedelen af både drenge og piger normal vægt. Den højeste andel med overvægt/svær overvægt ses blandt elever i 9. klasse, hvor andelen blandt drengene er højere (16 %) end blandt pigerne (12 %). Blandt pigerne er andelen med svær overvægt cirka 2 % på alle klassetrin, og blandt drengene er andelen 3 % i 5. og 9. klasse og 2 % i 7. klasse (tal ikke vist).

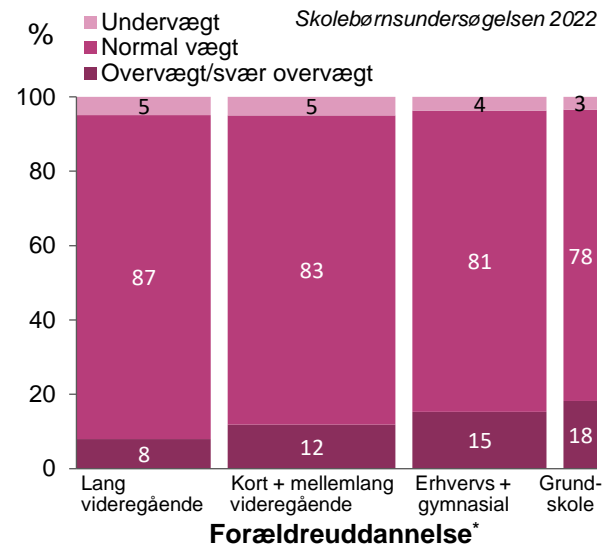
**Figur 4.3.1** Procentvis fordeling af vægtstatus efter køn og klassetrin



**Forældreuddannelse.** Figur 4.3.2 viser den procentvise fordeling af vægtstatus efter forældrenes uddannelse, og bredden af søjlerne illustrerer antallet af elever i hver forældreuddannelsesgruppe. Det ses, at andelen med overvægt/svær overvægt stiger jævnt, jo kortere forældreuddannelsen er; fra 8 % ved lang videregående uddannelse, til 18 % ved grundskole. Desuden findes en større andel elever med undervægt blandt elever, hvis forældre har en lang videregående

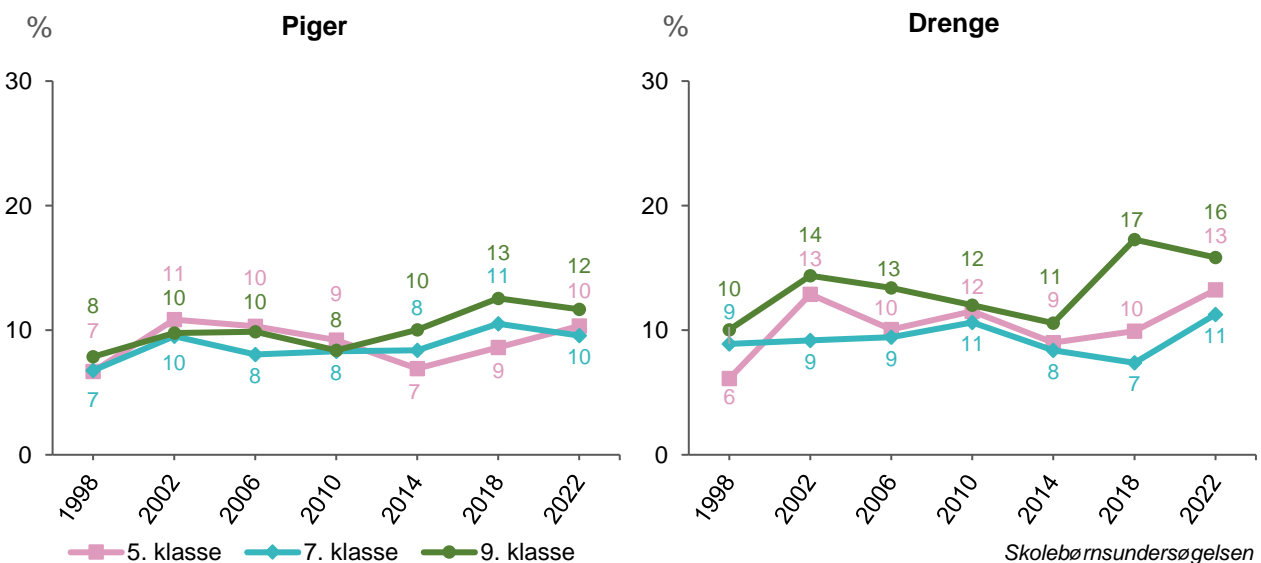
uddannelse (5 %), end blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse (3 %).

**4.3.2** Procentvis fordeling af vægtstatus efter forældres uddannelse



**Udvikling.** Figur 4.3.3 viser udviklingen i forekomsten af overvægt og svær overvægt fra 1998 til 2022 blandt piger og drenge. Udviklingen viser en lille stigning i andelen af drenge og piger med overvægt eller svær overvægt på tværs af alle tre klassetrin, dog med lidt flere udsving blandt drengene.

**Figur 4.3.3** Andel med overvægt eller svær overvægt 1998-2022 (%)



## 4.4 Skader

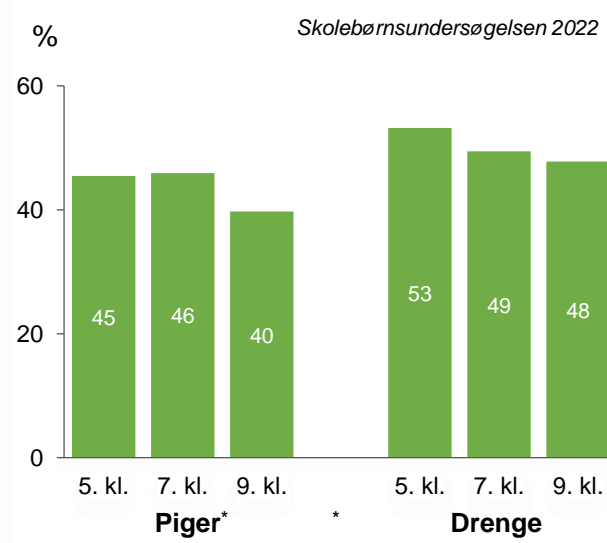
Skader, der opstår ved ulykker eller vold, er et stort folkesundhedsproblem. De tegner sig for en stor del af dødsfald blandt børn og unge og medfører store omkostninger for de involverede og for samfundet. Børn og unge, som kommer til skade, har ringere mental sundhed end andre børn, de har større forekomst af risikoadfærd, større sygelighed og større risiko for at udvikle kroniske sygdomme og sociale problemer. Som hovedregel er der flere skader i familier med lav socioøkonomisk status, ligesom risikoen for skader afspejler risikofaktorer i det fysiske miljø, for eksempel i hjemmet, skolen og boligområdet. De fleste skader kan forebygges, og omfanget af skader blandt skoleelever afspejler derfor også niveauet af forebyggende indsatser (WHO 2014).

Selvrapporterede data på skader giver et godt supplement til den offentlige statistisk på området, da kun de færreste ulykker og skader registreres her. Foruden at skader giver anledning til lidelse blandt børn og unge og er forbundet med mange udgifter i sundhedsvæsenet, kan man også have en mistanke om, at unge, der udsættes for mange skader, for eksempel hjernerystelse, vil opleve helbreds- og funktionsmæssige problemer gennem livet. Skolebørnsundersøgelsen interesserer sig kun for skader af en sådan alvorlighed, at de har medført behandling af læge eller sygeplejerske.

Information om skader blandt eleverne indhentes fra følgende spørgsmål: 'I de sidste 12 måneder: Hvor mange gange er du kommet til skade, så du skulle behandles af en læge eller sygeplejerske?' med svarkategorierne: 'Jeg er ikke kommet til skade', 'Én gang', 'To gange', 'Tre gange' og 'Fire gange eller mere'.

*Køn og klassetrin.* Figur 4.4.1 viser andelen af elever, som er kommet til skade mindst én gang inden for de sidste 12 måneder. Andelen er større blandt drenge end piger. Blandt piger er andelen mindst på 9. klassetrin (40 %) og nogenlunde ens i 5. og 7. klasse. Blandt drenge er andelen størst i 5. klasse (53 %), men der er ikke statistisk signifikant forskel mellem de tre klassetrin.

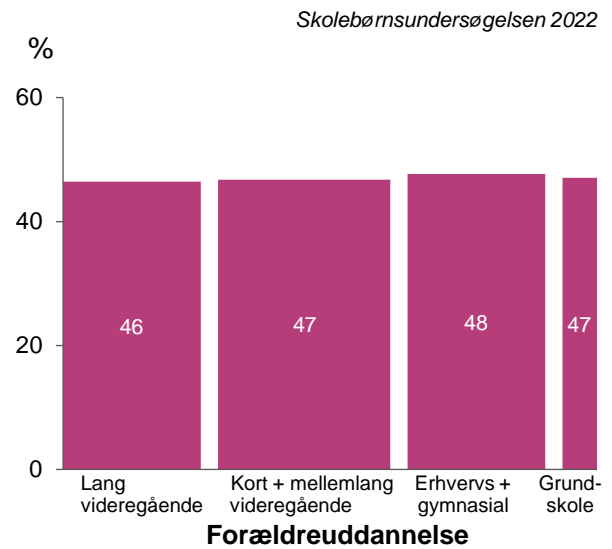
**Figur 4.4.1** Andel, som er kommet til skade mindst én gang inden for de seneste 12 måneder, efter køn og klassetrin (%)



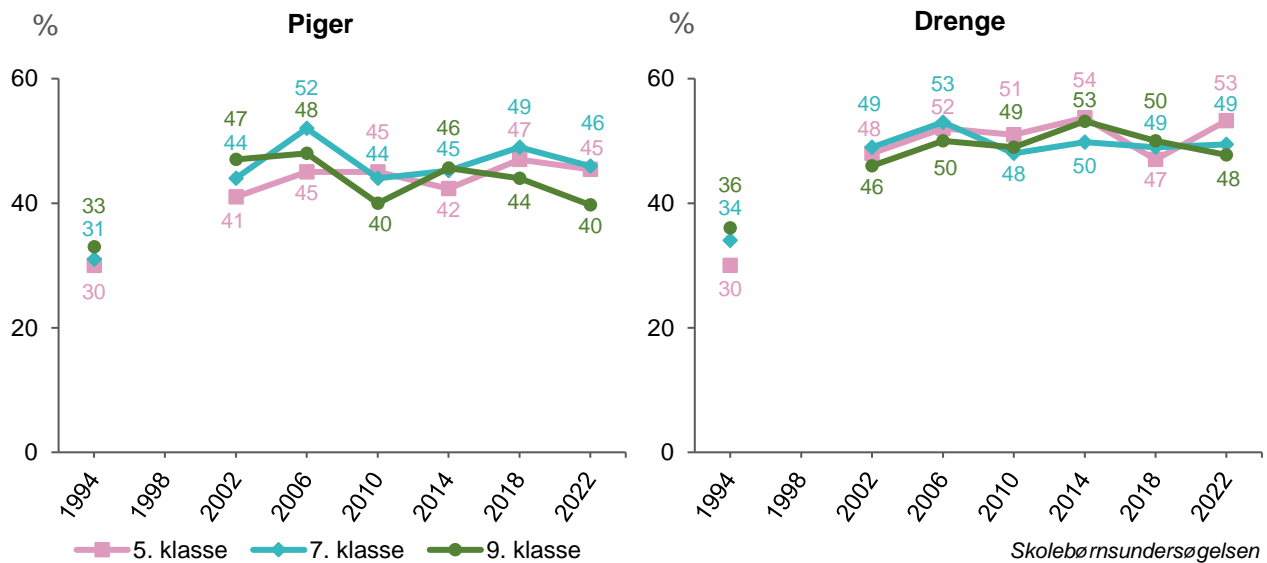
**Forældreuddannelse.** Det fremgår af figur 4.4.2, at andelen, som er kommet til skade, er nogenlunde ens uanset hvilken uddannelse, som er forældrenes højest fuldførte.

**Udvikling.** I 1994 og igen fra 2002 og frem til 2022 er eleverne blevet stillet samme spørgsmål om, hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder er er kommet til skade på en måde, så behandling ved sygeplejerske eller læge var nødvendig. Figur 4.4.3 viser, at andelen af elever, som er kommet til skade, er steget fra 1994 til 2022. Denne stigning sker primært mellem 1994 og 2002.

**Figur 4.4.2** Andel, som er kommet til skade mindst én gang inden for de seneste 12 måneder, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 4.4.3** Andel, som er kommet til skade mindst én gang inden for de seneste 12 måneder, 1994, 2002-2022 (%)



## 4.5 Langvarig sygdom og handicap

At leve med sygdom eller handicap kan have stor betydning for børns udvikling, trivsel og hverdag i skolen, fritiden og hjemme (Lund et al. 2019). Børn med kronisk sygdom har for eksempel i gennemsnit lavere fysisk og social trivsel (Pinquart 2020, Silva et al. 2019). Det er afgørende at sikre, at børn med sygdom og handicap får ekstra opmærksomhed og støtte blandt andet i skolen, hvis de har brug for det (Silva et al. 2019). Det er svært at bestemme den præcise andel af børn med sygdom og handicap, da denne blandt andet afhænger af, hvordan sygdom og handicap defineres og spørges til, om man for eksempel stiller et overordnet spørgsmål eller præsenterer en liste af sygdomme og handicap. Fra tidligere undersøgelser ved vi, at de hyppigste fysiske diagnoser, som elever i Danmark rapporterer, er astma, allergi, migræne og smerter fra arme, ben eller ryg, mens de hyppigste psykiske sygdomme er angst, depression, spiseforstyrrelse og ADHD/ADD (Thomsen et al. 2023).

I Skolebørnsundersøgelsen 2022 bliver andelen med langvarig fysisk og psykisk sygdom eller handicap opgjort. Eleverne blev stillet følgende overordnede spørgsmål: 'Har du sygdom eller handicap, der har varet i mere end tre måneder? For eksempel diabetes, allergi, døvhed, gigt, migræne, ADHD, angst eller depression' med svar-kategorierne; 'Ja' og 'Nej'. De elever, der svarede 'Ja', svarede efterfølgende på, hvilken type af sygdom eller handicap de har: 'Fysisk (fx diabetes, allergi, døvhed, gigt, migræne)', 'psykisk/mental (fx ADHD, angst, depression)', 'Andet' eller 'Ved ikke'. Elever, der svarede 'Andet' eller 'Ved ikke', beskrev deres sygdom eller handicap i tekst, hvorefter to læger har kategoriseret de beskrevne sygdomme og handicap med udgangspunkt i ICD-11, som er den nyeste version af den

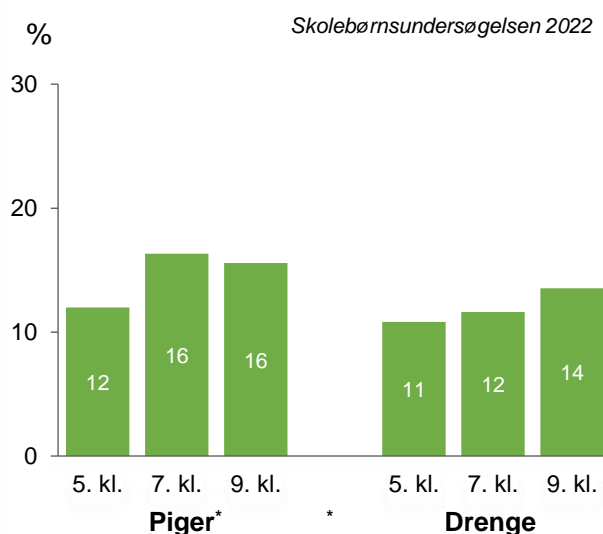
internationale sygdomsklassifikation. Gruppen med psykisk sygdom eller handicap dækker således i denne rapport over børn med både psykisk, adfærds- eller neuroudviklingsmæssig forstyrrelse eller tilstand.

### Langvarig fysisk sygdom eller handicap

*Andel med langvarig sygdom eller handicap.* Samlet set rapporterer 19 % af drengene og 26 % af pigerne at have sygdom eller handicap, der har varet i mere end tre måneder (tal ikke vist). Blandt drengene angiver 8 % og blandt pigerne 13 % at have mindst én sygdom eller handicap, der påvirker dem i skolen eller fritiden mindst ugentligt (tal ikke vist).

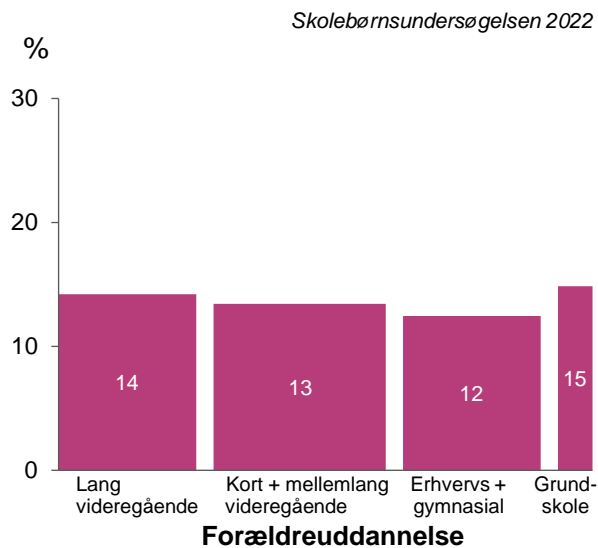
*Køn og klassetrin.* Figur 4.5.1 viser andelen af elever, som rapporterer at have fysisk sygdom eller handicap, som har varet mere end tre måneder. På tværs af klassetrin er der en lidt større andel af piger end drenge, der rapporterer fysisk sygdom eller handicap. Mellem 12 % og 16 % af pigerne rapporterer fysisk sygdom eller handicap, mens mellem 11 % til 14 % af drengene gør dette. Andelen af elever med fysisk sygdom eller handicap er størst blandt piger i 7. og 9. klasse.

**Figur 4.5.1** Andel med langvarig fysisk sygdom eller handicap efter køn og klassetrin (%)



**Forældreuddannelse.** Figur 4.5.2 viser andelen af elever, som har en langvarig fysisk sygdom eller handicap opdelt efter forældreuddannelse. Der ses ingen signifikante forskelle mellem uddannelsesgrupperne.

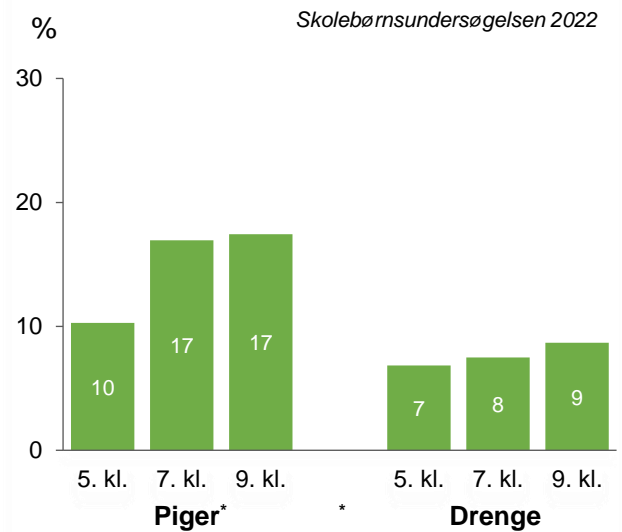
**Figur 4.5.2** Andel med langvarig fysisk sygdom eller handicap efter forældres uddannelse (%)



### Langvarig psykisk sygdom eller handicap

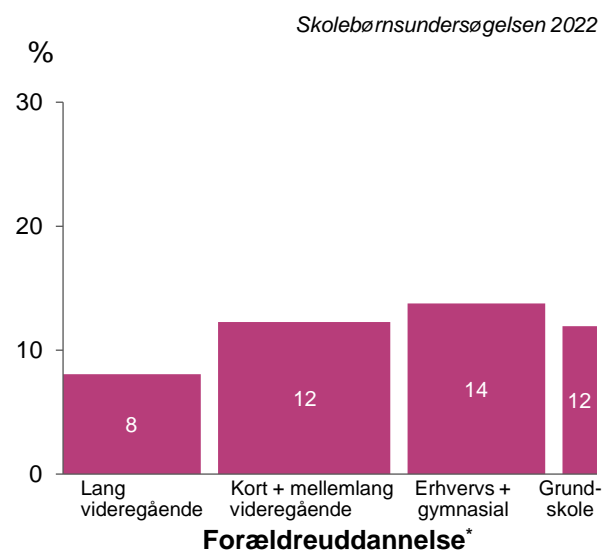
**Køn og klassetrin.** Figur 4.5.3 viser andelen af drenge og piger, som rapporterer at have psykisk sygdom eller handicap, der har varet mere end tre måneder. En større andel af piger end drenge rapporterer psykisk sygdom eller handicap, særlig i 7. og 9. klasse. Mellem 10 og 17 % af pigerne rapporterer psykisk sygdom eller handicap, mens mellem 7% og 9% af drengene gør dette. Andelen af elever med psykisk sygdom eller handicap er størst blandt piger i 7. og 9. klasse.

**Figur 4.5.3** Andel med langvarig psykisk sygdom eller handicap efter køn og klassetrin (%)



**Forældreuddannelse.** I figur 4.5.4, ses det at andelen med langvarig psykisk sygdom eller handicap er lavest blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse (8 %) og stigende til 14 %, hvor højest fuldførte uddannelse blandt forældrene er en erhvervs- eller gymnasial uddannelse. Andelen er 12 % blandt elever, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelse er grundskole.

**Figur 4.5.4** Andel med langvarig psykisk sygdom eller handicap efter forældres uddannelse (%)



## 5 Mental sundhed

En god mental sundhedstilstand er et mål i sig selv – både høs børn og voksne. Det er særlig vigtigt at være opmærksom på tidlige tegn på mentale sundhedsproblemer hos børn og unge, fordi lav grad af mental sundhed kan have langvarige konsekvenser. Lavt velbefindende og mentale helbredsproblemer er imidlertid udbredt hos skolebørn, og forekomsten har været stigende de seneste årtier (Jeppesen et al. 2020). Det er problemer, som belaster barnets livskvalitet, besværliggør hverdagen, og som forringer mulighederne for at få en uddannelse. Problemerne kan trække lange spor ind i ungdoms- og voksenlivet, og kan have betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser. Ved planlægning af forebyggende indsatser mod mentale helbredsproblemer er det vigtigt at kunne tage afsæt i aktuelle og valide data om skolebørns mentale sundhed.

Mental sundhed er et hovedtema i Skolebørnsundersøgelsen 2022, ligesom det er i de 50 andre lande i det internationale HBSC-netværk. Her foregår der en stadig videnskabelig udvikling og afprøvning af spørgsmål til at afdække forskellige aspekter af mental sundhed hos større skolebørn. I 2022 indgår der således nye obligatoriske spørgsmålsbatterier om selvformåen (self-efficacy), stress og emotionelt velbefindende (WHO-5).

Ved måling af aspekter af mental sundhed er det dog en udfordring, at der ikke er klarhed om begreber og definitioner blandt forskere og praktikere, og de betegnelser, der anvendes, har også ændret sig over tid. Det gælder også i Danmark (Damsgaard & Madsen 2020). Mange henviser til WHO's definition af mental sundhed, som findes i flere varianter, og som i Sundhedsstyrelsens udgave lyder: *"en tilstand*

*af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker"* (Sundhedsstyrelsen 2022). Definitionen indeholder to hoveddimensioner; en emotionel dimension (oplevelse af velbefindende) og en funktionel dimension (hvordan individet fungerer i forhold til omgivelserne).

WHO's definition beskriver mental sundhed som en positiv følelsesmæssig tilstand hos et individ, der er velfungerende i forhold til omgivelserne. Det handler således om andet og mere end blot fravær af mentale problemer og psykisk sygdom. Derfor henviser mange også til *dobbelt-faktor-modellen*, der betragter mental sundhed og mental eller psykisk sygdom som to forbundne men forskellige dimensioner og ikke blot to ender af samme kontinuum (Suldo & Shaffer 2008).

I Skolebørnsundersøgelsen forsøger vi ikke at måle mentale lidelser svarende til diagnosticerede psykiske sygdomme, men vi har siden 1991 stillet spørgsmål om en række psykosomatiske symptomer, der blandet andet skal afdække et negativt spektrum af emotionelt velbefindende (beskrevet i kapitel 4 om helbred). I de nyere HBSC-undersøgelser ser vi en større vægt på ikke kun at måle negative aspekter, men også på at monitorere positive aspekter af mental sundhed for på sigt at kunne undersøge hvilke indsatser, der kan fremme positiv mental sundhed.

Måling af mental sundhed med udgangspunkt i WHO's definition er imidlertid ikke helt ligetil. Især måling af, hvor godt individet fungerer, er udfordrende, da det reelt også handler om, hvilke sammenhænge individet indgår i. De

fleste mål for mental sundhed i HBSC handler da også om emotionelle aspekter. Sådanne mål for følelsesmæssige tilstande er velegnede til monitorering og kan fortælle os, når der er noget galt. Dette er også et af Skolebørnsundersøgelsens vigtige formål. Men målene fortæller os ikke umiddelbart, hvor det er galt. For eksempel hvornår det er problemer, som skal løses med generelle interventioner, eller hvornår det kræver individuelle indsatser. Derfor bør vi også interessere os for de unges trivsel i betydningen en sund fysisk og mental udviklingsproces i samspil med omgivelserne. Det er imidlertid vanskeligt at måle processer i en survey som Skolebørnsundersøgelsen, der ikke følger de samme elever over tid. Men der er stigende interesse for ikke kun at måle på velbefindende og emotionelt velvære, men på at måle de mentale ressourcer, som er udviklet hos børnene gennem relationer med omverdenen, og som ikke er afhængige af en aktuel situation.

I den danske HBSC-gruppe har vi arbejdet med at udvikle mål for sådanne ressourcer, der kan opbygges gennem trivselsprocesser. Det gælder for eksempel målene for selvværd, selvværd og social kompetence, som beskrives i dette kapitel. Det er mål, som stadig er under afprøvning, og det danske mål for selvværd (self-efficacy) afprøves nu i alle 50 lande i HBSC-netværket.

I dette kapitel gennemgås følgende indikatorer med relation til mental sundhed:

**Livstilfredshed** er et mål, som med ét spørgsmål beder eleverne vurdere, hvordan hun eller han vurderer sit liv som helhed. Det er et universelt mål, som korrelerer godt med andre mål for mentalt velbefindende.

**Kropsopfattelse.** Den drastiske kropsudvikling i barndom og ungdom sammen med kropsidealer i medier kan medføre en følelse

af at være forkert. Mange piger føler sig for tykke og mange drenge for splejsede.

**Ensomhed** er et aktuelt og alvorligt problem blandt børn og unge, og en vedvarende følelse af ensomhed hænger sammen med en øget risiko for sundheds- og adfærdsrelaterede problemer.

**Selvværd** er en persons følelse af sin egen værdi og personens holdning til sig selv. Det kan både være en emotionel tilstand og en vigtig personlig ressource i sociale sammenhænge.

**Selvformåen** (self-efficacy) eller 'tro på egen formåen' er en persons egen vurdering af, hvor godt han eller hun er i stand til at planlægge og gennemføre en handling, som er nødvendig for at for at udføre en bestemt opgave.

**Mentalt velbefindende (SWEMWBS)** er et sammensat mål for mentalt velbefindende ud fra WHO's brede mentale sundhedsbegreb, der indeholder både følelsesmæssige og funktionelle aspekter.

**Emotionelt velbefindende (WHO-5)** er et udbredt spørgsmålsbatteri til måling af følelsesmæssig tilstand. Spørgsmålene er baseret på kliniske kriterier for depression, men i form af positive formuleringer.

**Oplevet stress** er et sammensat mål for at føle sig presset og for oplevelsen af at kunne håndtere belastninger.

**Social kompetence** er et sammensat mål for nogle personlige ressourcer, som er vigtige for at kunne opbygge og indgå i sociale sammenhænge.

## 5.1 Livstilfredshed

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

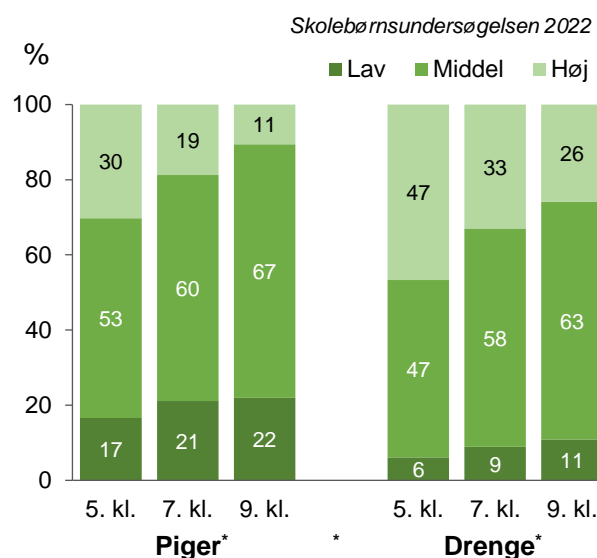
Vi spørger, hvor godt eleverne synes deres liv er, og spørgsmålet, der anvendes i undersøgelsen, er en tilpasset udgave af Cantrils stige (Torsheim et al. 2001): På en stige med trin fra 0 til 10 skal eleverne angive, hvor de synes de er på stigen for tiden. På baggrund af elevernes svar opdeles de i tre grupper: Høj livstilfredshed (trin 9-10), middel livstilfredshed (trin 6-8) og lav livstilfredshed (trin 0-5).

Elevernes forståelse af spørgsmålet er blevet afdækket gennem en række fokusgruppeinterviews tidligere i Skolebørnsundersøgelsen. Eleverne havde ingen problemer med at forstå eller besvare spørgsmålet. Enkelte elever angav, at vurderingen af én livstilfredshed kan svinge fra dag til dag, mens andre gav udtryk for, at spørgsmålet kunne være svært at svare på, da det kan fortolkes på flere måder. Det generelle indtryk var dog, at eleverne svarede på deres tilfredshed med livet som helhed, hvilket understøttes af andre videnskabelige undersøgelser, som viser, at livstilfredshed er stabilt over tid (Diener et al. 1999. Pavot & Diener 1993). I Skolebørnsundersøgelsen anvendes livstilfredshed derfor som elevernes overordnede vurdering af deres liv. Som andre dimensioner af mental velbefindende er også livstilfredshed præget af social ulighed, hvor risikoen for lav livstilfredshed stiger, jo lavere socioøkonomisk position børnene har (Holstein et al. 2020).

**Køn og klassetrin.** Figur 5.1.1 viser andelen af piger og drenge med lav, middel og høj livstilfredshed. For både piger og drenge ses en faldende andel med høj livstilfredshed med stigende klassetrin. Desuden ses det, at

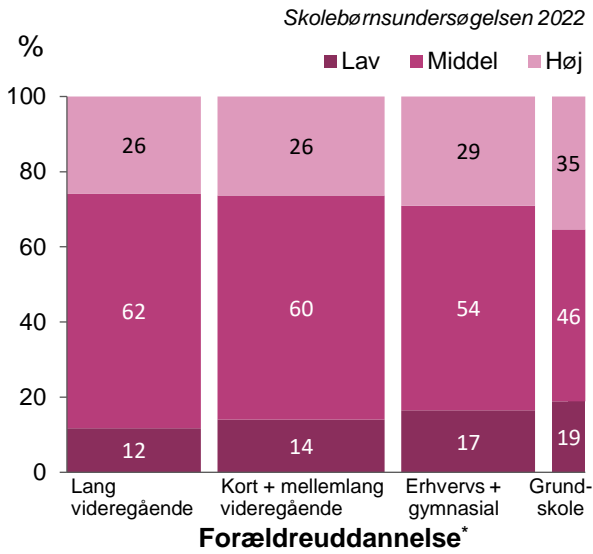
andelen af piger med høj livstilfredshed generelt er lavere end for drengene på alle tre klassetrin, mens andelen af piger med lav livstilfredshed er mindst dobbelt så høj som blandt drengene på alle klassetrin.

**Figur 5.1.1** Procentvis fordeling af livstilfredshed efter køn og klassetrin



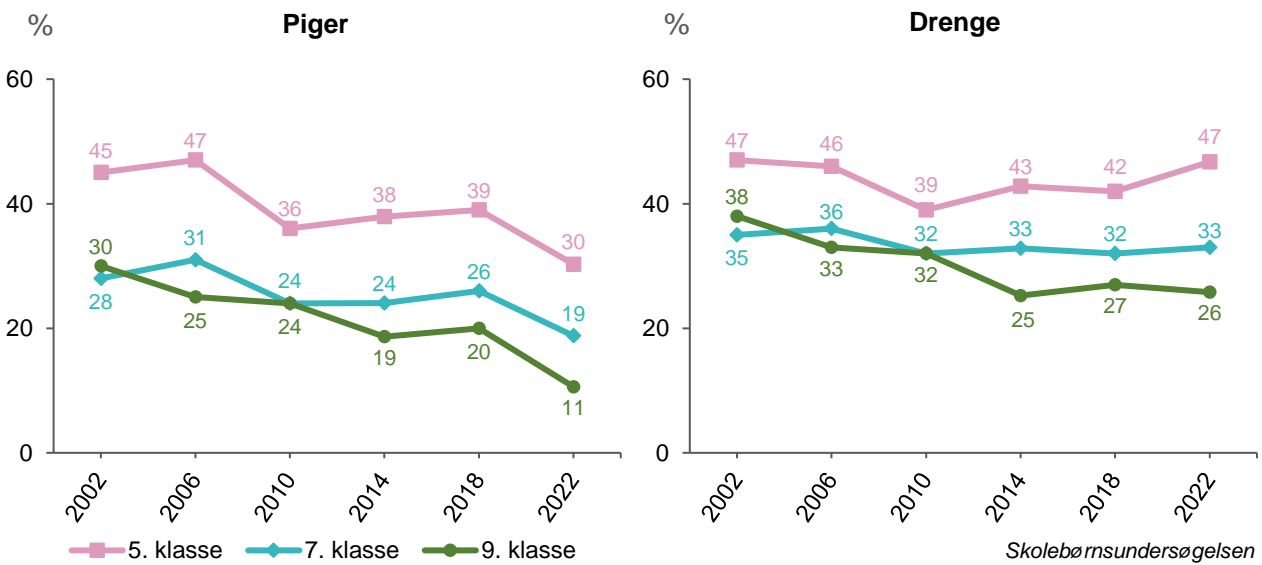
**Forældreuddannelse.** Figur 5.1.2 viser, at andelen med høj livstilfredshed er mindst blandt elever, hvor mindst én forælder har fuldført en videregående uddannelse (26 %), mens den er markant større blandt elever, hvor forældrenes højeste fuldførte uddannelse er grundskolen (35 %). Samtidig ses det også, at andelen med lav livstilfredshed er større, jo kortere forældreuddannelsen er, fra 12 % ved lang videregående uddannelse til 19 % ved grundskole. Søjlebredden indikerer antallet af elever i hver gruppe for forældreuddannelse.

**Figur 5.1.2** Procentvis fordeling af livstilfredshed efter forældres uddannelse



*Udvikling.* I Skolebørnsundersøgelsen er eleverne blevet spurgt til deres livstilfredshed siden 2002. Figur 5.1.3 viser udviklingen i andelen med høj livstilfredshed fra 2002 til 2022. For pigerne ser vi et fald i andelen med høj livstilfredshed over tid for alle tre klassetrin, særligt blandt pigerne i 9. klasse. For drengene er andelen med høj livstilfredshed nogenlunde konstant over perioden for 5. og 7. klassetrin, mens andelen er faldende for drengene i 9. klasse.

**Figur 5.1.3** Andel med høj livstilfredshed 2002-2022 (%)



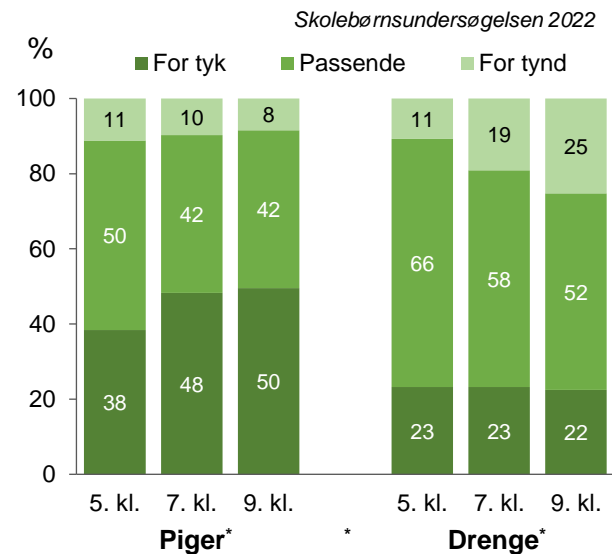
## 5.2 Kropsopfattelse

I barn- og særligt ungdommen sker en drastisk kropsudvikling, og det er særligt i denne periode, at børn og unge bliver kritiske over for deres krop (Voelker et al. 2015). De sammenligner sig med hinanden (Webb et al. 2014), og omgivelsernes idealer influerer på de unges opfattelse af deres egen krop (Voelker et al. 2015). Gennem forskellige medier bliver de konfronteret med kropsidealiser, der ikke er naturlige (Perloff 2014). Oftest er der fokus på en tynd krop i medierne, og dette gælder særligt for pigerne, mens der er fokus på en mere muskuløs krop blandt drenge (Whitehead et al. 2016). Fra tidligere Skolebørnsundersøgelser ved vi, at mange normalvægtige unge vurderer, at de burde tabe sig, og at dette er særligt udbredt blandt piger (Whitehead et al. 2016). Generelt kan dette være et udtryk for en følelse af utilstrækkelighed og deraf mistrivsel. I enkelte tilfælde kan dette være tidlige tegn på en begyndende spiseforstyrrelse (Voelker et al. 2015).

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

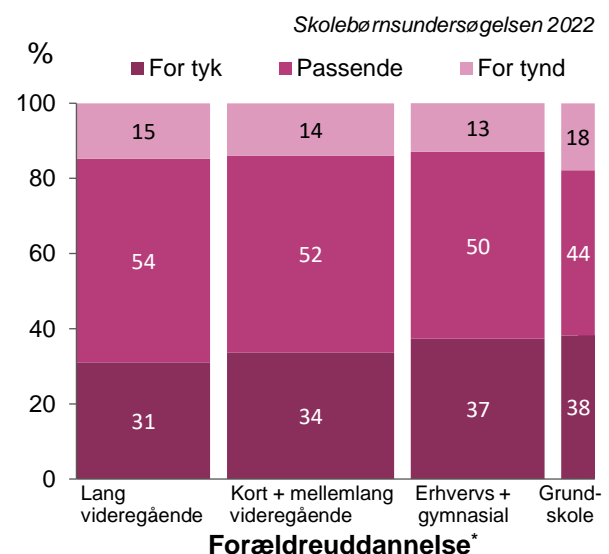
**Køn og klasstrin.** Figur 5.2.1 viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klasstrin. Der er kønsforskelle i kropsopfattelse. 38 % af piger i 5. klasse føler sig for tykke, mens det gælder for omkring halvdelen af piger i 7. og 9. klasse. For drenge er det for alle klasstrin 22 % til 23 %, der føler sig for tykke. Blandt drenge er andelen, der føler sig for tynde, større jo højere klasstrin.

**Figur 5.2.1** Procentvis fordeling af kropsopfattelse efter køn og klasstrin



**Forældreuddannelse.** Figur 5.2.2 viser andelen af elever, der føler sig for tykke, passende og for tynde opdelt efter forældres uddannelse. Søjlernes bredde viser antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Andelen, som føler sig for tykke stiger, jo kortere forældrenes uddannelse er, fra 31 % ved lang videregående uddannelse til 38 % ved grundskole. Hvor forældrenes højst fuldførte uddannelse er grundskole, er der en større andel, som føler sig for tynde (18 %), sammenlignet med de andre uddannelsesgrupper.

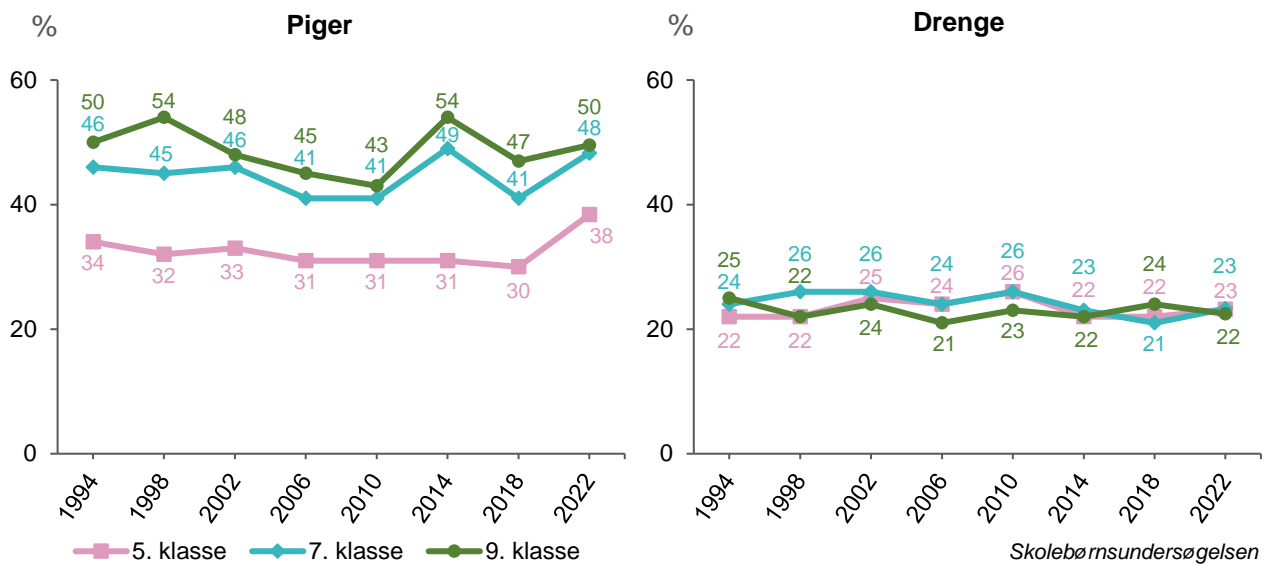
**Figur 5.2.2** Procentvis fordeling af kropsopfattelse efter forældres uddannelse



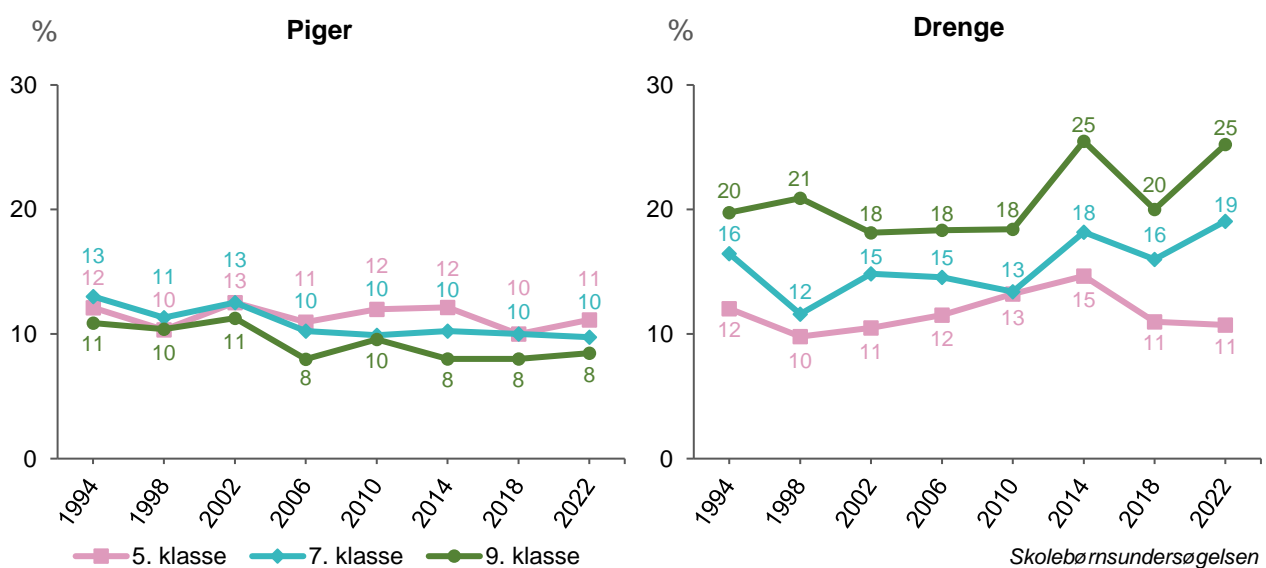
**Udvikling.** Spørgsmålet om kropsopfattelse har været næsten identisk siden 1994. I undersøgelserne i 1994 og 1998 var der en sjettede svarkategori, hvor eleverne kunne angive, at de ikke tænkte over deres vægt, men fra 2002 og frem har der været fem svarkategorier. Figur 5.2.3 viser, at andelen af pigerne i 7. og 9. klasse, der ser sig selv som for tykke, har svinget over perioden, men vi

ser en stigning for 5. klasses piger fra 2018-2022. Andelen af drenge, der føler sig for tykke, har været stabil over perioden for alle tre klassetrin. Figur 5.2.4 viser, at der over perioden har været udsving i andelen af drenge, der ser sig selv som for tynde. Andelen af piger, der føler sig for tynde, har ikke de store udsving over perioden.

**Figur 5.2.3** Andel, som føler sig for tykke, 1994-2022 (%)



**Figur 5.2.4** Andel, som føler sig for tynde, 1994-2022 (%)



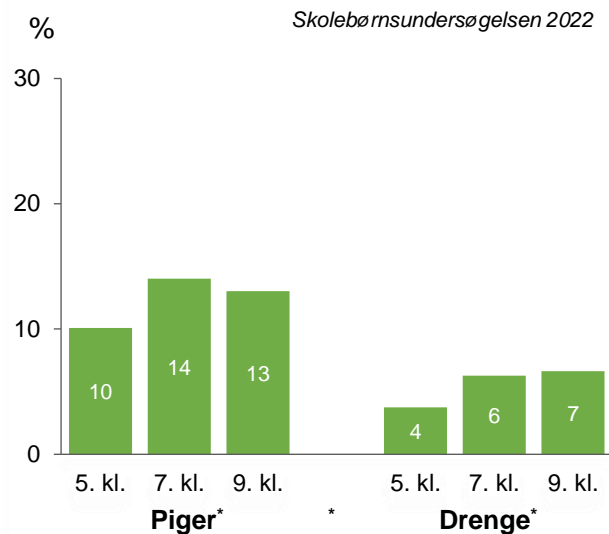
## 5.3 Ensomhed

Ensomhed er et aktuelt og alvorligt problem blandt børn og unge i Danmark (Jeppesen et al. 2020). Følelsen er ikke kun smertefuld og uønsket i sig selv. En lang række internationale undersøgelser viser, at vedvarende og intense oplevelser af ensomhed igennem barndommen eller ungdommen øger risikoen for sundheds- og adfærdsrelaterede problemer som for eksempel selvskadende adfærd, selvmordstanker, depression, angst, skolefrafald, skolefravær, lavere karakterer og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (Goosby et al. 2013, Leigh-Hunt et al. 2017, Qualter et al. 2013).

Ensomhed er ikke det samme som at være alene eller socialt isoleret. Ensomhed er en følelse, som kan opstå, når man er alene og mangler selskab, men også når man er blandt andre. Ensomhed kan defineres som en subjektiv uønsket følelse, der opstår, når éns sociale relationer ikke lever op til éns sociale behov og ønsker (Peplau & Perlman 1982). Langt de fleste børn og unge vil opleve at føle sig ensomme på et tidspunkt i livet, for eksempel i forbindelse med skoleskift, ved forældres skilsmisse, eller hvis de føler sig udenfor i klassen. For langt de fleste børn og unge er følelsen forbigående, men for en mindre gruppe kan følelsen blive vedvarende og have alvorlige konsekvenser. Ensomhed er derfor vigtigt at forebygge og afhjælpe.

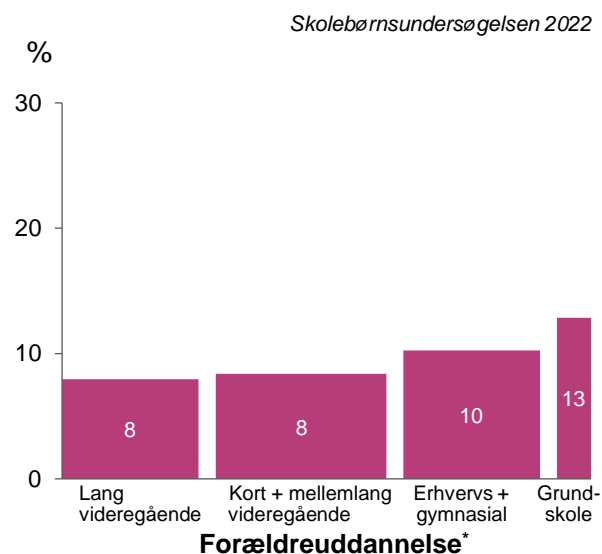
**Køn og klassetrin.** Figur 5.3.1 viser andelen af elever, som ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Det ses, at ensomhed forekommer markant hyppigere hos piger end drenge, og således føler cirka dobbelt så mange piger som drenge sig ensomme på tværs af alle tre klassetrin. Hos begge køn er andelen med ensomhed lavest blandt elever i 5. klasse, hvor hver tiende pige og hver tyvende dreng føler sig ensom, derefter ses en mindre stigning i andelen på 7. og 9. klassetrin.

**Figur 5.3.1** Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, efter køn og klassetrin (%)



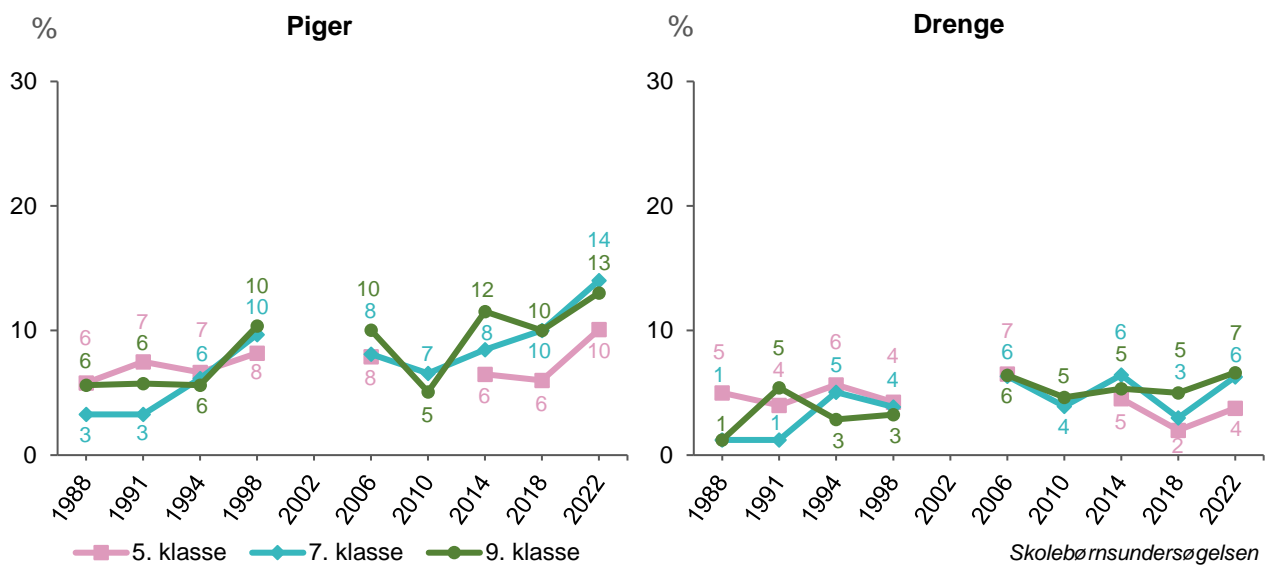
**Forældreuddannelse.** Figur 5.3.2 viser, at andelen af elever, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, er mindst blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, og størst blandt elever, hvor højest fuldførte forældreuddannelse er grundskole. Søjlernes bredde afspejler, hvor mange elever der er i hver forældreuddannelsesgruppe.

**Figur 5.3.2** Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Spørgsmålet om, hvorvidt eleverne føler sig ensomme, er blevet stillet siden 1988, dog med undtagelse af i 2002 samt for 5. klasses eleverne i 2010. Figur 5.3.3 viser udviklingen i andelen af elever, der rapporterer, at de ofte eller meget ofte føler sig ensomme. For drengene ses, at andelen, der føler sig ensom har været ret stabil over hele perioden. For pigerne ses en lille stigning i andelen, som føler sig ensom for alle tre klassetrin i hele perioden, som fortsætter mellem 2018 og 2022.

**Figur 5.3.3** Andel, som ofte eller meget ofte føler sig ensom, 1988-1998, 2006-2022 (%)



## 5.4 Selvværd

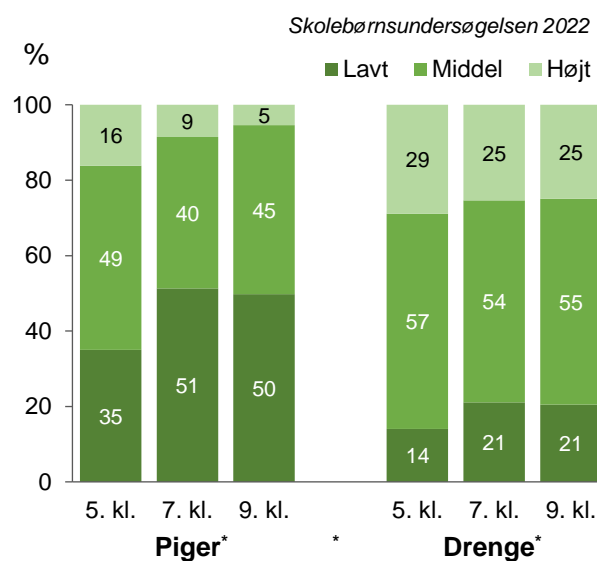
Selvværd er en persons følelse af sin egen værdi og personens positive eller negative holdning til sig selv. Godt selvværd betyder, at man ved, hvem man er, at man accepterer sig selv og har respekt for sig selv. Selvværd indbefatter således både subjektive emotionelle opfattelser af én selv og vurderinger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

I Skolebørnsundersøgelsen har vi siden 2014 belyst selvværd ved at spørge eleverne, hvor enige eller uenige de er i følgende tre udsagn: 'Jeg synes godt om mig selv', 'Jeg er god nok, som jeg er' og 'Andre på min alder kan godt lide mig'. Svarene kodes fra 1 ('Helt enig') til 5 ('Helt uenig') og sammenfattes i en score fra 3 til 15. I denne opgørelse har vi inddelt eleverne i højt, middel og lavt selvværd. Højt selvværd (score 3) betyder, at der er svaret 'Helt enig' til alle tre udsagn. Middelgruppen (score 4-7) er kendetegnet ved svar, som overvejende ligger på den positive side, mens lavt selvværd (score 8-15) er kendetegnet ved svar, som overvejende ligger på den negative side. Spørgsmålene om selvværd indgår også i de nordiske landes HBSC-undersøgelser 2018 og 2022. Målingen af selvværd er dog endnu ikke færdigafprøvet.

**Køn og klassetrin.** I figur 5.4.1 ses den procentvise fordeling af de tre niveauer af selvværd blandt piger og drenge i 5., 7. og 9. klasse.

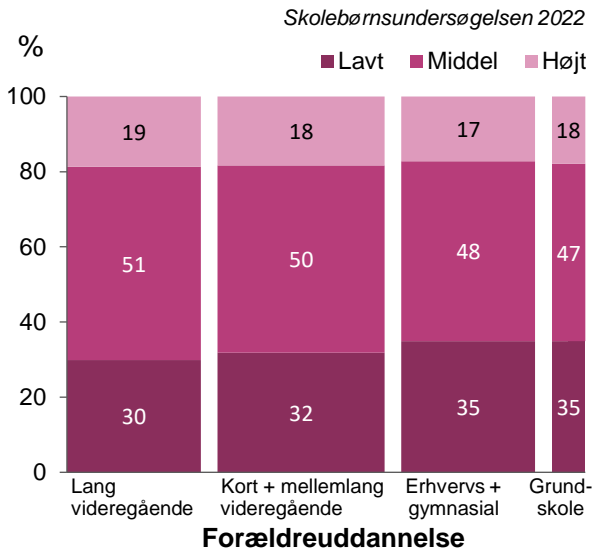
Figuren viser, at der er en markant større andel af drenge end piger med højt selvværd på alle klassetrin. Samtidig er andelen af piger med højt selvværd mindre, jo højere klassetrinet er. Det er således kun 5 % af pigerne i 9. klasse, der scorer højt på selvværd mod 25 % af drengene. Figuren viser også, at mens cirka halvdelen af pigerne i 7. og 9. klasser scorer lavt på selvværd, gælder det kun en femtedel af drengene i disse klasser.

**Figur 5.4.1** Procentvis fordeling af selvværd efter køn og klassetrin



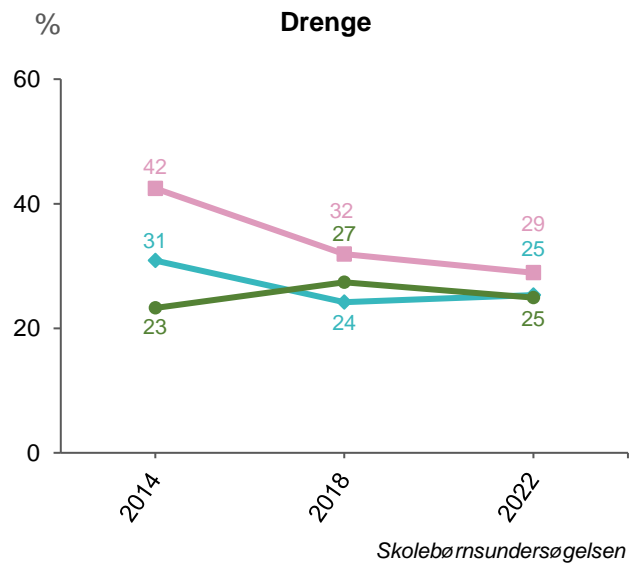
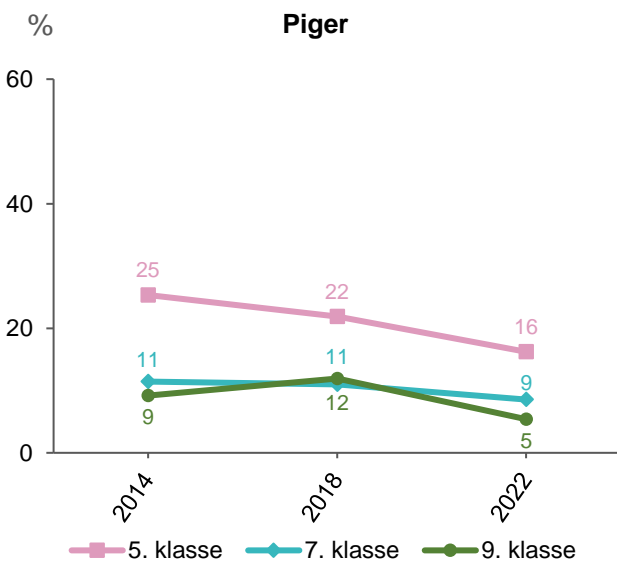
**Forældreuddannelse.** Figuren 5.4.2 viser fordelingen af elever på højt, middel og lavt selvværd efter forældrenes højest fuldførte uddannelse, hvor bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Der ses en lidt højere andel med lavt selvværd jo kortere forældreuddannelsen er, men forskellene er ikke statistisk signifikante.

**Figur 5.4.2** Procentvis fordeling af selvværd efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Figur 5.4.3 viser udviklingen i højt selvværd i perioden 2014 til 2022. Det fremgår, at i hele perioden har der været en langt større andel blandt drengene med højt selvværd end blandt pigerne. Det fremgår også, at andelen med højt selvværd er faldet med cirka en tredjedel over de otte år blandt både piger og drenge i 5. klasse. Andelen med højt selvværd er også faldet hos 7. og 9. klasses piger samt 7. klasses drenge, men ikke blandt 9. klasses drenge.

**Figur 5.4.3** Andel med højt selvværd 2014-2022 (%)



## 5.5 Selvformåen (self-efficacy)

*Self-efficacy* er et begreb, som stammer fra den sociale kognitive teori udviklet af Bandura (1995) og handler om troen på egen formåen. På dansk bruges nogle gange det norske ord 'mestringsforventning'. Selv om dette ord nok dækker *self-efficacy*-begrebet, har vi her valgt at bruge det enklere ord selvformåen.

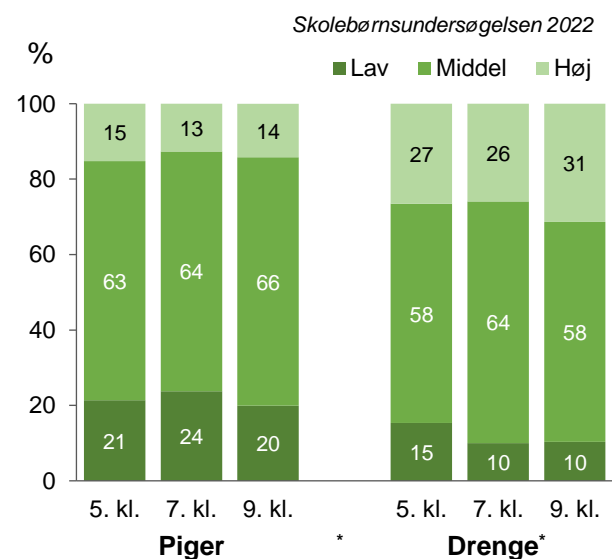
Selvformåen er en persons egen vurdering af, hvor godt han eller hun er i stand til at planlægge og gennemføre en handling, som er nødvendig for at udføre en bestemt opgave (Bandura 1995). En persons tro på sin egen formåen udvikles gennem erfaringer af egne indsatser og anstrengelser, der lykkes. En person med høj selvformåen tør give sig i kast med mere udfordrende opgaver. I Banduras forståelse kan en person have højere eller lavere forventninger til sin formåen i forskellige situationer eller ved forskellige opgaver. Dette er relevant i for eksempel lærings-situationer og børns forhold til skoleopgaver. Andre forskere har fokus på et 'generalized self-efficacy' begreb, som står for en persons overordnede tiltro til sin egen formåen i en række krævende eller nye situationer (Schwarzer og Jerusalem 1995). Oplevelsen af at lykkes eller mislykkes i forskellige livssituationer bidrager til personens overordnede opfattelse af sin egen formåen i bred almindelighed. Det er denne tro på éns generelle formåen, vi interesserer os for at måle her, som en personlig ressource, der er vigtig for børn og unges mentale udvikling.

Generel selvformåen er blevet målt i Skolebørnsundersøgelsen siden 2014 med to spørgsmål, som er formuleret på baggrund af Schwarzer og Jerusalems *Generalized Self-Efficacy Scale* (1995): 'Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, bare du prøver hårdt nok?' og 'Hvor tit kan du klare det, du sætter dig for?'. Svarmulighederne er: 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Svarene kodes fra 1 (Altid) til 5 (Aldrig) og

sammenfattes til en score fra 2 til 10. Vi har inddelt eleverne i tre niveauer af selvformåen: Høj (2-3), Middel (4-5) og lav (6-10). Høj selvformåen svarer til, at der er svaret 'Altid' på begge spørgsmål eller 'Altid' på det ene og 'For det meste' på det andet. Middel selvformåen svarer hyppigst til, at der er svaret 'For det meste' på begge spørgsmål. Lav selvformåen svarer hyppigst til, at der er svaret 'Nogle gange' til begge spørgsmål og dækker derudover kun kombinationer, hvor der indgår 'Sjældent' eller 'Aldrig'.

*Køn og klassetrin.* Figur 5.5.1 viser den procentvise fordeling af generel selvformåen. Det fremgår, at der er omtrent dobbelt så stor en andel med høj selvformåen blandt drengene end blandt pigerne, mens der omvendt ses en større andel af piger med lav selvformåen. 20 % af pigerne i 9. klasse scorer således lavt på selvformåen, mens det kun gælder 10 % af drengene. Blandt drengene ser det ud til, at niveauet af generel selvformåen bliver lidt højere med højere klassetrin, mens noget tilsvarende ikke gør sig gældende for pigerne.

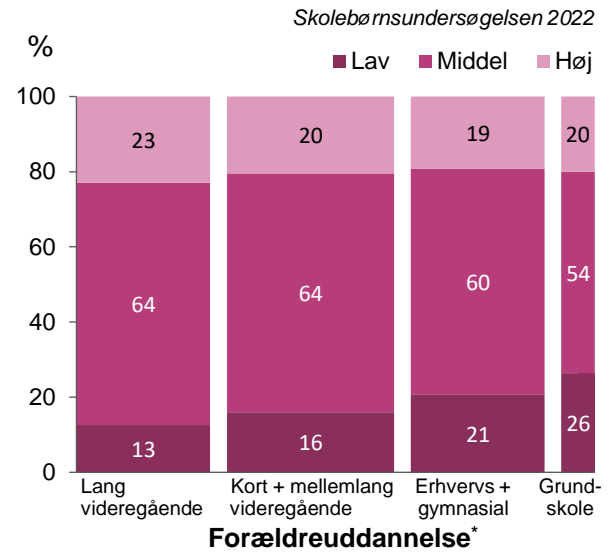
**Figur 5.5.1** Procentvis fordeling af generel selvformåen efter køn og klassetrin



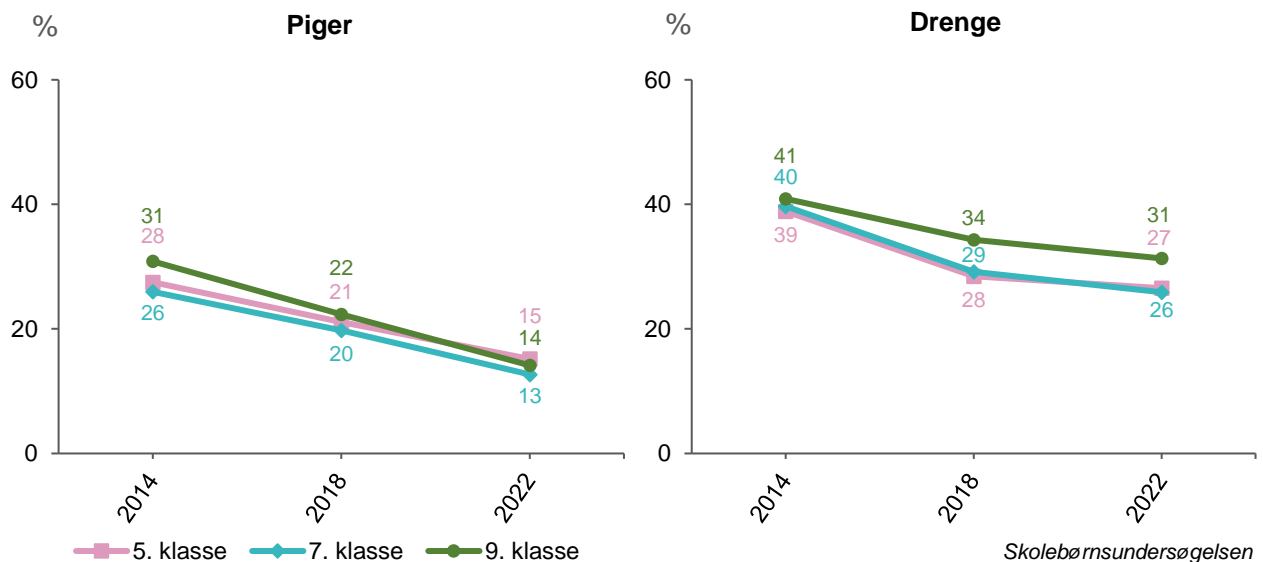
**Forældreuddannelse.** Figur 5.5.2 viser fordelingen af de tre niveauer af selvformåen efter forældrenes uddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Der ses ikke tydelige forskelle i andelen af elever med høj selvformåen i de forskellige uddannelsesgrupper. Andelen er dog højest hos elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse. Derimod ses en tydelig gradient i andelen af elever med lav self-efficacy. Andelen bliver større, jo kortere forældreuddannelsen er – fra 13 % i gruppen med lang videregående uddannelse til 26 % i grundskole-gruppen.

**Udvikling.** Figur 5.5.3 viser udviklingen i høj generel selvformåen fra 2014 til 2022. For pigerne ses en halvering i andelen med høj selvformåen – fra cirka 28 % i 2014 til cirka 14 % i 2022. Andelen hos drengene er større i alle årene, men her falder andelen med højt selvformåen også over de otte år, dog noget mindre end hos pigerne. Blandt 9. klasses drenge falder andelen fra 41 % til 31 %.

**Figur 5.5.2** Procentvis fordeling af generel selvformåen efter forældres uddannelse



**Figur 5.5.3** Andel med høj generel selvformåen 2014-2022 (%)



## 5.6 Mentalt velbefindende: SWEMWBS

*The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS)* består af syv spørgsmål, som udgør en kort udgave af et spørgsmålsbatteri på 14 spørgsmål, der er udviklet af skotske forskere. Formålet er at måle mentalt velbefindende ud fra WHO's brede mentale sundhedsbegreb, der indeholder både følelsesmæssige og funktionelle aspekter. Alle spørgsmålene er formuleret omkring positive aspekter af følelser og funktioner, og sigter derfor på at måle på et spektrum af det brede mentale sundhedsbegreb, der ligger ud over traditionelle målinger af negative emotioner og tilstande. De fleste af spørgsmålene er dog formuleret i form af følelser. SWEMWBS forsøger altså ikke at måle på et specifikt aspekt af mental sundhed i modsætning til de fleste andre mål, som vi medtager under overskriften Mental sundhed. Dette har også sin berettigelse til overordnet monitorering og sammenligning af velbefindende mellem grupper, men er mindre velegnet, hvis vi skal analysere, hvordan specifikke faktorer spiller sammen i udviklingen af mentalt sunde børn og unge.

De syv spørgsmål i SWEMWBS er blevet udskilt fra de 14 spørgsmål ved hjælp af statistiske modeller (Rasch-analyse) på en sådan måde, at spørgsmålene opfylder moderne krav til skalerbarhed (Stewart-Brown et al. 2009). I den danske Skolebørnsundersøgelse har vi efter oversættelse og afprøvning i fokusgrupper tilpasset spørgsmålene til brug blandt børn fra 7. klasse (HBSC-DK SWEMWBS):

### Hvor tit...

- ... føler du, at det vil gå godt i fremtiden?
- ... føler du dig nyttig?
- ... føler du dig afslappet?
- ... klarer du problemer godt?
- ... tænker du klart?
- ... føler du dig tæt på andre mennesker?
- ... har du din egen mening om tingene?

I den oprindelige skala spørges der til de forudgående to uger. Vi har anvendt følgende fem svarkategorier: 'Altid', 'For det meste', 'Nogle gange', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Spørgsmålene er blevet stillet til elever i 7. og 9. klasser i Skolebørnsundersøgelsen siden 2014.

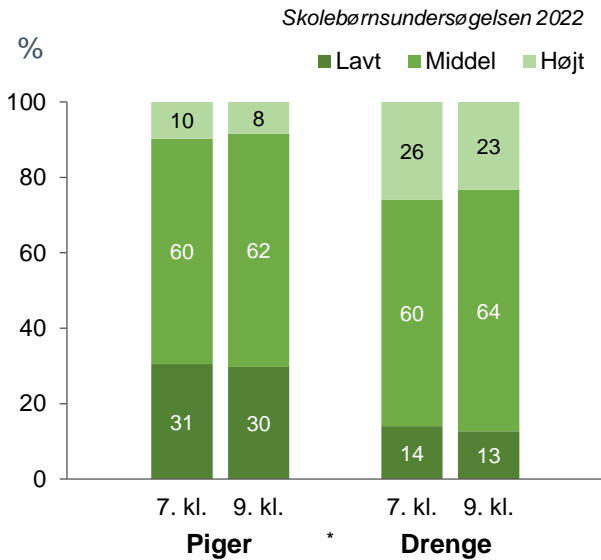
Svarene kodes fra 1 ('Aldrig') til 5 ('Altid') og sammenfattes i en score fra 7 til 35. Her har vi inddelt svarene på de syv spørgsmål i tre niveauer af mentalt velbefindende: lavt (7-23), middel (24-30) og højt (31-35). Den laveste score i gruppen 'Højt' svarer for eksempel til, at der er svaret 'Altid' på tre af spørgsmålene og 'For det meste' på de fire andre. Den laveste score i middel-gruppen svarer for eksempel til, at der er svaret 'For det meste' på tre af spørgsmålene og 'Nogle gange' på de fire øvrige.

*Køn og klassetrin.* Figur 5.6.1 viser fordelingen af de tre niveauer af mentalt velbefindende efter køn og klassetrin. Der ses en markant forskel på piger og drenge, men ingen nævneværdige forskelle mellem klassetrin. Andelen af drenge, der scorer højt på denne udgave af mentalt velbefindende, er nær ved tre gange så stor, som andelen er blandt pigerne. Tilsvarende scorer næsten en tredjedel af pigerne lavt på mentalt velbefindende, mens det kun gælder 13 % til 14 % af drengene.

*Forældreuddannelse.* Figur 5.6.2 viser fordelingen af 7. og 9. klasses elever på højt, middel og lavt mentalt velbefindende efter forældrenes højeste fuldførte uddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen med højt mentalt velbefindende ligger ens på 17 % for alle uddannelser, som er længere end grundskole, hvor andelen er 13 %. Forskellene viser sig i den lave ende af mentalt velbefindende, idet andelen af elever med lavt mentalt velbefindende udgør en

gradvis større andel af eleverne, jo kortere forældreuddannelsen er – fra 17 % i forældregruppen med lang videregående uddannelse til 30 % i grundskolegruppen.

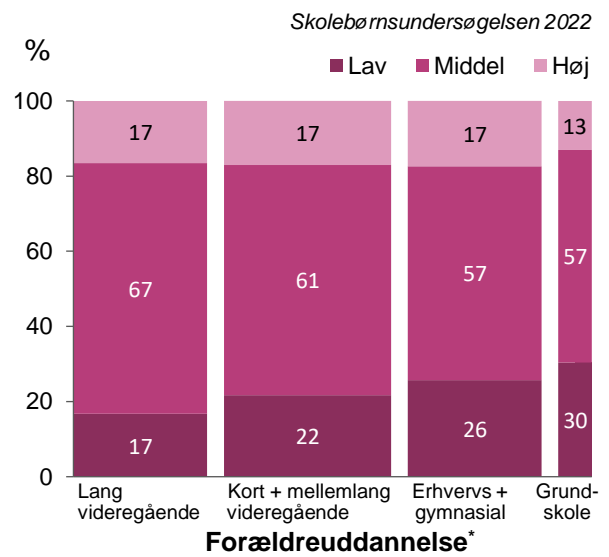
**Figur 5.6.1** Procentvis fordeling af mentalt velbefindende (HBSC-DK SWEMWBS) efter køn og klassetrin



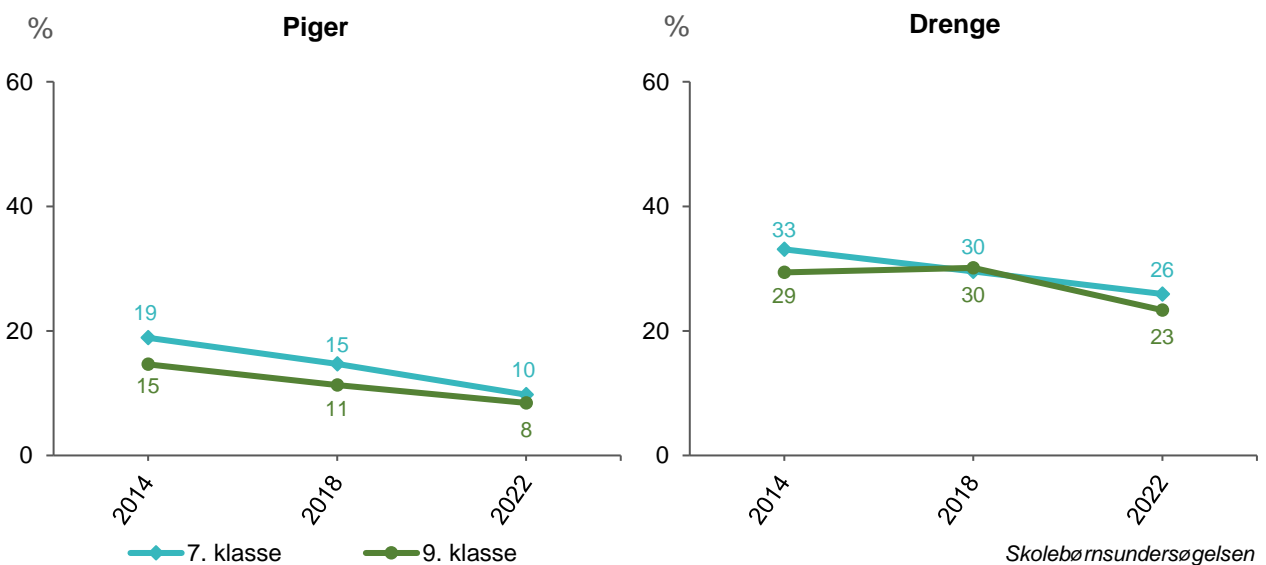
*Udvikling.* Figur 5.6.3 viser andelen af elever i 7. og 9. klasse med et højt niveau af mentalt velbefindende i perioden 2014 til 2022.

I hele perioden er andelen af drenge med højt mentalt velbefindende større end andelen blandt piger. Andelen er faldet både blandt piger og drenge, men faldet er størst hos pigerne. I 2014 scorede 15 % af 9. klasses piger højt på denne udgave af SWEMWBS, mens det kun var 8 % i 2022. Blandt 9. klasses drenge er andelen med høj score faldet fra 29 % til 23 %.

**Figur 5.6.2** Procentvis fordeling af mentalt velbefindende (HBSC-DK SWEMWBS) efter forældres uddannelse. 7. og 9. klasse



**Figur 5.6.3** Andel med højt niveau af mentalt velbefindende (HBSC-DK SWEMWBS) 2014-2022 (%)



## 5.7 Emotionelt velbefindende: WHO-5

*The WHO-5 Well-Being Index* består af fem spørgsmål til at belyse emotionelt mentalt velbefindende. Skalaen blev færdigudviklet i 1998 på Psykiatrisk Center Nordsjælland i samarbejde med WHO, men det er første gang, at spørgsmålene afprøves i Skolebørnsundersøgelsen. Skalaen har primært været anvendt i kliniske sammenhænge til at måle ændringer i velbefindende efter behandlinger og til screening for depression, men i dag er skalaen oversat til mange sprog og vidt udbredt til at måle emotionelt velbefindende (Topp et al. 2015). I spørgsmålene indgår flere af de kliniske kriterier på depression såsom nedtrykthed, nedsat interesse, træthed og nedsat energi. I WHO-5 er spørgsmålene imidlertid alle vendt om og formuleret positivt for også at kunne afdække et mere positivt emotionelt område, der ligger ud over fravær af følelsesmæssig nedtrykthed.

I Skolebørnsundersøgelsen er eleverne i 7. og 9. klasser er blevet bedt om at tage stilling til følgende fem udsagn:

### I de sidste to uger...

- ... har jeg været glad og i godt humør
- ... har jeg følt mig rolig og afslappet
- ... har jeg følt mig aktiv og fuld af energi
- ... er jeg vågnet frisk og udhvilet
- ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.

For hvert udsagn er der følgende seks svarmuligheder: 'Hele tiden', 'Det meste af tiden', 'Lidt mere end halvdelen af tiden', 'Lidt mindre end halvdelen af tiden', 'Lidt af tiden' og 'På intet tidspunkt'. De er kodet fra 0 til 5 og summeret op til en skala fra 0-25, hvor 25 angiver det højeste niveau af velbefindende. Vi har inddelt svarene i tre niveauer: lavt (0-9), middel (10-19) og højt (20-25) emotionelt velbefindende. Inddelingen er valgt således, at der er en bred middel- eller normalgruppe, mens ydergrupperne scorer henholdsvis

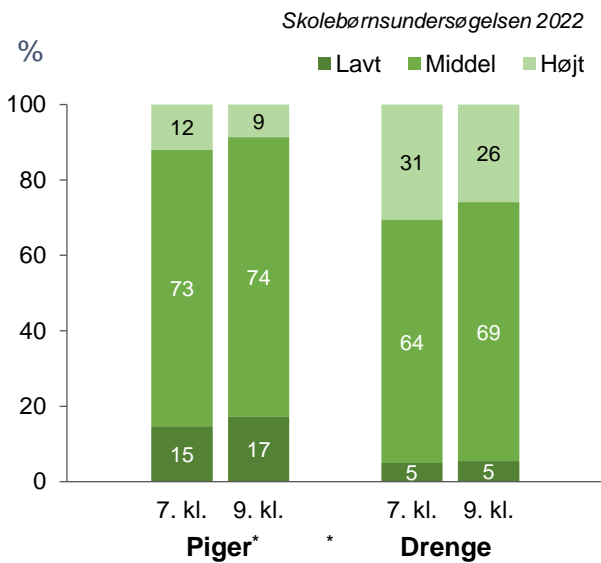
meget højt og meget lavt på emotionelt velbefindende.

Flere studier har afprøvet WHO-5 til screening for depression blandt børn og unge i kliniske sammenhænge. I en tysk undersøgelse blandt 13-16-årige i pædiatrisk klinik anbefaler forfatterne en score på 9 som optimalt skæringspunkt for screening (Allgaier et al. 2012). I undersøgelsen blev 47 % af børnene, som scorede 9 eller derunder, klinisk diagnosticeret med depression. En undersøgelse blandt 14-16-årige danske og norske børn i almen praksis anbefaler en score på 14 som optimalt skæringspunkt for screening (Christensen et al. 2015).

Det skal understreges, at i Skolebørnsundersøgelsen er WHO-5-spørgsmålene *ikke* et mål for depression, men et mål for emotionelt velbefindende. Diagnoser er klassifikationer, der bygger på vedtagne kriterier, og de er vigtige, praktiske redskaber i klinikken. WHO-5 måler emotionelt velbefindende på et kontinuum fra lavt til højt, og det vil være sandsynligt, at kunne blive diagnosticeret med depression, uanset hvad man scorer på skalaen.

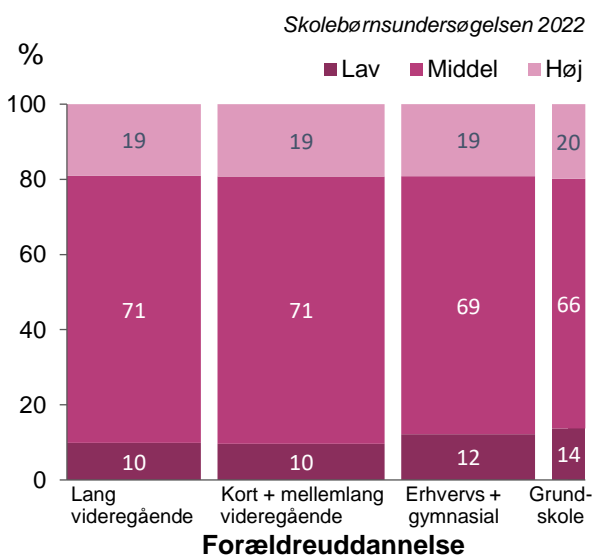
*Køn og klassetrin.* I figur 5.7.1 er de tre niveauer af emotionelt velbefindende fordelt på 7. og 9. klasser piger og drenge. Vi ser et velkendt mønster, hvor piger scorer betydeligt lavere på det følelsesmæssige område. I 9. klasse er andelen af drenge, der scorer højt (26 %), næsten tre gange så stor som andelen hos piger. Tilsvarende er andelen, der scorer lavt på WHO-5, mindst tre gange større blandt pigerne end blandt drengene. 17 % af pigerne i 9. klasse scorer lavt på emotionelt velbefindende mod 5 % af drengene. Aldersmæssigt ser det ud til, at andelen med et højt emotionelt velbefindende er mindre i 9. end i 7. klasse.

**5.7.1** Procentvis fordeling af emotionelt velbefindende (WHO-5) efter køn og klassetrin



*Forældreuddannelse.* Figur 5.7.2 viser fordelingen af 7. og 9. klasses elever på højt, middel og lavt emotionelt velbefindende efter forældrenes højeste fuldførte uddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Der ses ikke nogen tydelig sammenhæng mellem elevernes emotionelle velbefindende og forældrenes uddannelsesbaggrund.

**5.7.2** Procentvis fordeling af emotionelt velbefindende (WHO-5) efter forældres højeste uddannelse. 7. og 9. klasse



## 5.8 Oplevet stress

Stress kan beskrives som en kort- eller længerevarende tilstand af fysisk, følelsesmæssig eller psykisk anspændthed, der udløses på baggrund af en belastning i ens livssituation (Nielsen & Kristensen 2007). Selvom nogle faktorer er kendt for at kunne udløse en stressreaktion, er det meget forskelligt, hvordan personer håndterer potentielt stressfulde livsbetingelser og situationer, og om de således også vil opleve sig som stressede. Kortvarig stress, hvor kroppen reagerer med øget produktion af stresshormoner, øget blodtryk og puls, er naturligt, og det kan i visse situationer være nødvendigt, at kroppen reagerer med stress på situationer, der kræver umiddelbar opmærksomhed og handling. Længerevarende stress er forbundet med en række somatiske og psykiske sygdomme, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og påvirker i det hele taget livskvalitet og det mentale velbefindende negativt (De Vriendt et al. 2009, Deasy et al. 2014, Sheth et al. 2017).

Der findes ikke en entydig definition af stress, og stressbegrebet anvendes bredt; både den almene befolkning og i videnskabelige sammenhænge. I den internationale stresslitteratur domineres stressforskningen af tre forskellige tilgange til at definere og måle stress, som fokuserer på forskellige aspekter af stressprocessen; 1) stressbelastninger, 2) oplevet stress, samt 3) fysiske-, psykiske- og adfærdsmæssige stressreaktioner (Cohen et al. 1983, Derogatis & Coons 1993, Lazarus & Folkman 1984). Selvom målingen af stress er forskellig inden for de tre tilgange, er der enighed om, at alle tre aspekter indgår i stressprocessen, og at ét aspekt ikke kan forstås uafhængigt af de andre.

I Skolebørnsundersøgelsen er elever i 7. og 9. klasse blevet spurgt ind til oplevet stress med den korte udgave af Cohen's Perceived Stress Skala (PSS-4) (Cohen & Williamson

1988), som er valideret til at måle stress blandt 14-15-årige unge (Glasscock et al. 2013). Skalaens fire spørgsmål omhandler både oplevelse af belastninger og evnen til at kunne håndtere belastninger, og eleverne besvarer dem med udgangspunkt i den seneste måned:

### Hvor ofte har du følt...

- ... at du ikke kan styre de vigtige ting i dit liv?
- ... dig sikker på, at du kan klare dine personlige problemer?
- ... at det går, som du gerne vil have det?
- ... at du har så mange problemer, at du ikke kan klare dem?

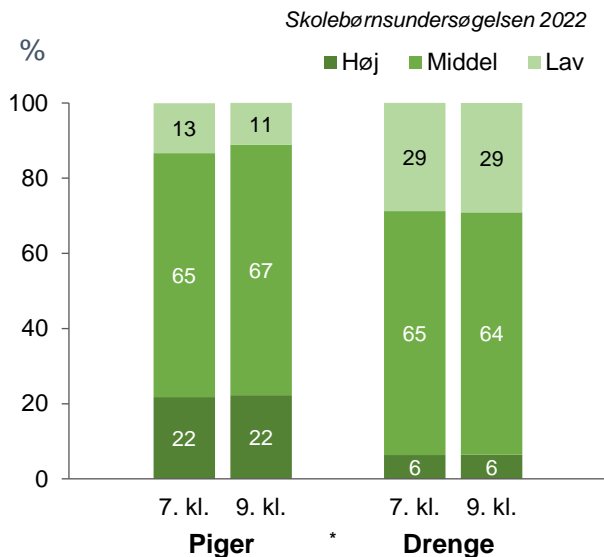
Der er fem mulige svarkategorier: 'Aldrig', 'Sjældent', 'Nogle gange', 'Ofte' og 'Meget ofte'. Svarene tildeles point, og for hver elev udregnes så en stress-score på mellem 0 og 16 point, hvor 16 svarer til et maksimalt niveau af oplevet stress. Ved sammenligning mellem grupper anvendes ofte gennemsnits-score. Her har vi dog valgt at inddele eleverne i tre grupper på basis af svarmønstrene for at kunne sammenligne både lave og høje niveauer af oplevet stress: lav (0-3 point), middel (4-9 point) og høj (10-16 point).

*Køn og klassetrin.* Figur 5.8.1 viser den procentvise fordeling af oplevet stress blandt drenge og piger i 7. og 9. klasse. Det fremgår, at et højt niveau af stress opleves hos en markant større andel af piger (22 %) end drenge (6 %). Omvendt ses det, at der blandt drenge er 29 %, der oplever et lavt niveau af stress, mens det gælder henholdsvis 13 % og 11 % piger i 7. og 9. klasse. Der ses ingen statistisk signifikante forskelle i oplevet stress mellem klassetrin.

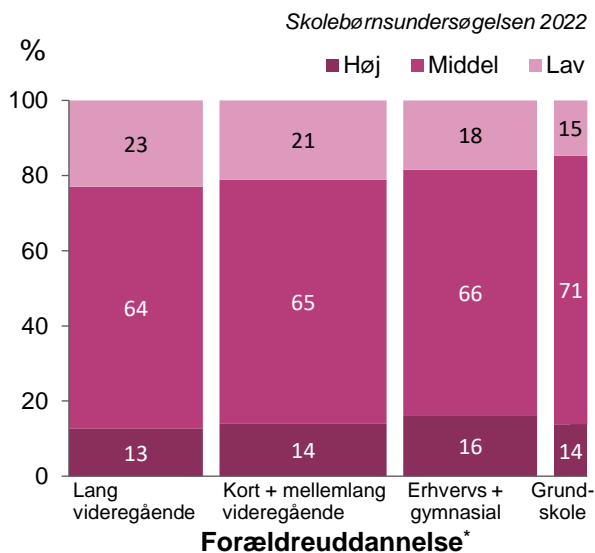
*Forældreuddannelse.* Figur 5.8.2 viser andelen af elever med en høj, middel og lav grad af oplevet stress. Det fremgår, at andelen med en lav grad af oplevet stress bliver gradvist mindre, jo kortere uddannelse forældrene har. Således er andelen 23 % blandt elever, hvor mindst én forælder har en

lang videregående uddannelse, mens den er 15 % blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Andelen med en høj grad af oplevet stress er nogenlunde ens på tværs af uddannelsesgrupperne.

**Figur 5.8.1** Procentvis fordeling af oplevet stress efter køn og klassetrin



**Figur 5.8.2** Procentvis fordeling af oplevet stress efter forældres uddannelse. 7. og 9. klasse



## 5.9 Social kompetence

Begrebet social kompetence dækker over en række forskellige evner eller færdigheder, som er vigtige for at kunne opbygge og indgå i sociale sammenhænge. Det er mentale ressourcer, der udvikles gennem relationer med omverdenen, og som har betydning for, at børn og unge kan håndtere forskellige sociale kontakter, deltage i det sociale liv og indgå i fællesskaber. Efter WHO's definition af mental sundhed hører social kompetence således til den funktionelle dimension i modsætning til den følelsesmæssige velværedimension. Social kompetence kan bidrage til en sund, mental udvikling og har også stor betydning for læring.

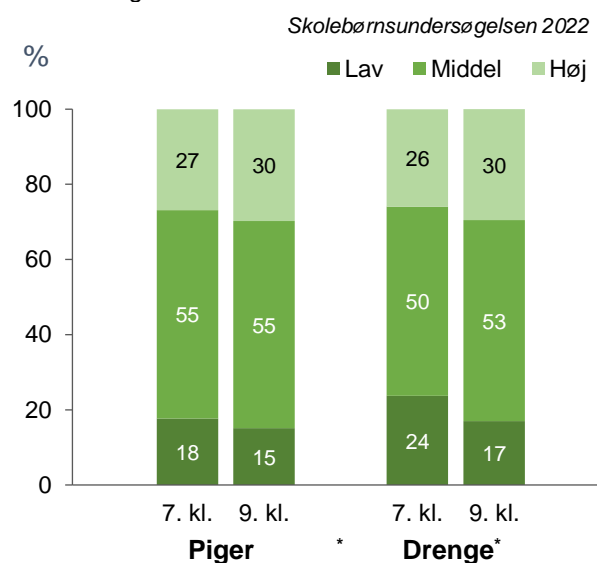
I Skolebørnsundersøgelsen har vi valgt at spørge til tre vigtige komponenter af social kompetence, som er inspireret af Gresham & Eliot (1984): evnen til at sige fra ('Jeg siger min mening, når jeg synes, at noget er uretfærdigt'), empati ('Jeg prøver at forstå mine venner, når de er triste eller sure'), og samarbejdsevne ('Jeg er god til at arbejde sammen med andre'). Svarmulighederne er: 'Næsten aldrig', 'Nogle gange', 'Ofte' og 'Næsten altid'. Spørgsmålene om social kompetence var også med i Skolebørnsundersøgelsen 2014, og de har været analyseret på forskellige måder (Nielsen et al. 2016). Målet for social kompetence er dog stadig under afprøvning.

Der er altså tale om spørgsmål, som måler tre forskellige komponenter af social kompetence. Vi har alligevel valgt at sammenfatte svarene i et indeks med score fra 3 til 12 for at udnytte den fulde information til at skelne mellem høj, middel og lav social kompetence. Næsten 60 % af eleverne har svaret 'Ofte' eller 'Næsten altid' på alle tre spørgsmål. Vi har derfor valgt at udskille de særligt høje og lave niveauer af social kompetence. Den store middel- eller normalgruppe er således kendetegnet ved svar, som overvejende ligger i den høje ende

af svarene (score 8-10). Gruppen med høj social kompetence (score 11-12) består af de elever, som har svaret 'Næsten altid' på alle tre spørgsmål eller 'Næsten altid' på to af spørgsmålene og 'Ofte' på det tredje spørgsmål. Gruppen med lav social kompetence (score 3-7) har overvejende svaret 'Næsten aldrig' eller 'Nogle gange' på spørgsmålene.

**Køn og klassetrin.** Det er kun 7. og 9. klasser, som er blevet spurgt om social kompetence. Figur 5.9.1 viser fordelingen af høj, middel og lav score på indekset. I modsætning til de mere emotionelle aspekter af mental sundhed ser vi ikke her større forskelle mellem piger og drenge. Hos begge køn er der en lidt højere andel med høj social kompetence i 9. klasse end i 7. klasse. Desuden er der – særligt udtalt hos drengene – en lavere andel med lav social kompetence i 9. klasse.

**Figur 5.9.1** Procentvis fordeling af social kompetence efter køn og klassetrin

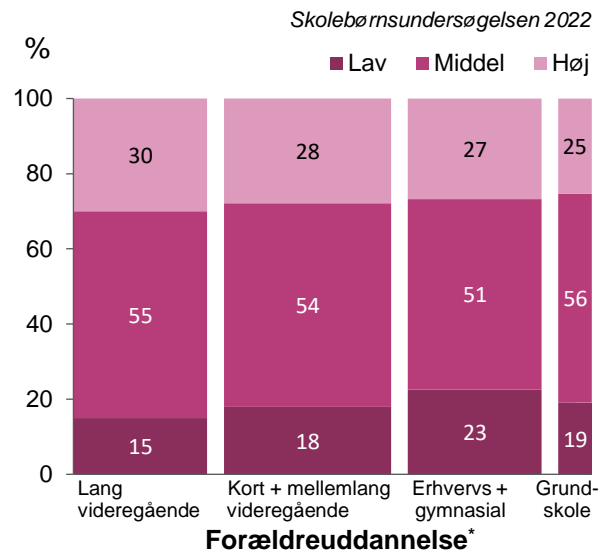


**Forældreuddannelse.** I figur 5.9.2 er målet for elevernes sociale kompetencer opdelt på forældres højeste fuldførte uddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Det fremgår, at de sociale kompetencer, der måles på, har en mindre gradueret sammenhæng med forældrenes uddannelse. De

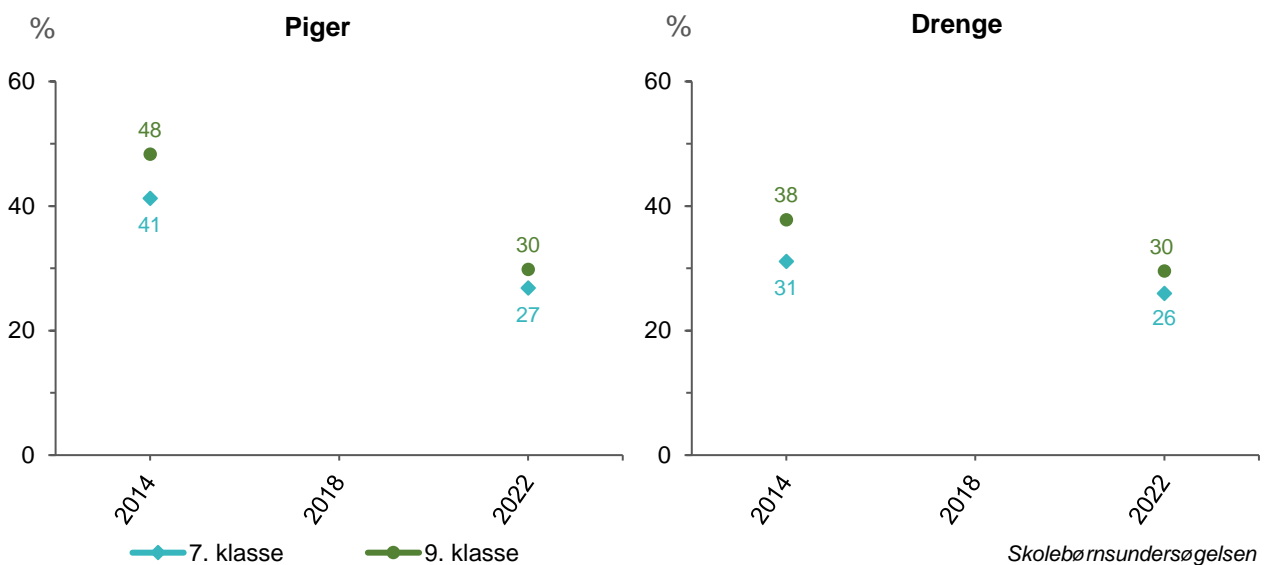
tydeligste forskelle ses for lav social kompetence, hvor andelen er større, jo kortere uddannelse forældrene har. Det gælder dog ikke den lille gruppe med grundskoleuddannelse.

**Udvikling.** Figur 5.9.3 viser, hvordan andelen af elever med høj social kompetence har ændret sig fra 2014 til 2022. Der er sket et bemærkelsesværdigt fald i andelen af piger med høj social kompetence i forhold til drengene. I 2014 scorede 48 % af 9. klasses piger højt på social kompetence mod 38 % af 9. klasses drenge. I 2022 er andelen faldet til 30 % blandt både piger og drenge. En tilsvarende udvikling er sket hos 7. klasses piger og drenge. Vi ser således et fald i andelen af elever med høj social kompetence over de otte år, og faldet er særligt stort blandt pigerne.

**Figur 5.9.2** Procentvis fordeling af social kompetence efter forældres uddannelse. 7. og 9. klasse



**Figur 5.9.3** Andel med høj social kompetence 2014, 2022 (%)



## 6 Sundhedsadfærd

Børn og unges sundhedsadfærd har stor indflydelse på deres helbred og trivsel både i barndommen, ungdommen og i voksenlivet, og er derfor et vigtigt tema at afdække i en undersøgelse som Skolebørnsundersøgelsen. Tobaks- og alkoholvaner, fysisk aktivitet samt mad- og måltidsvaner er for eksempel relateret til risikoen for overvægt, diabetes, hjerte- og kredsløbssygdomme, samt flere kræftsygdomme (Ruiz et al. 2009, Saydah et al. 2013). Tandbørstningsvaner er relateret til tandsundhed (Kumar et al. 2016), søvnvaner er relateret til overvægt og mental sundhed (Liu et al. 2012, Sampasa-Kanyinga et al. 2020), beskyttelse mod skader har relation til skadesrisiko, og udøvelse af vold, aggression, ubeskyttet sex og anden risikobetonet fysisk udfoldelse er relateret til skadesrisiko og mental sundhed (Blain-Arcaro & Vaillancourt 2017, Lereya et al. 2015). Sundhedsadfærd vil typisk gruppere sig, hvilket betyder, at man med stor sandsynlighed vil have uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på flere områder, hvis man har det på ét. Således er der blandt unge rygere oftest langt flere med et højt alkoholforbrug og tidlig seksuel debut, og omvendt vil børn og unge, der er meget fysisk aktive, oftest også spise sundere og sove bedre (Nutbeam et al. 1989). Den sundhedsadfærd, som er grundlagt i barndommen og ungdommen, bliver med stor sandsynlighed videreført ind i voksenlivet. Derfor er det vigtigt at have fokus på børn og unges sundhedsadfærd (Patton et al. 2016).

Regulering af sundhedsadfærd betragtes oftest som lettere og billigere end mange andre metoder til at forme folkesundheden. Men nogle adfærdsformer er imidlertid rod-fæstet i vilkårene og kræver politiske og strukturelle indsatser, som påvirker vilkårene.

Eksempler er materielle vilkår som påvirker adgangen til usund kost, eller psykosociale vilkår som påvirker brugen af stimulanser. Adfærdsnormer i familien eller attraktive sociale klier kan også fungere som stærke kræfter, der gør det vanskeligt at ændre en uhensigtsmæssig adfærd. 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 påvirker sundheden. Ifølge denne definition er det også sundhedsadfærd, når man gør noget, der påvirker andres sundhed (for eksempel at forældre spænder deres børn fast i sikkerhedsselen, børster tænder på deres børn, og når kammerater overtaler hinanden til at ryge). Begrebet omfatter for eksempel tandbørstning, fysisk aktivitet, sunde mad- og måltidsvaner, tilstrækkelig søvn, brug af cykelhjelm og sikkerhedssele, beskyttelse mod solens skadelige stråler, og for voksne også det, man gør for at beskytte sine børn mod skader og styrke sine børns sundhed. Ved handlinger, som på længere sigt skader helbredet, kan man bruge betegnelsen risikoadfærd. For eksempel om rygning, brug af rusmidler, usunde kost- og måltidsvaner, udøvelse af vold, aggression, ubeskyttet sex og anden risikobetonet fysisk udfoldelse (Madsen et al. 2021).

Der er store internationale variationer i børn og unges sundhedsadfærd, så der er brug for nationale data. Der sker store forandringer i sundhedsadfærd over tid, og nye produkter og adfærdsformer dukker hele tiden op (Kuntsche & Ravens-Sieberer 2015).

På alkoholområdet blev der for eksempel introduceret sodavandslignende produkter med alkohol for nogle år siden, på tobaksområdet er der i de seneste år introduceret e-cigaretter, vandpiber, snus og forskellige typer af nikotinprodukter, og børn og unges digitale adfærd viser sig også at have betydning for forskellige aspekter af deres sundhed, selvom dette område stadig er meget nyt og betydningen omdiskuteret (Lund et al. 2020, Olesen et al. 2020, Kierkegaard et al. 2020). Derfor er det vigtigt at sikre aktuelle data om skolebørns sundhedsadfærd (Madsen et al. 2021).

De sene barndomsår og teenageårene er en livsperiode, hvor de unge lægger grunden for voksenlivets sundhedsadfærd, og dermed også grunden for den fremtidige helbredsudvikling (Patton et al. 2016, Viner et al. 2012). Det er også en periode af livet, hvor der er et stort potentiale for at forme sundhedsadfærden, og dermed forme befolkningens fremtidige sundhed. Indsatser blandt børn og unge mod brug af nikotin og rusmidler samt indsatser for at sikre god ernæring er eksempler på sundhedsfremmende initiativer med livsvarig sundhedsfremmende effekt (Patton et al. 2016).

Det er kompliceret at tilrettelægge effektive sundhedsfremmende indsatser. Det skyldes blandt andet, at sundhedsadfærd formes af mange faktorer på mange planer. Sundhedsadfærd formes af makrofaktorer såsom national velstand, økonomisk ulighed i samfundet, adgang til uddannelse, adgang til velegnede arealer til fysisk udfoldelse og adgang til sunde fødevarer. Adfærden formes ligeledes af nationale reguleringer, for eksempel af hvor man må ryge, og hvem der må købe alkohol, og især om sådanne nationale reguleringer bliver håndhævet i praksis. Adfærden formes også af sociale faktorer i det nære miljø, for eksempel påvirkninger i familien, i vennegruppen og i skolen. På det personlige plan spiller hjernens udvikling og

puberteten en rolle for børn og unges sundhedsadfærd (Viner et al. 2012). Derfor er det også typisk interventioner, som opererer på flere af disse planer, som er mest effektive i forhold til at påvirke børn og unges adfærd (Sallis 2018). Det komplicerer de sundhedsfremmende indsatser, at der er betydelig social ulighed i sundhedsadfærd. Som hovedregel lever børn og unge fra ressourcestærke hjem meget sundere end børn fra ressourcefattige hjem, og denne sociale ulighed er med til at forme social ulighed i helbred i voksenlivet (Due et al. 2011).

Skoleelevernes sundhedsadfærd er et kerne-tema i Skolebørnsundersøgelsen. Interessen for sundhedsadfærd afspejler sig også i undersøgelsens internationale navn, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Vi har indsamlet data om skolebørns ryge- og alkoholvaner, spise- og motionsvaner, skærm-tid og -brug, tandbørstning, brug af lægemidler og mange lignende temaer siden de første runder af Skolebørnsundersøgelsen i 1980'erne. Siden er mange andre former for sundhedsadfærd inkluderet i spørgeskemaet (som ikke alle er afrapporteret her), for eksempel brug af nye nikotinprodukter, måltidsvaner, søvn, beskyttelse mod skader, internetafhængighed, slankeadfærd, slårkampe og usikker sex (Kuntsche et al. 2015).

Dette kapitel rummer 14 delafsnit med nye data om følgende former for sundhedsadfærd: Brug af tobak og andre nikotinprodukter, brug af alkohol, erfaringer med hash (kun 9. klasse), fysisk aktivitet, onlineliv og skærmbrug, kost- og måltidsvaner, seksuel adfærd (kun 9. klasse), søvn, tandbørstning og brug af lægemidler mod hovedpine.

## 6.1 Tobak

Tobaksrygning udgør fortsat en væsentlig folkesundhedsmæssig udfordring. Tidlig ryge-debut øger nikotinafhængigheden, hvilket gør det sværere at stoppe (Pisinger et al. 2005). Det estimeres, at syv ud af ti, der har prøvet at ryge i barn- eller ungdommen, vil komme til at ryge dagligt som voksne (Birge et al. 2018), hvormed risikoen stiger for at udvikle tobaksrelaterede sygdomme. Nikotin kan skade hjernens udvikling, herunder den kognitive funktion, og blandt andet øge risikoen for depression og angst (Vestbo et al. 2022). Årsagerne til, at unge begynder at ryge, er mange og kan inddeles i individuelle faktorer (fx dårlig trivsel), sociale faktorer (fx forældre eller venner ryger) og samfundsmæssige faktorer (fx priser og anden lovgivning). Forebyggelsesindsatser kan derfor foregå på flere niveauer (Vestbo et al. 2018). Der er social ulighed i rygning, idet unge, hvis forældre er uden for arbejdsmarkedet, har markant højere risiko for at ryge dagligt (Vestbo et al. 2018).

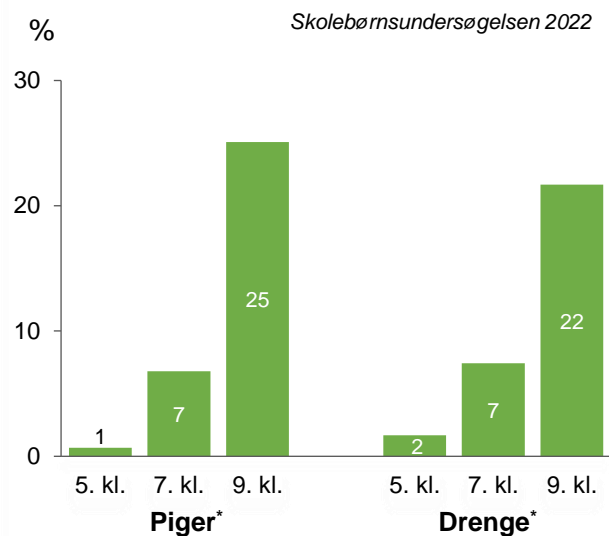
Elevernes rygevaner belyses ud fra spørgsmål om, hvorvidt eleverne har prøvet at ryge, og hvor ofte de ryger.

### Prøvet at ryge

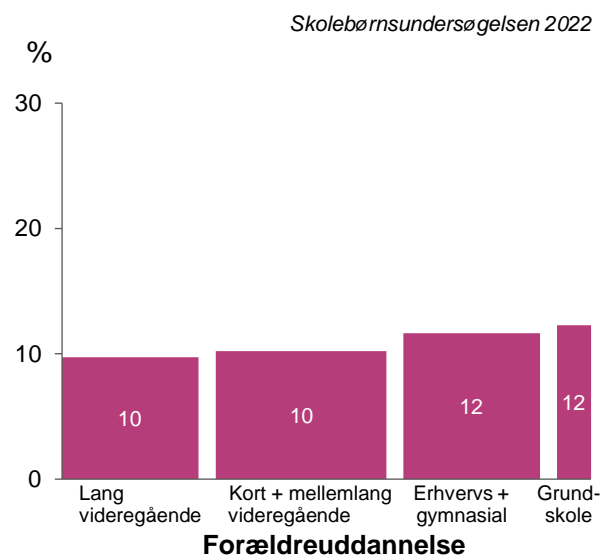
**Køn og klassetrin.** Figur 6.1.1 viser, at andelen, som har prøvet at ryge, stiger markant med klassetrin. Meget få (1-2 %) elever i 5. klasse har prøvet at ryge. Det stiger til 7 % i 7. klasse, og i 9. klasse er det en fjerdedel af piger og lidt færre drenge, som har prøvet at ryge. Der ses ingen kønsforskel i andelen, der ryger.

**Forældreuddannelse.** Der ses ikke nogen statistisk signifikante forskelle mellem andelen af elever i de forskellige forældreuddannelses-grupper, som har prøvet at ryge (figur 6.1.2).

**Figur 6.1.1** Andel, som har røget, efter køn og klassetrin (%)



**Figur 6.1.2** Andel, som har røget, efter forældres uddannelse (%)

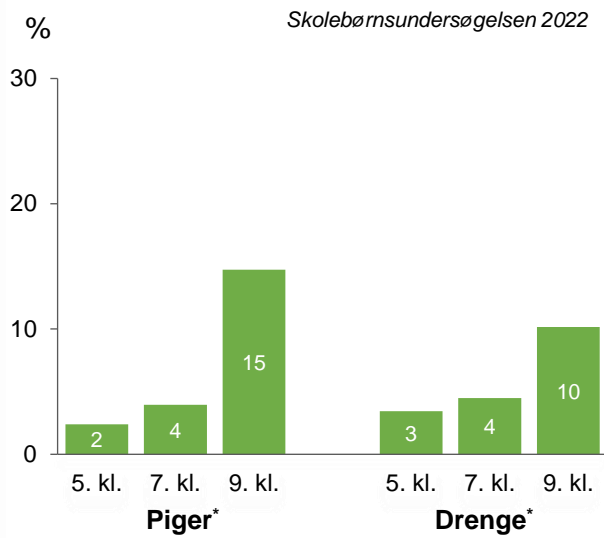


### Rygning dagligt, ugentligt eller sjældnere

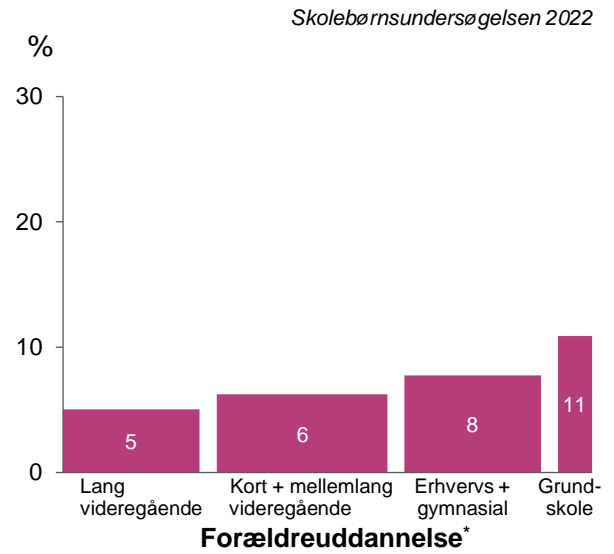
Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de ryger, med svarkategorierne 'Hver dag', 'Ikke hver dag, men hver uge', 'Sjældnere end hver uge' og 'Jeg ryger ikke'.

**Køn og klassetrin.** Figur 6.1.3 viser, at hver tiende dreng i 9. klasse, ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, mens det gælder 15 % blandt piger. I 5. og 7. er andelen 2 % til 4 %.

**Figur 6.1.3** Andel, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, efter køn og klassetrin (%)



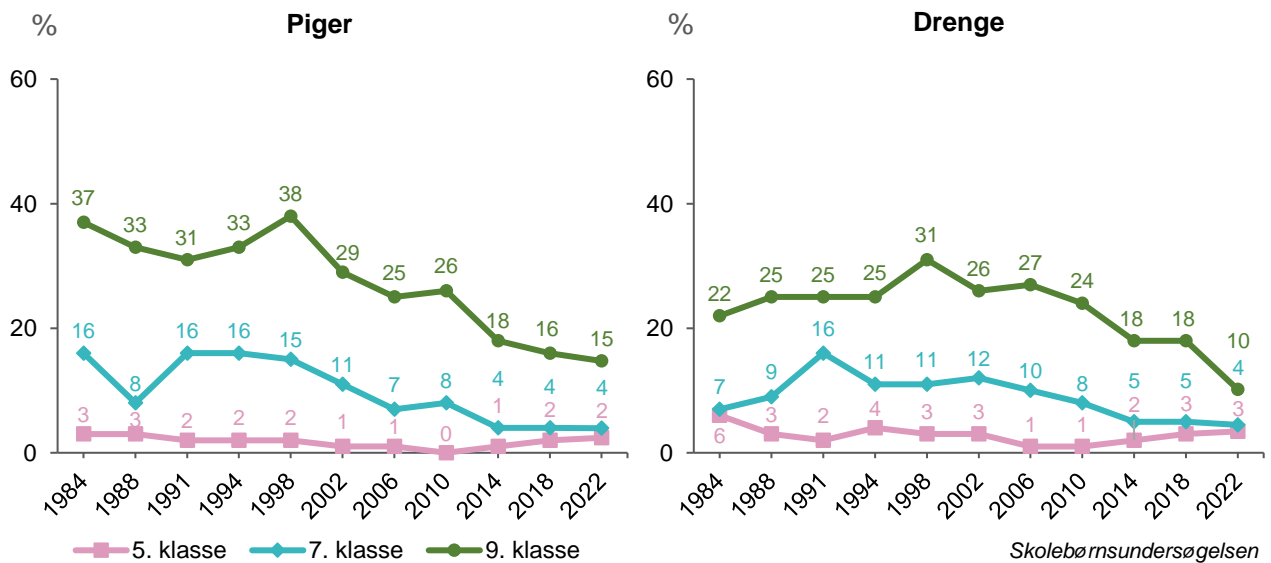
**Figur 6.1.4** Andel, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, efter forældres uddannelse (%)



**Forældreuddannelse.** Figur 6.1.4 viser andelen af elever, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, opdelt efter forældreuddannelse. Bredden på søjlerne angiver antallet af elever i hver forældreuddannelsesgruppe. Det ses, at andelen som ryger, er mindst blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse (5 %), og stiger jævnt, jo kortere uddannelse forældrene har, til 11 % ved grundskole.

**Udvikling.** Spørgsmål omkring rygning er blevet stillet siden Skolebørnsundersøgelsens begyndelse i 1984. Mens andelen af unge, der ryger dagligt, ugentlig eller sjældnere, har været ret konstant for 5. klasse, ses blandt drenge og piger et fald for 7. klasse siden 1991, og et udtalt fald i for elever i 9. klasse, siden 1998 (figur 6.1.5).

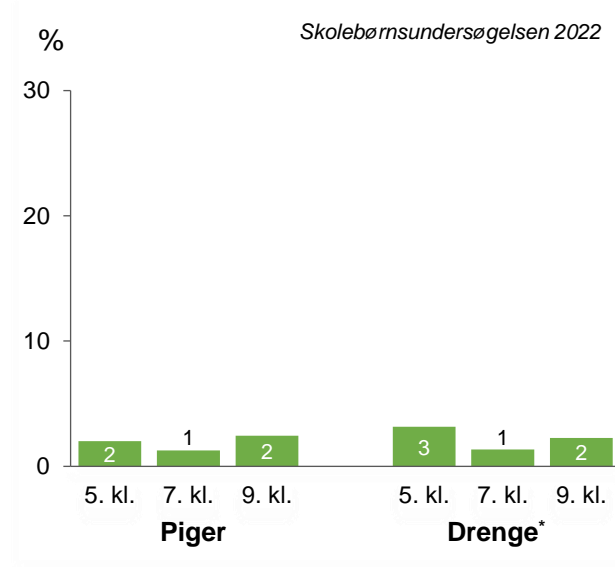
**Figur 6.1.5** Andel, som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere, 1984-2022 (%)



## Daglig rygning

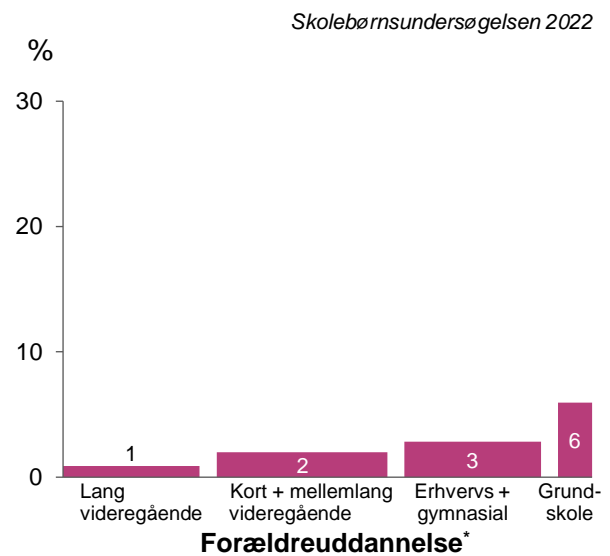
*Køn og klassetrin.* Figur 6.1.6 viser andelen af elever, som ryger dagligt. Der ses ingen nævneværdige forskelle i andelen, der ryger dagligt, mellem klassetrin og heller ikke mellem piger og drenge.

**Figur 6.1.6** Andel, som ryger dagligt, efter køn og klassetrin (%)



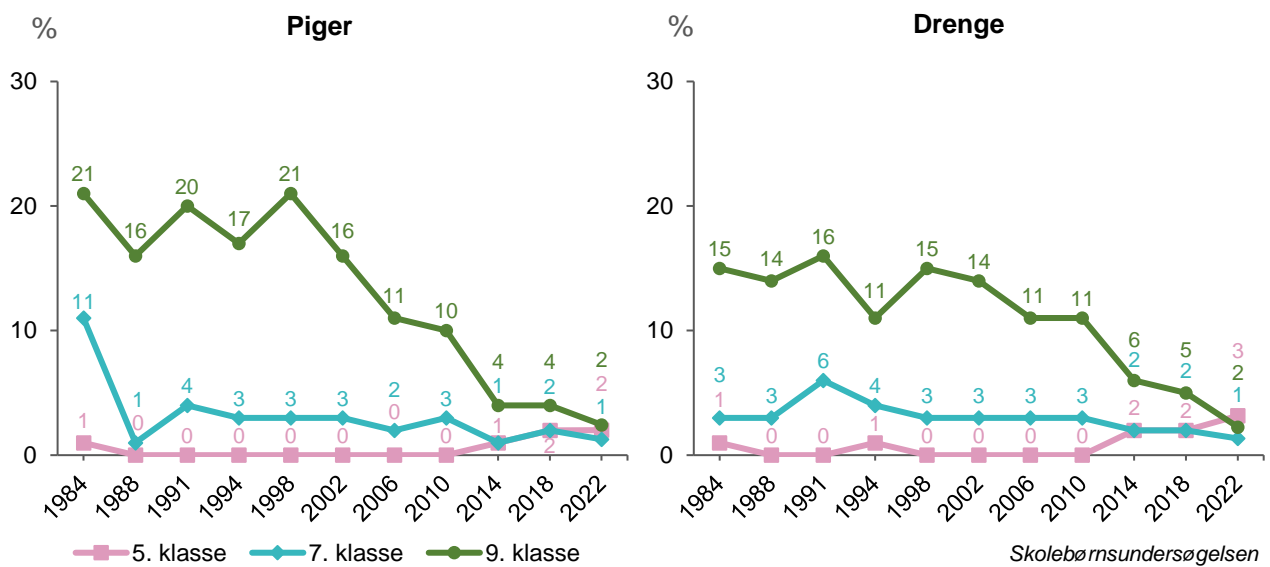
*Forældreuddannelse.* Figur 6.1.7 viser udviklingen i andelen, som ryger dagligt, i perioden 1984 til 2022. Andelen stiger jævnt, jo kortere uddannelse forældrene har. Fra 1 % ved lang videregående uddannelse til 6 % ved grundskole. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori.

**Figur 6.1.7** Andel, som ryger dagligt, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 6.1.8 viser udviklingen i andelen, som ryger dagligt i perioden fra 1984 til 2022. Det ses, at der siden 1998 er sket et støt og markant fald i andelen, som ryger dagligt, blandt både drenge og piger i 9. klasse. Derudover er andelen siden 1991 faldet jævnt blandt elever i 7. klasse. Siden 2010 ses en begyndende stigning blandt elever i 5. klasse, hvor der ellers tidligere har været 0 %, som har rapporteret daglig rygning.

**Figur 6.1.8** Andel, som ryger dagligt, 1984-2022 (%)



## 6.2 E-cigaretter

E-cigaretter findes i mange udgaver, men fælles er, at de består af en lille beholder med e-væske, et varmeelement og et batteri. E-cigaretter opvarmer væsken, så der dannes aerosoler, som indåndes. De findes både i engangs- og genanvendelige varianter, med og uden nikotin og med flere forskellige smage (Jarlstrup et al. 2023). Når de unge anvender de nikotinholdige udgaver, er det forbundet med nikotinafhængighed, som blandt andet kan skade hjernens udvikling og reducere den kognitive funktion (Vestbo et al. 2022). Unge, der bruger nikotinholdige e-cigaretter, har højere risiko for senere at begynde at ryge tobak (Soneji et al. 2017). Der ses en mindre tydelig social gradient i brugen af e-cigaretter blandt unge end for cigaretrykning (Vestbo et al. 2022).

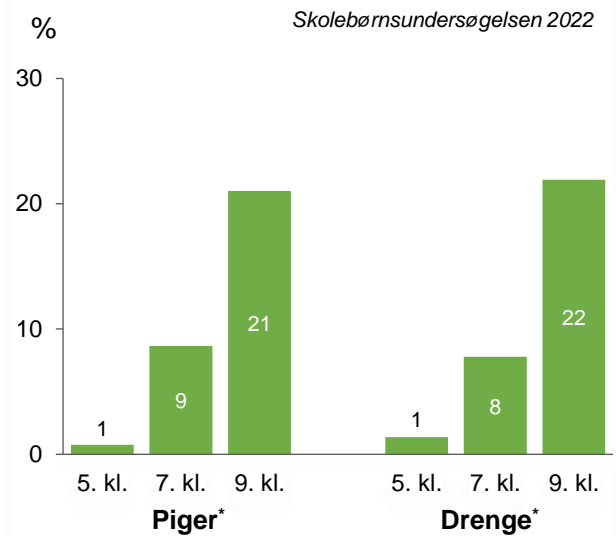
Elevernes brug af e-cigaretter er baseret på to spørgsmål, dels om de har prøvet e-cigaretter, og dels om de har brugt det inden for den seneste måned.

### Har prøvet e-cigaretter

Eleverne er blevet spurgt om, hvor mange dage de har brugt e-cigaretter i deres liv, med svarkategorier rangerende fra '1-2 dage' til '30 dage eller mere' samt svarmuligheden 'Aldrig'. Hvis elever har svaret i andre svarkategorier end 'Aldrig', angives det, at de har prøvet at bruge e-cigaretter.

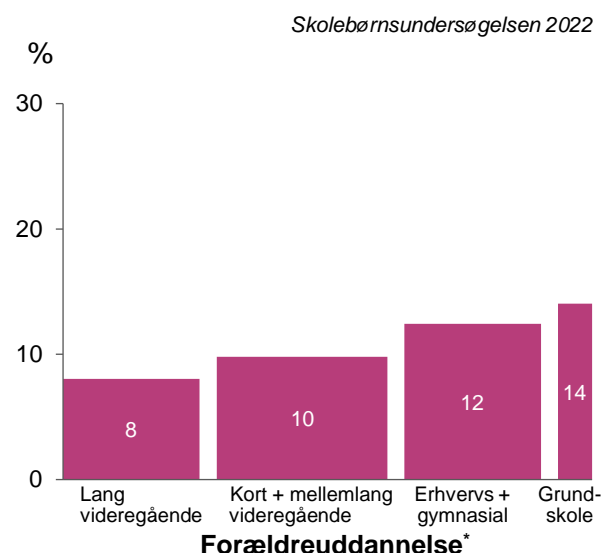
**Køn og klassetrin.** Figur 6.2.1 viser andelen af eleverne, som har prøvet at bruge e-cigaretter. Her ses en markant stigning mellem alle tre klassetrin for både piger og drenge, således er andelen i 5. klasse på 1 %, i 7. klasse knap 10 % og i 9. klasse lige over 20 %. Der ses ikke en forskel mellem kønnene.

**Figur 6.2.1** Andel, som har prøvet at bruge e-cigaretter, efter køn og klassetrin (%)



**Forældreuddannelse.** Figur 6.2.2 viser andelen, som har prøvet at bruge e-cigaretter, opdelt efter forældreuddannelse. Søjlerne bredde viser, hvor mange elever der er i hver uddannelsesgruppe. Andelen bliver gradvist større, jo kortere uddannelse forældrene har, fra 8 % ved lang videregående uddannelse til 14 % ved grundskole.

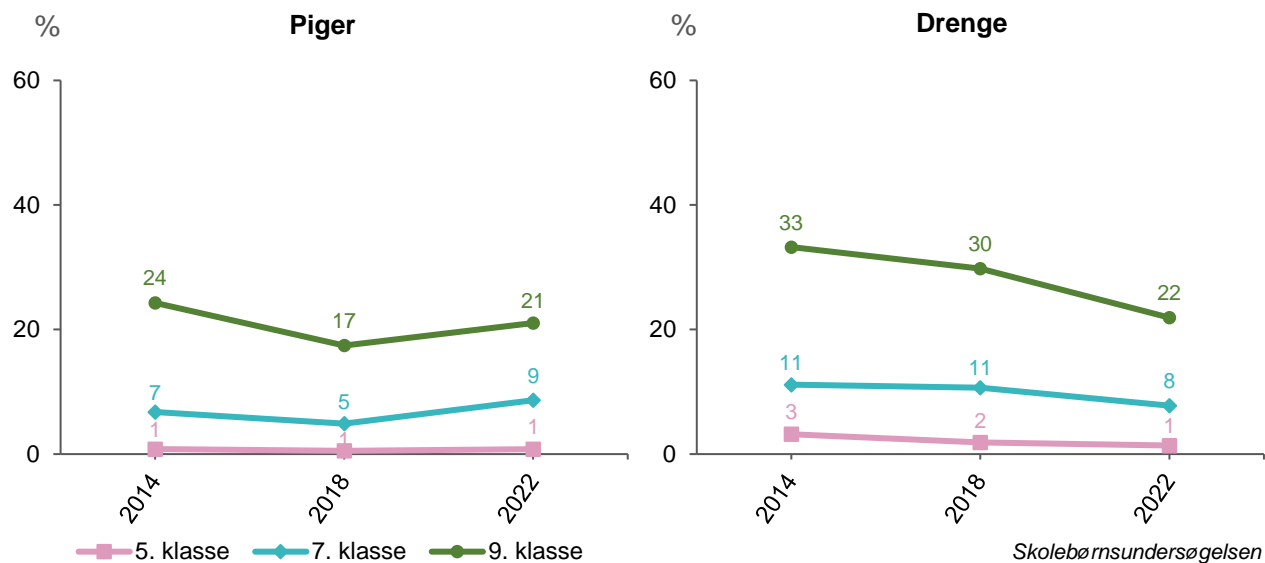
**Figur 6.2.2** Andel, som har prøvet at bruge e-cigaretter, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Eleverne er blevet spurgt til deres brug af e-cigaretter siden 2014, dog med lidt forskellig spørgsmålsformulering. Figur 6.2.3 viser udviklingen i andelen, der har prøvet at bruge i cigaretter, i perioden 2014 til 2022. Blandt pigerne i 5. klasse er andelen, der har prøvet af bruge e-cigaretter, lav i perioden,

mens der for 7. og 9. klasse har været et lille fald i 2018 og nu en lille stigning frem mod 2022. For drengene ses et fald for alle tre klassetrin om end mest markant for 9. klasse, hvor der ses et fald fra 33 % til 22 % fra 2014 til 2022.

**Figur 6.2.3** Andel, som har prøvet at bruge e-cigaretter, 2014-2022 (%)

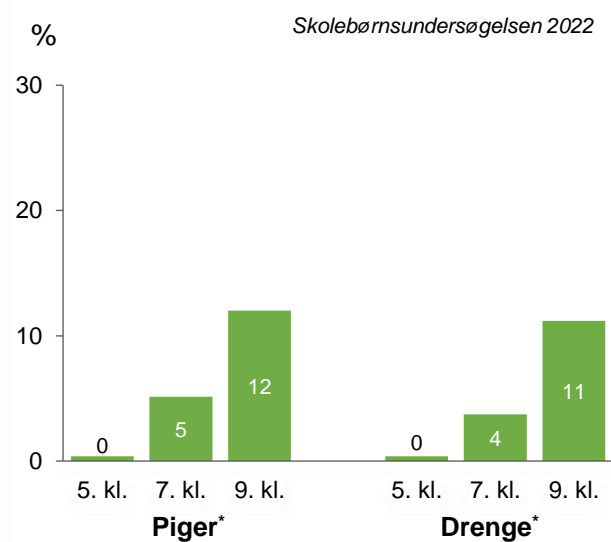


### Har brugt e-cigaretter den seneste måned

Eleverne er blevet spurgt til, hvor mange dage de har brugt e-cigaretter inden for de sidste 30 dage med svarkategorier rangerende fra '1-2 dage' til 'Alle dage' samt svarkategorien 'Aldrig'. Hvis elever har svaret i andre svarkategorier end 'Aldrig', angives det, at de har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned.

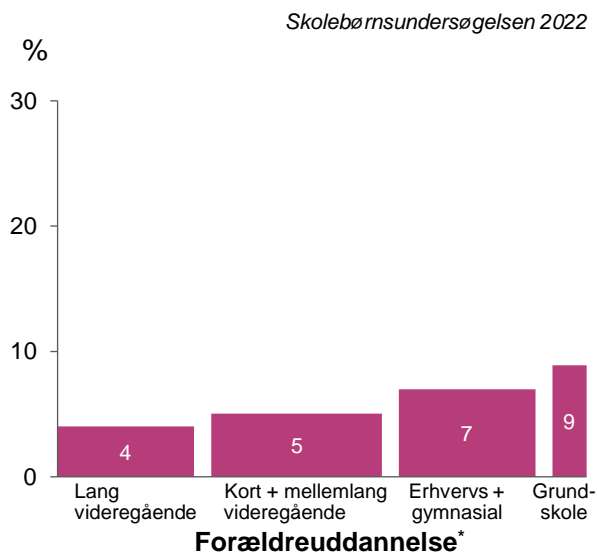
*Køn og klassetrin.* Figur 6.2.4 viser andelen af elever, som har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned. Her ses ligeledes en markant stigning mellem alle tre klassetrin for både piger og drenge, således er andelen i 5. klasse 0 %, i 7. klasse ca. 5 % og i 9. klasse lige over 10 %. Der ses ikke en forskel mellem kønnene.

**Figur 6.2.4** Andel, som har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned, efter køn og klassetrin (%)



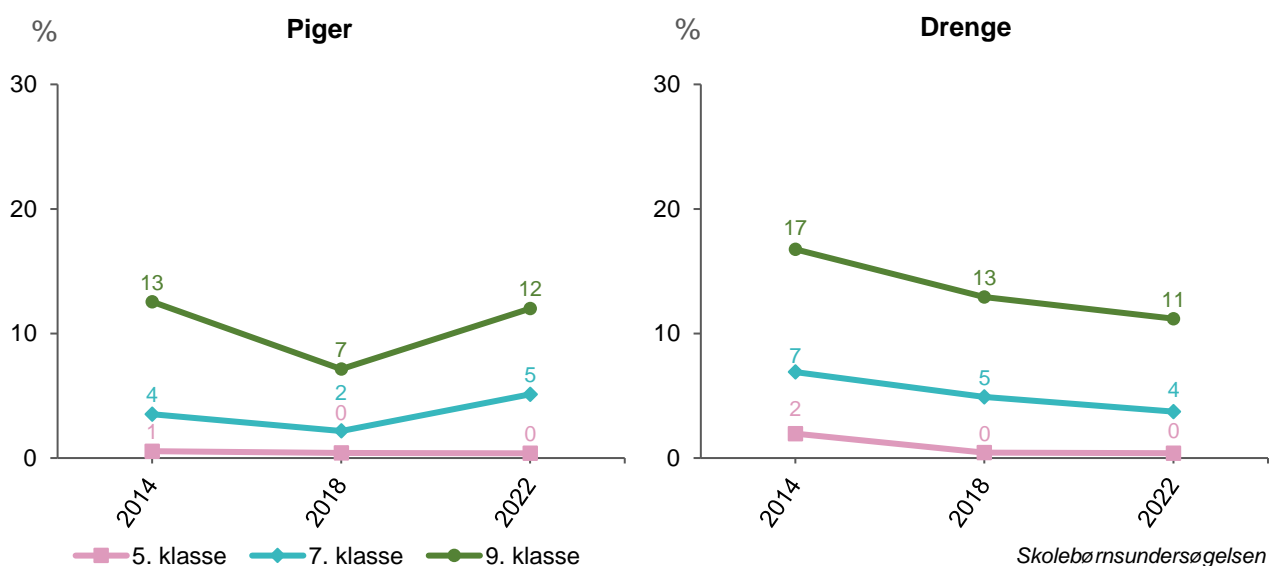
**Forældreuddannelse.** Figur 6.2.5 viser, at andelen af elever, som har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned, stiger jævnt, jo kortere forældrenes højest fuldførte uddannelse er. Således er andelen mindst ved lang videregående uddannelse (4 %) og størst ved grundskoleuddannelse (9 %). Bredden på søjlerne indikerer antallet af elever i hver forældreuddannelsesgruppe.

**Figur 6.2.5** Andel, som har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Eleverne er siden 2014 blevet spurgt til deres brug af e-cigaretter inden for den sidste måned. Figuren (6.2.6) viser udviklingen i andelen, der har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned, i perioden 2014 til 2022. For pigerne i 5. klasse er andelen omkring 0 % i hele perioden, mens der for 7. klasse har været et lille fald fra 2014 til 2018 efterfulgt af en lille stigning fra 2018 til 2022. Samme mønster gælder for 9. klasses piger, dog med en mere markant forskel. For drengene ses et fald for alle tre klassetrin om end mest markant for 9. klasse, hvor der ses et fald på ca. 8 procentpoint fra 2014 til 2018. Forskellen mellem kønnene er tilnærmelsesvist udlignet i 2022.

**Figur 6.2.6** Andel, som har brugt e-cigaretter inden for den sidste måned, 2014-2022 (%)



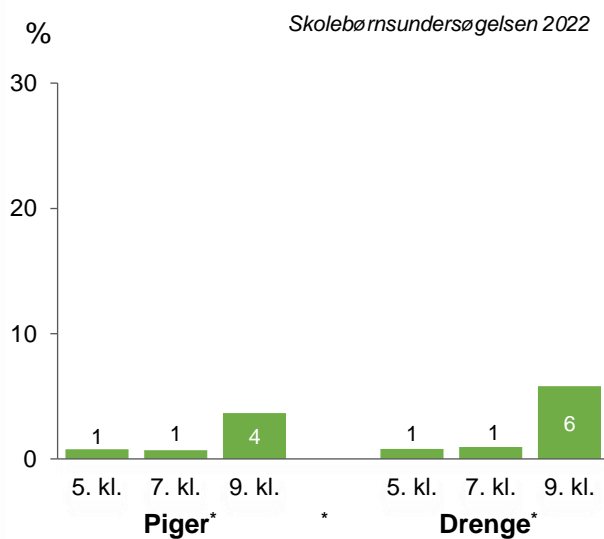
## 6.3 Snus

Brugen af røgfri nikotinprodukter blandt danske unge har været stigende de seneste år (Pedersen et al. 2022). Blandt unge omtales produkterne snus, tyggetobak og nikotinposer oftest blot som snus, hvilket er, hvad Skolebørnsundersøgelsen har undersøgt. Fælles for alle produkter er, at de indeholder nikotin, som udover at være stærkt afhængighedsskabende også kan skade hjernens udvikling samt indlæringssevne og reducere den kognitive funktion. Herudover kan det påvirke det psykiske helbred og blandt andet øge risikoen for depression og angst (Vestbo et al. 2022).

I Skolebørnsundersøgelsen har vi spurgt eleverne, om de bruger snus, med fire svar kategorier; 'Ja, hver dag', 'Ja, hver uge', 'Ja, sjældnere end hver uge' og 'Nej'.

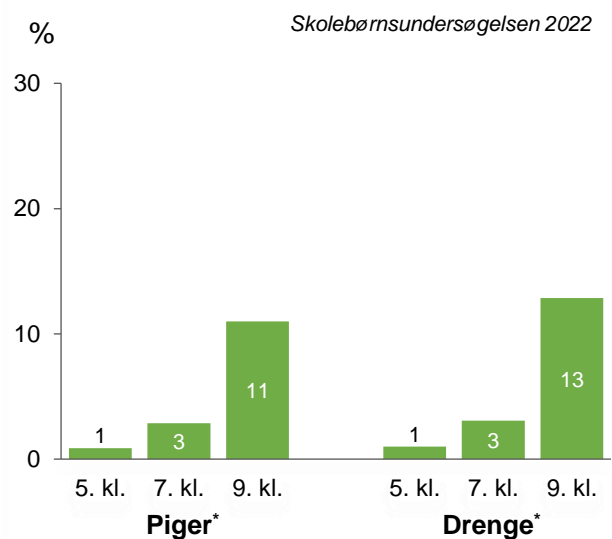
*Køn og klassetrin.* Figur 6.3.1 viser andelen af eleverne, som bruger snus dagligt. Her ses ligeledes en stigning mellem 7. og 9. klassetrin for både drenge og piger, og hver tyvende elev i 9. klasse bruger snus dagligt. En lidt større andel blandt drenge bruger snus dagligt sammenlignet med piger.

**Figur 6.3.1** Andel, som bruger snus dagligt, efter køn og klassetrin (%)



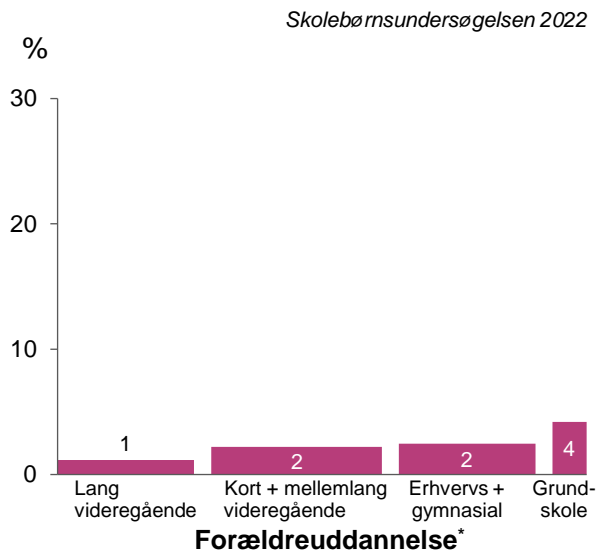
*Køn og klassetrin.* Figur 6.3.2 viser andelen af eleverne, som bruger snus dagligt, ugentligt eller sjældnere. Der ses en stigning mellem klassetrin for både drenge og piger således, at mere end hver tiende bruger snus i 9. klasse. Der ses ikke nogen statistisk signifikant forskel mellem kønnene.

**Figur 6.3.2** Andel, som bruger snus dagligt, ugentligt eller sjældnere, efter køn og klassetrin (%)

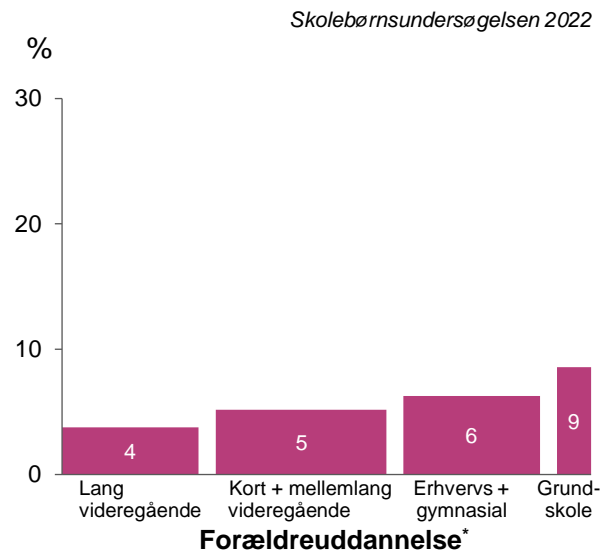


*Forældreuddannelse.* Andelen, som bruger snus dagligt stiger, jo kortere forældrenes uddannelse er (figur 6.3.4). Blandt elever af forældre med en lang videregående uddannelse er andelen 1 %, mens den er 4 % blandt elever af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse. Et lignende mønster ses blandt elever, som bruger snus dagligt, ugentligt eller sjældnere (figur 6.3.4). Søjlerne indikerer, hvor størrelsen på hver forældreuddannelsesgruppe.

**Figur 6.3.3** Andel, som bruger snus dagligt, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 6.3.4** Andel, som bruger snus dagligt, ugentligt eller sjældnere, efter forældres uddannelse (%)



## 6.4 Alkohol

Danske skoleelever starter med at drikke alkohol i en yngre alder og har et mere fuldskabsorienteret alkoholforbrug end skoleelever i andre europæiske lande (Inchley et al. 2020). Et højt alkoholindtag hænger sammen med en række skadelige konsekvenser, for eksempel skader, ulykker og vold eller konflikter, ligesom nogle studier tyder på, at unge, der begynder tidligt, også kan være i øget risiko for ikke at gennemføre uddannelse og at udvikle alkoholproblemer senere i livet (Tolstrup et al. 2021). Alkoholkulturen blandt unge i Danmark er i overvejende grad en beruselseskultur, hvor alkohol bruges ved specielle lejligheder, i sociale sammenhænge og for at opnå en 'virkning', samtidig med at tilgængeligheden af alkohol i Danmark er høj og prisen lav (Tolstrup et al. 2019). Det er oftere unge fra højere sociale grupper, der har erfaringer med fuldskab (Tolstrup et al. 2019).

Elevernes alkoholforbrug baseres på tre spørgsmål, der måler andelen, der 1) har prøvet at drikke alkohol, 2) drikker mindst ugentligt, og 3) har været fulde mindst to gange.

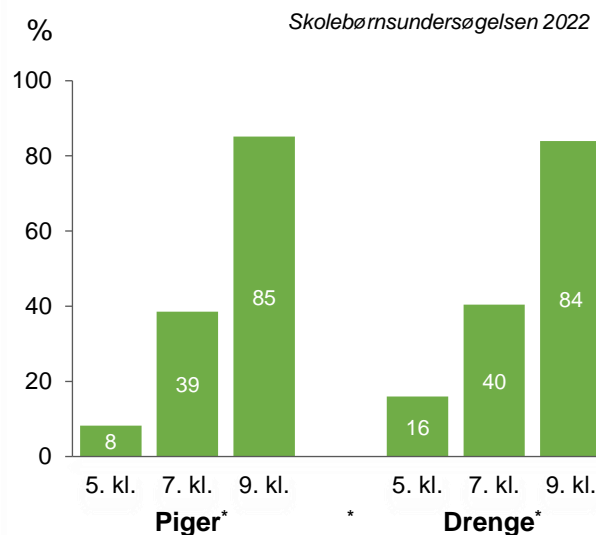
### Har prøvet at drikke alkohol

For at få information om, eleverne har prøvet at drikke alkohol spørger vi dem: 'I hele dit liv: Hvor mange dage har du drukket alkohol?' Hertil kan eleverne svare: 'Aldrig', '1-2 dage', '3-5 dage', '6-9 dage', '10-19 dage', '20-29 dage' og '30 dage eller mere'. På baggrund af dette spørgsmål har vi viden om, hvorvidt eleverne har prøvet at drikke alkohol.

*Køn og klassetrin.* Figur 6.4.1 viser andelen af eleverne, som har prøvet at drikke alkohol. Der ses en markant stigning mellem klassetrin for både drenge og piger. Således ses næsten en femdobling fra 5. til 7. klasse for pigerne og yderligere en fordobling til 9. klasse. For drengene gælder, at de ligger højere end

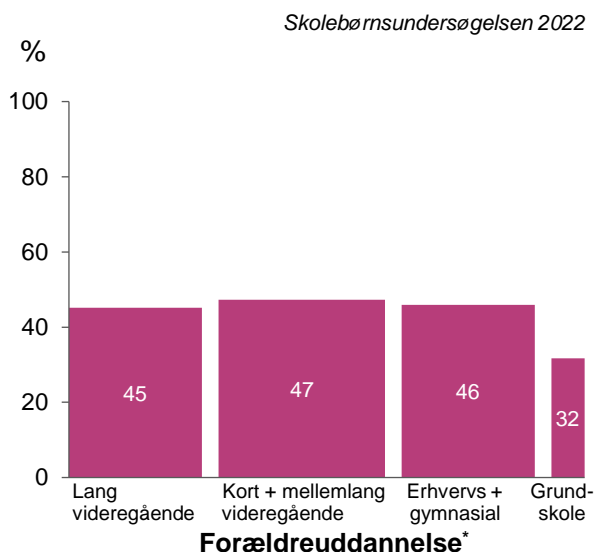
pigerne i 5. klasse, mens forskellen udlignes for 7. og 9. klasse. Således ses for drengene mere end en fordobling både fra 5. til 7. klasse og fra 7. til 9. klasse.

**Figur 6.4.1** Andel, som har prøvet at drikke alkohol, efter køn og klassetrin (%)



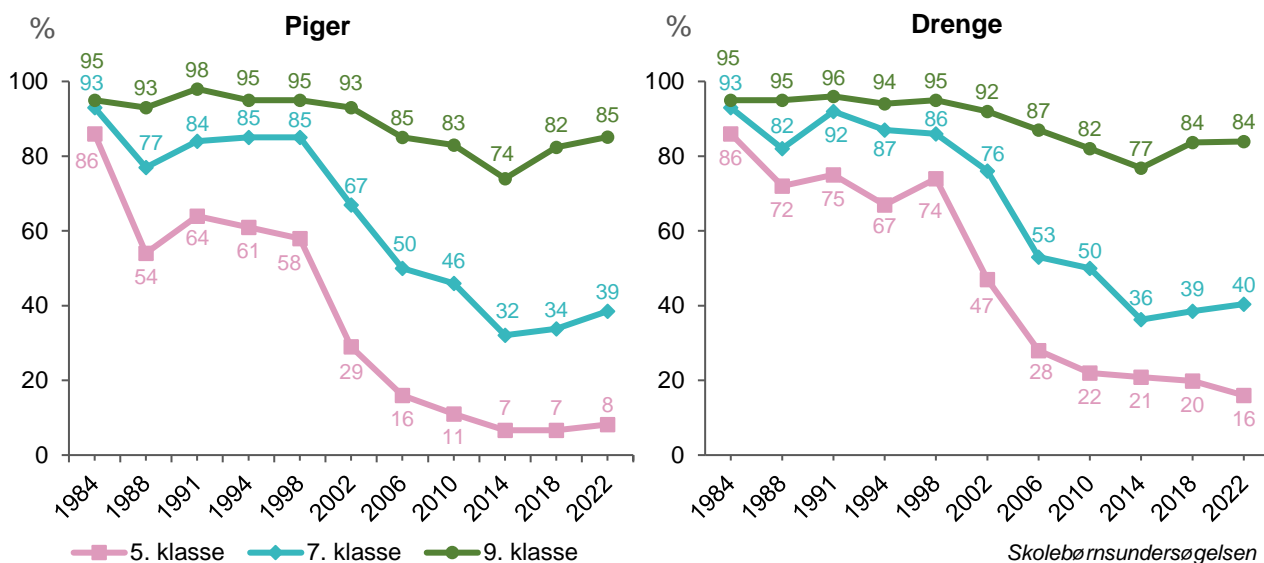
*Forældreuddannelse.* Figur 6.4.2 viser, at der procentvis er markant færre, som har prøvet at drikke alkohol, blandt elever af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse (32 %), som er den gruppe, der repræsenterer færrest, indikeret ved søjlens bredde. Der er ikke udtalte forskelle mellem de andre uddannelsesgrupper.

**Figur 6.4.2** Andel, som har prøvet at drikke alkohol, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 6.4.3 viser udviklingen andelen, af elever, som har prøvet at drikke alkohol fra 1984 til 2022. Mellem 1998 og 2014 er andelen faldet for begge køn og for alle klassetrin – mest markant for eleverne i 5. og 7. klasse. Siden 2014 og til de nyeste tal i 2022 ses tendens til en lille stigning blandt 7. og 9. klasse for begge køn, størst for pigerne. For eleverne i 5. klasse ses et fortsat fald for drengene og en stagnation for pigerne.

**Figur 6.4.3** Andel, som har prøvet at drikke alkohol, 1984-2022 (%)



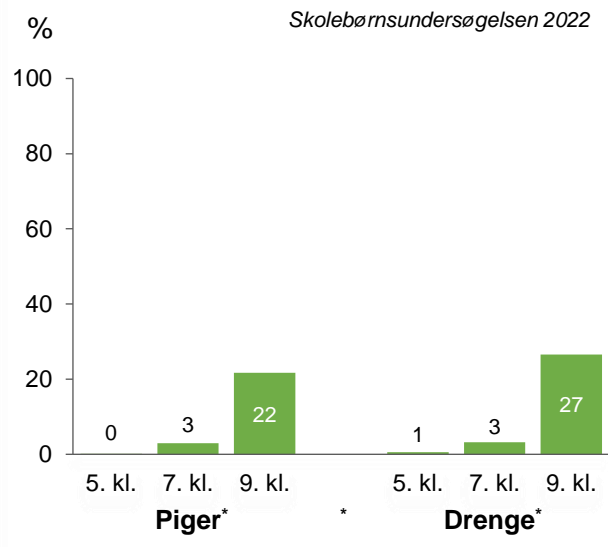
**Drikker alkohol mindst ugentligt**

For at få viden om hvor hyppigt eleverne drikker alkohol, spørger vi dem: 'For tiden: Hvor ofte drikker du alkohol, såsom øl, vin eller spiritus? Tæl også de gange med, hvor du kun drikker mindre mængder'. Hertil kan eleverne svare 'Hver dag', 'Hver uge', 'Hver måned', 'Sjældent' og 'Aldrig' om deres indtag af henholdsvis øl, vin, spiritus, færdigblandede drikke med alkohol (fx Smirnoff Ice, Barcardi Breezer, Mokai, Shaker) og andet med

alkohol. På baggrund af dette spørgsmål opgøres hvor mange elever, som drikker alkohol mindst én gang ugentligt.

*Køn og klassetrin.* Figur 6.4.4 viser andelen af elever, som drikker alkohol mindst ugentligt. For begge køn ses en markant stigning fra 7. til 9. klasse. I 9. klasse drikker cirka fjerde elev alkohol mindst ugentligt.

**Figur 6.4.4** Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, efter køn og klassetrin (%)

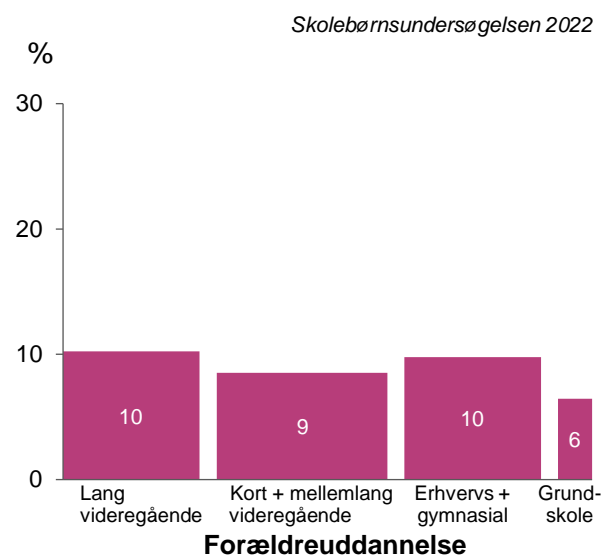


**Forældreuddannelse.** Figur 6.4.5 viser, at andelen, som drikker alkohol mindst ugentligt, er mindst blandt elever af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse. Forskellen er dog ikke signifikante mellem uddannelsesgrupperne.

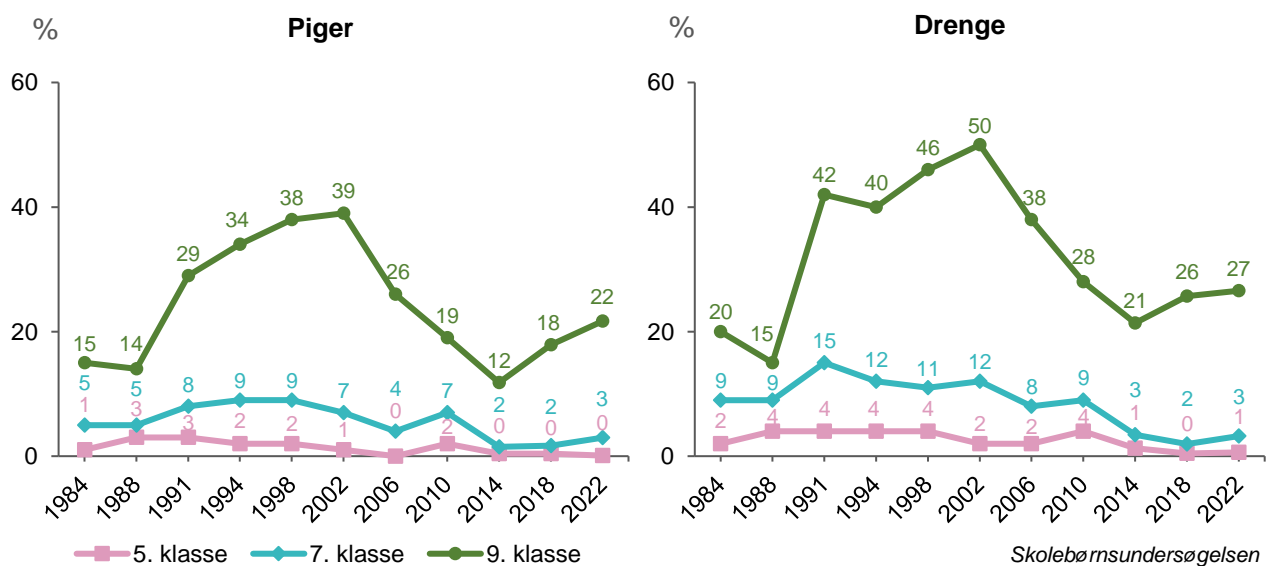
**Udvikling.** Figur 6.4.6 viser udviklingen i andelen af elever, som drikker alkohol mindst ugentligt, siden 1984. For både drenge og piger

piger i 5. klasse har udviklingen ligget stabilt mellem 0 % og 4 %, mens der for 7. klasse har været et fald siden 1990'erne, især for drengene. For både drenge og piger i 9. klasse ses en markant stigning fra 1988 til 2002, herefter et markant fald indtil 2014, hvor andelen mere end halveres. Siden 2014 har der været en stigning blandt begge køn, mest udtalt hos pigerne, hvor der næsten ses en fordobling.

**Figur 6.4.5** Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 6.4.6** Andel, som drikker alkohol mindst ugentligt, 1984-2022 (%)

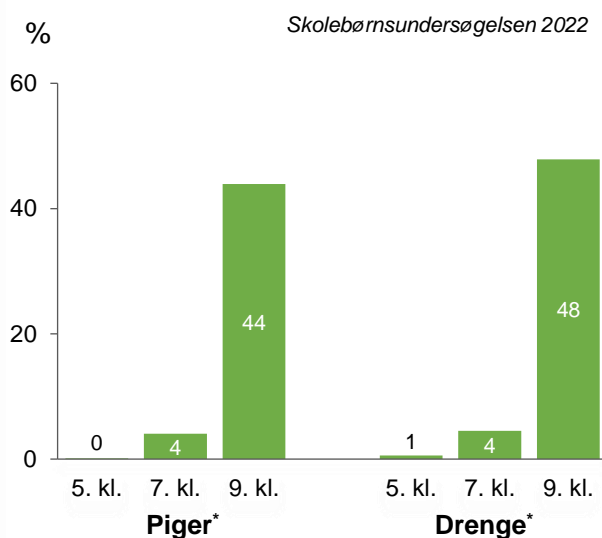


### Været fuld mindst to gange

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

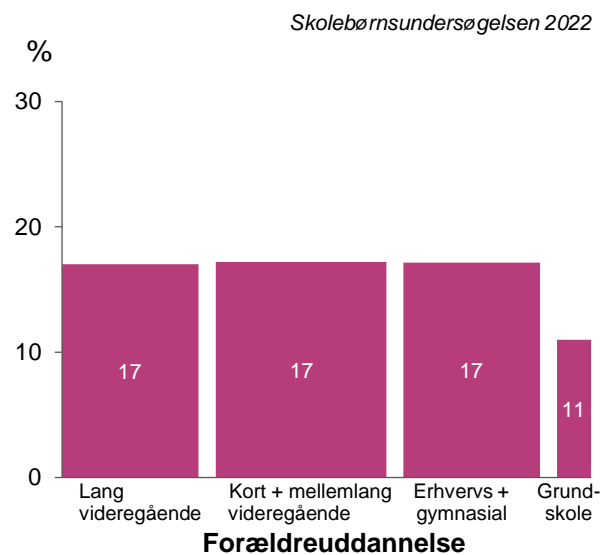
**Køn og klassetrin.** Figur 6.4.7 viser andelen af elever, som har været fuld mindst to gange. I 9. klasse har næsten halvdelen af drenge og piger været fulde mindst to gange. Blandt begge køn ses det, at andelen, der har erfaring med fuldskab, er over ti gange større i 9. klasse end i 7. klasse.

**Figur 6.4.7** Andel, som har været fuld mindst to gange, efter køn og klassetrin (%)



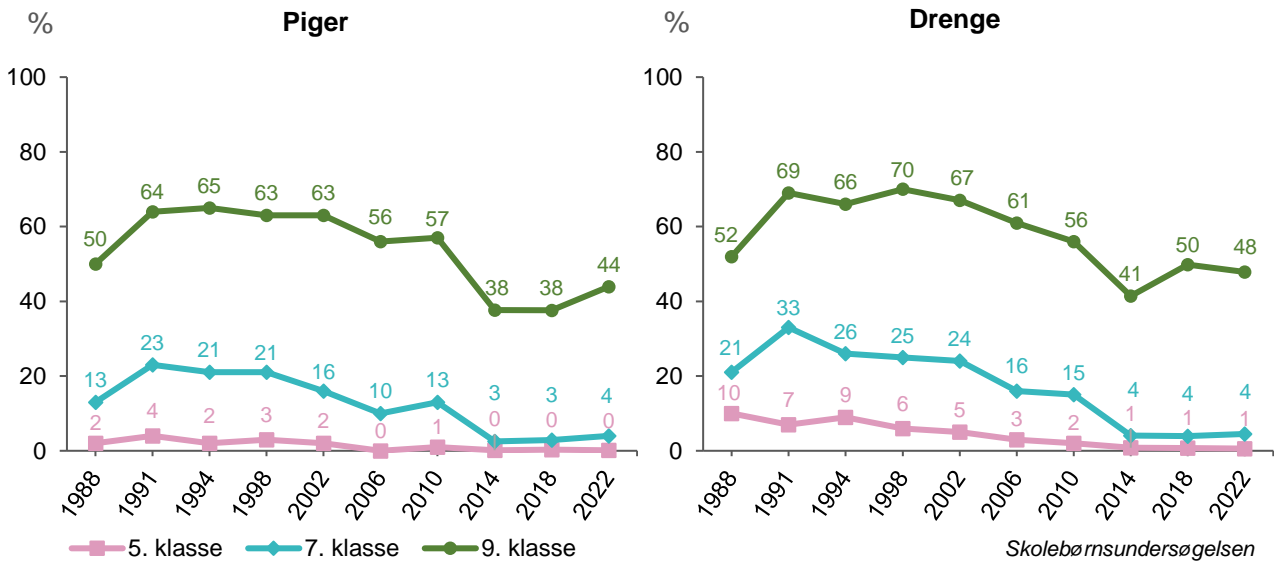
**Forældreuddannelse.** Figur 6.4.8 viser, at der procentvis er færrest, som har prøvet at være fuld, blandt elever med forældre, hvis højest fuldførte uddannelse er grundskole (11 %). Der er dog ikke statistisk signifikant forskel mellem grupperne af forældreuddannelse.

**Figur 6.4.8** Andel, som har været fuld mindst to gange, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Figur 6.4.9 viser andelen af elever, der har været fuld mindst to gange, i perioden 1988 til 2022. Generelt har en større andel af drengene været fuld mindst to gange, når vi ser over hele perioden. For 5. classes elever ses for pigerne en stabil lav andel over hele perioden, mens der for drengene ses et fald fra 1988 til 2014 og herefter en stagnation. For 7. klasse ses for begge køn et fald fra 1991 til 2014 og herefter en stagnation, mens der for 9. classes elever er sket et fald fra 1998 til 2014 og herefter en mindre stigning.

**Figur 6.4.9** Andel, som har været fuld mindst to gange, 1988-2022 (%)



## 6.5 Hash

Unge forbrug af hash kan være skadeligt for deres helbred. Især er der risiko blandt unge for en irreversibel indvirkning på kognitive funktioner som hukommelse og indlærings-evne, ligesom der er risiko for udvikling af psykose. Et stort forbrug er desuden relateret til sociale konsekvenser såsom stort skolefravær og kort uddannelsesniveau (Nordentoft et al. 2015).

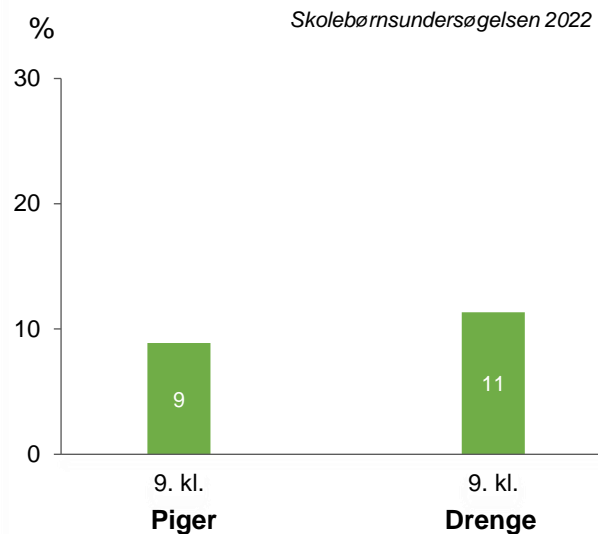
I dette afsnit vises først andelen, der har prøvet at tage hash, og herefter andelen, der har taget hash inden for den sidste måned.

Hashforbrug er belyst med to spørgsmål til eleverne i 9. klasse. Ét om de nogensinde har taget hash med svarkategorier rangerende fra '1-2 dage' til '30 dage eller mere', og ét om de har taget hash inden for de sidste 30 dage, med svarkategorier rangerende fra '1-2 dage' til 'Alle dage'. Svarkategorien 'Aldrig' er også mulig ved begge spørgsmål. Elever 'har prøvet at tage hash' eller 'taget hash inden for den sidste måned', hvis de har angivet andet end 'Aldrig'.

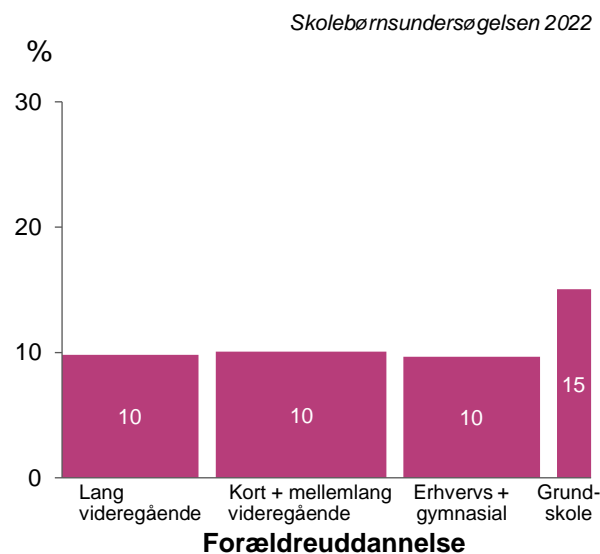
**Køn og klassetrin.** Figur 6.5.1 viser andelen af elever i 9. klasse, der angiver nogensinde at have taget hash. Her ses, at dette gælder cirka hver tiende pige og dreng i 9. klasse.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.5.2 viser andelen af elever i 9. klasse, som har prøvet hash. Der er procentvis flest, hvor højest fuldførte forældreuddannelse er grundskole (15 %). Der er dog ikke tale om statistisk signifikante forskelle.

**Figur 6.5.1** Andel, som har prøvet at tage hash, efter køn (%)

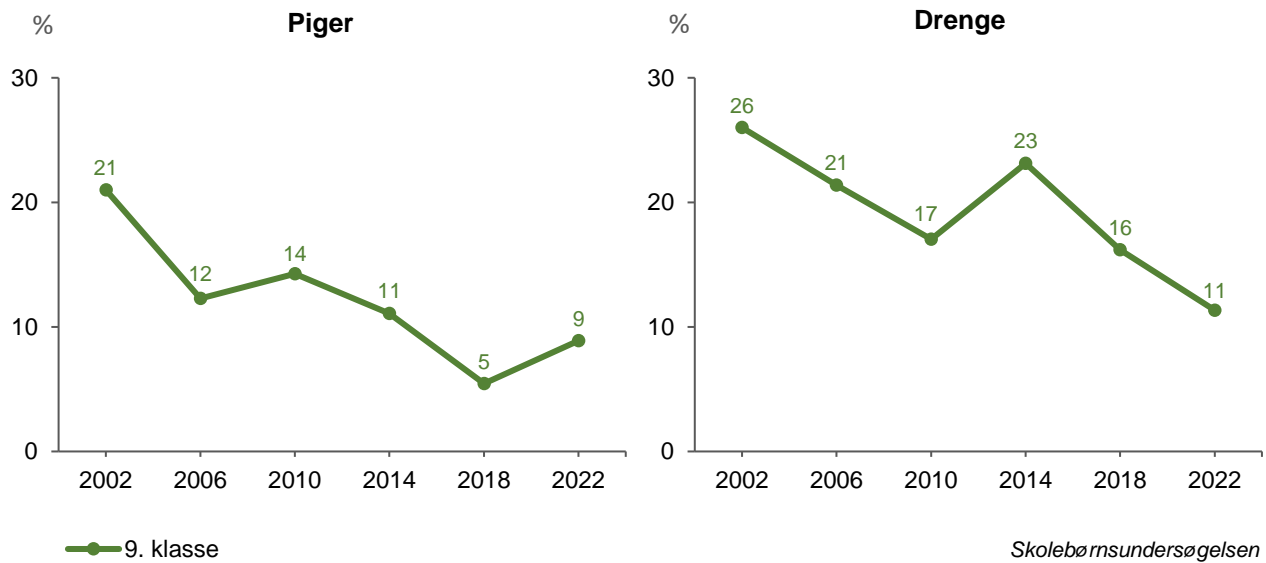


**Figur 6.5.2** Andel, som har prøvet at tage hash efter forældres uddannelse. 9. klasse (%)



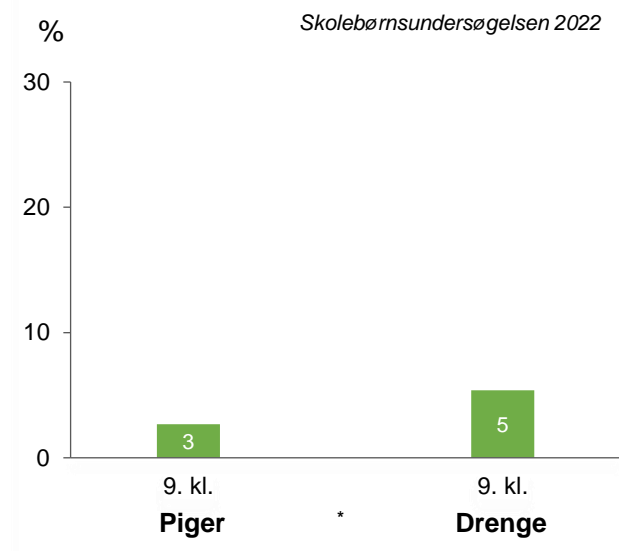
**Udvikling.** Siden 2001 er 9. classes elever blevet spurgt til deres erfaringer med hash, om end med en vis variation i spørgsmålsformuleringen. Figur 6.5.3 viser udviklingen i andelen, der har prøvet at tage hash. Her ses en klart nedadgående tendens for både drenge og piger gennem hele perioden, om end der for piger er sket en stigning siden 2018 og en lille stigning i 2014 og herefter et fald blandt drenge.

**Figur 6.5.3** Andel, som har prøvet at tage hash, 2002-2022 (%)



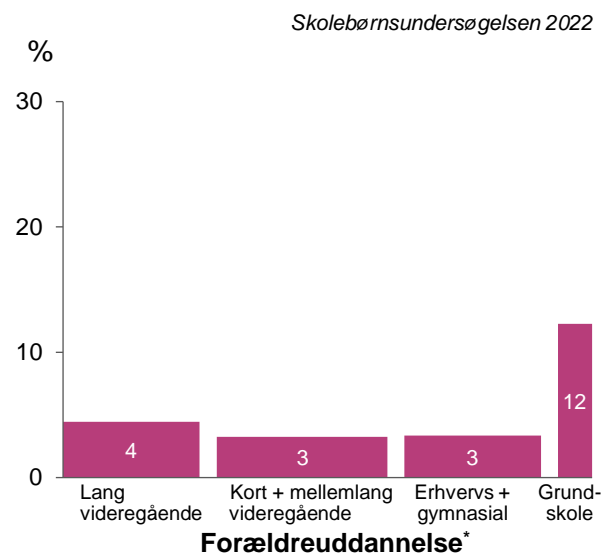
*Køn og klassetrin.* Figur 6.5.4 viser andelen af 9. klasses eleverne, som angiver at have taget hash inden for den sidste måned. Her ses en lidt lavere andel blandt piger end blandt drenge.

**Figur 6.5.4** Andel, som har taget hash inden for den sidste måned, efter køn (%)



*Forældreuddannelse.* Ifølge figur 6.5.6 er der en væsentligt større andel, som har taget hash inden for den sidste måned, blandt elever, hvor grundskole er forældrenes højst fuldførte uddannelse (12 %). Søjlebredden viser, at denne gruppe indeholder færrest elever. Andelen er nogenlunde ens mellem de andre uddannelsesgrupper (3-4 %).

**Figur 6.5.6** Andel, som har taget hash inden for den sidste måned efter forældres uddannelse. 9. klasse (%)



## 6.6 Seksualadfærd

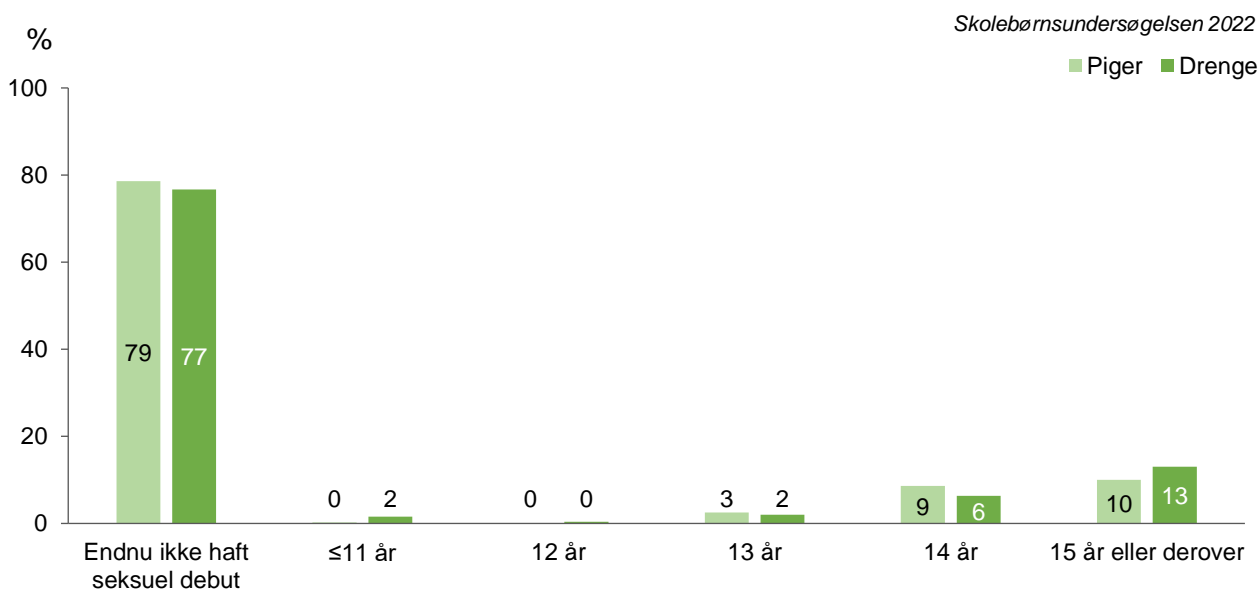
Seksuel udvikling udgør en naturlig del af den store personlige udvikling, som finder sted gennem teenageårene. I denne del af livet opstår tanker og følelser om seksualitet, og det er ligeledes ofte her, at den første seksuelle aktivitet sker. Lige som inden for andre områder af sundhedsadfærd er det relevant at studere unges håndtering af deres seksualadfærd, herunder seksuel debut, og brug af prævention (WHO 2016).

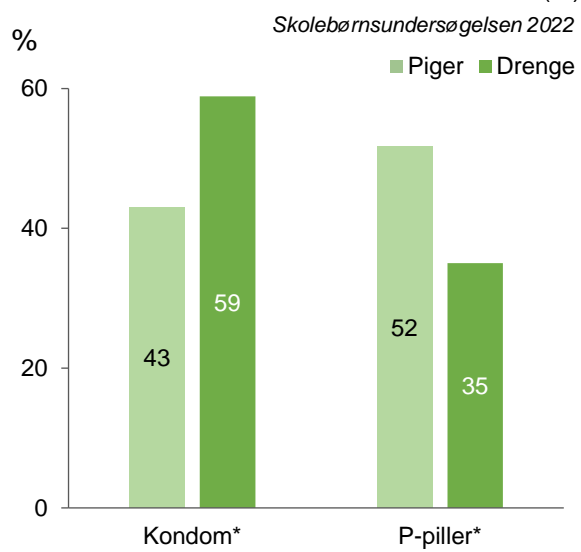
Tidlig seksuel debut betragtes i sundheds- og samfundsforskning ofte som en risikoadfærd, ikke blot for uønsket graviditet og seksuelt overførte sygdomme, men også som en risikofaktor for mistrivsel og usund levevis. I Skolebørnsundersøgelsen 2022 har eleverne i 9. klasse svaret på spørgsmål om, hvorvidt de nogensinde har haft samleje. De, som svarede ja, blev efterfølgende spurgt, hvor gamle de var, da de havde samleje første gang, og om de selv eller deres partner brugte henholdsvis kondom eller p-piller ved seneste samleje.

*Seksuel debut.* Der er 21 % af pigerne og 23 % af drengene, som svarer ja til spørgsmålet, om de har haft samleje. Figuren (6.6.1) viser, at 79 % af pigerne og 77 % af drengene endnu ikke har haft seksuel debut i 9. klasse. Meget få har haft seksuel debut før 14-årsalderen, og henholdsvis 9 % af pigerne og 6 % af drengene svarer 14 år og 10 % af pigerne og 13 % af drengene svarer 15 år eller derover.

*Prævention.* Figur 6.6.2 viser andelen, som har brugt prævention ved seneste samleje blandt dem, der har haft deres seksuelle debut. Blandt dem oplyser 43 % af pigerne og 59 % af drengene, at de brugte kondom ved seneste samleje. Denne forskel er statistisk signifikant. Der er 51 % af pigerne og 35 % af drengene, som oplyser, at de brugte p-piller ved seneste samleje, en forskel som er statistisk signifikant. Samlet set har næsten alle, som har haft seksuel debut, anvendt prævention ved seneste samleje.

**Figur 6.6.1** Alder for seksuel debut efter køn (rapporteret af elever i 9. klasse) (%)



**6.6.2** Anvendt præventionstype ved seneste samleje blandt seksuelt aktive elever i 9. klasse efter køn (%)

## 6.7 Lægemidler mod hovedpine

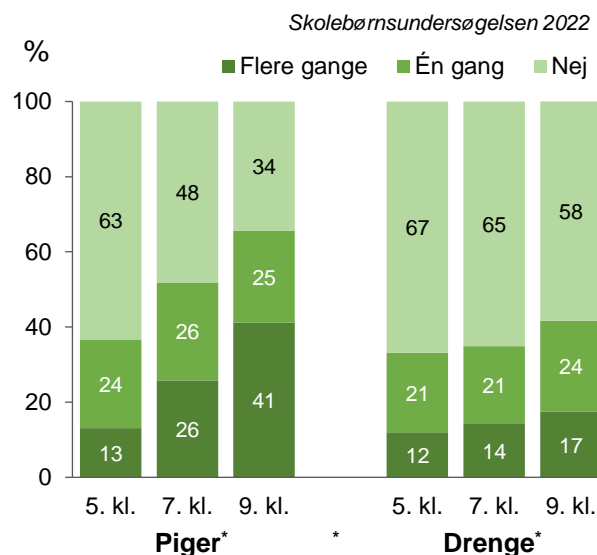
Brug af lægemidler mod hovedpine kan være en fornuftig reaktion, hvis man har hovedpine. Men blandt børn og unge bruges lægemidler mod hovedpine ofte af andre grunde, for eksempel alment ubehag, stress eller frygt for at få hovedpine. Et stort forbrug af lægemidler mod hovedpine er ofte tegn på en u hensigtsmæssig reaktion på belastning, og det øger paradoksalt nok risikoen for at udvikle såkaldt lægemiddel-overforbrugs-hovedpine (Shenaz et al. 2014). Børn og unges brug af lægemidler mod hovedpine har været markant stigende i de seneste årtier, langt mere end forekomsten af hovedpine.

Eleverne har besvaret spørgsmålet: 'Inden for den seneste måned: Har du taget piller eller medicin for hovedpine?' med tre svarmuligheder, 'Nej', 'Ja, én gang', og 'Ja, flere gange'. Bemærk, at vi ikke spørger om hvilke lægemidler. Afsnittet handler altså ikke så meget om lægemidler, men om brugen af dem.

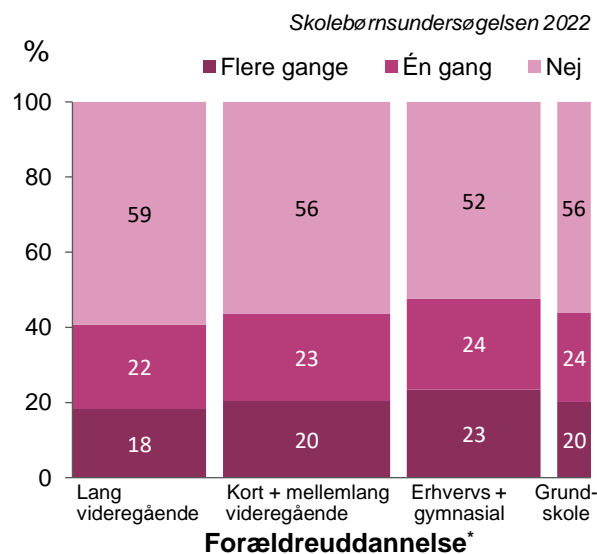
**Køn og klassetrin.** Figuren (6.7.1) viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klassetrin. Der er langt flere piger end drenge, som har brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned. Blandt pigerne i 5., 7. og 9. klasse har henholdsvis 37 %, 52 % og 66 % brugt lægemidler mod hovedpine den seneste måned. Blandt drengene er de tilsvarende tal 33 %, 35 % og 41 %. Forskellen mellem klassetrinene er statistisk signifikant for både piger og drenge.

**Forældreuddannelse.** Andelen, som har brugt lægemidler mod hovedpine, er højest (48 %) blandt elever, hvor en erhvervsfaglig, almen eller erhvervsgymnasial uddannelse er den højest fuldførte uddannelse blandt forældrene, og der er næsten ingen forskel på de øvrige uddannelsesgrupper. Søjlernes bredde viser antallet af elever i hver uddannelsesgruppe (figur 6.7.2).

**Figur 6.7.1** Procentvis fordeling af lægemiddelbrug mod hovedpine efter køn og klassetrin

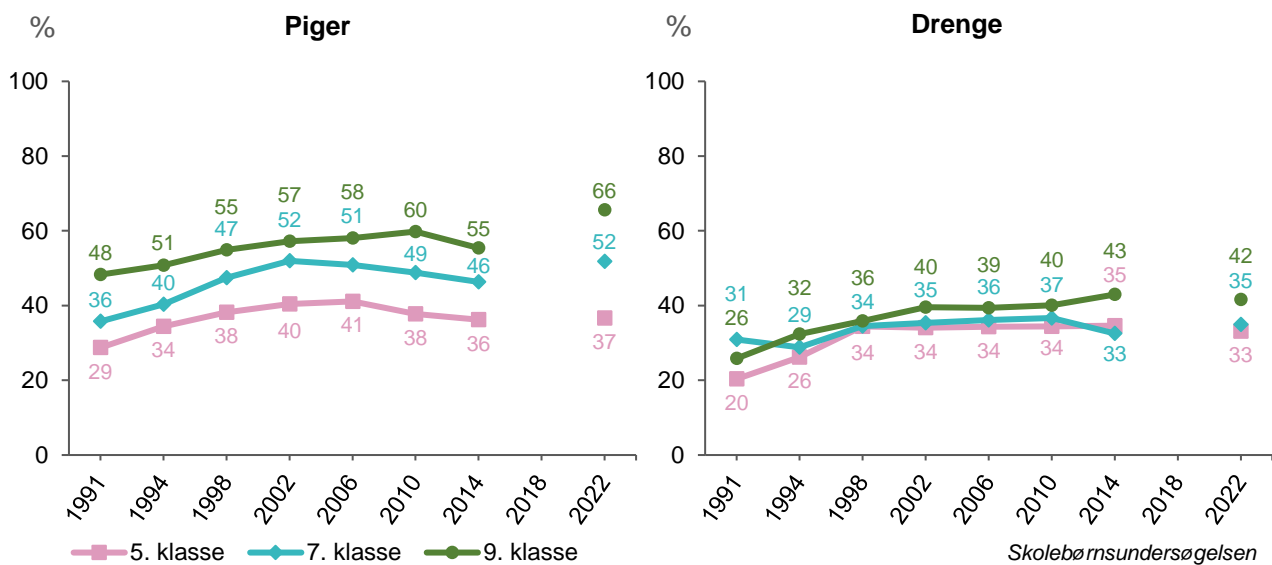


**Figur 6.7.2** Procentvis fordeling af lægemiddelbrug mod hovedpine efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Spørgsmålet har været en del af det internationale HBSC-spørgeskema fra 1988 til 2014. I den danske forskergruppe har vi valgt at tage det med igen i 2022, men der er ingen data fra undersøgelsen i 2018. Figuren (6.7.3) viser en stigende andel af piger, som har brugt lægemidler mod hovedpine mindst én gang i den seneste måned fra 1991 til 2002. Blandt piger i 5. klasse faldt tallet en smule indtil 2010, hvorefter det har ligget på et stabilt niveau. Blandt piger i 7. og 9. klasse ses en stagnering mellem 2002 og 2014, hvorefter det stiger igen indtil 2022. Blandt drengene ses en stigning fra 1991 til 2002, hvorefter der ikke har været nogen væsentlig ændring.

**Figur 6.7.3** Andel, som har brugt lægemidler mod hovedpine, 1991-2014, 2022 (%)



## 6.8 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er enhver bevægelse, som øger energiomsætningen. Det kan både være ustruktureret dagligdagsaktivitet såsom leg og aktiv transport og struktureret aktivitet såsom fodboldtræning.

De helbredsmæssige gevinster ved fysisk aktivitet er mange og veldokumenterede. Et fysisk aktivt liv har positiv indflydelse på hjerte-lungekredsløbet, muskelstyrken, balancen og på hormon- og immunsystemet. Ligeledes er der positive konsekvenser af fysisk aktivitet for læring og også for en række psykosociale faktorer, for eksempel generel trivsel. Blandt voksne ses en social gradient i fysisk aktivitet, hvor personer med en højere socioøkonomisk position dyrker mere fysisk aktivitet (Ahrensberg et al. 2023a). Denne sammenhæng er ligeledes fundet blandt børn og unge, om end mindre tydelig (Ahrensberg et al. 2023b).

I denne rapport præsenteres elevernes selvrapporterede fysiske aktivitetsniveau. Valideringsstudier har dokumenteret, at selvrapporterede data for fysisk aktivitet er behæftet med en betydelig grad af måleusikkerhed, og de præsenterede resultater for fysisk aktivitet i denne rapport bør derfor tolkes med forsigtighed (Toftager et al. 2023).

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

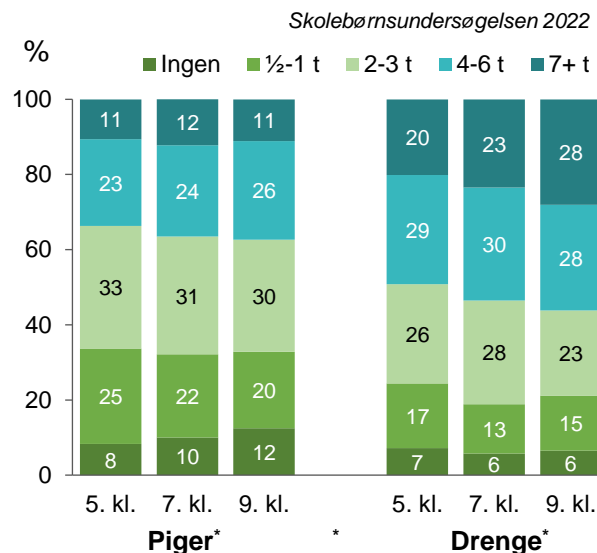
### Hård fysisk aktivitet i fritiden

For at belyse hvor meget tid eleverne bruger på fysisk aktivitet, blev de stillet spørgsmålet: 'Udenfor skoletid: Hvor mange timer om ugen plejer du at dyrke så meget sport eller motion, at du bliver forpustet eller sveder?'. Det har været muligt at svare inden for seks

kategorier: 'Ingen', 'Cirka en halv time om ugen', 'Cirka en time om ugen', 'Cirka 2-3 timer om ugen', 'Cirka 4-6 timer om ugen' eller 'Cirka 7 timer om ugen eller mere'.

*Køn og klassetrin.* I figur 6.8.1 ses det, at drenge overordnet set er mere fysisk aktive med hård intensitet end piger. Der er således markant flere drenge, der er fysisk aktive i 7 timer eller mere om ugen, ligesom en større andel af drenge end piger er aktive 4-6 timer om ugen. Omvendt ses det, at en større andel af piger svarer, at de slet ikke dyrker fysisk aktivitet af hård intensitet, eller at de højst gør det en time om ugen. Blandt drenge ses det, at andelen, der angiver at være fysisk aktive i 7 timer eller mere, stiger med stigende klassetrin, fra 20 % i 5. klasse til 28 % i 9. klasse. Blandt piger stiger andelen, der ingen hård fysisk aktivitet har i fritiden, fra 8 % til 12 % mellem 5. og 9. klasse.

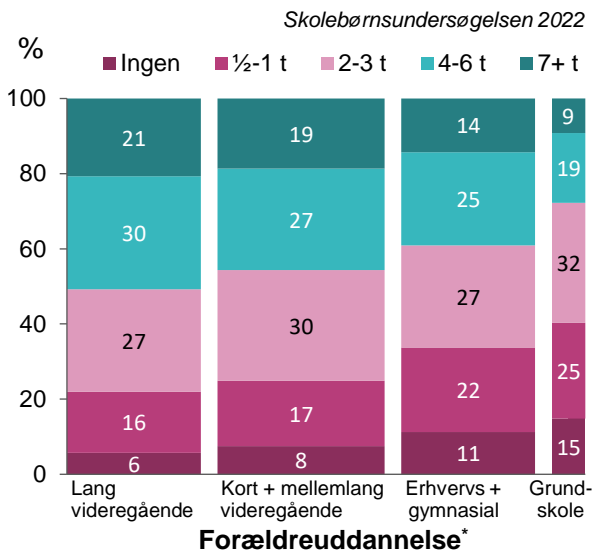
**Figur 6.8.1** Procentvis fordeling af antal timer med hård fysisk aktivitet om ugen efter køn og klassetrin



*Forældreuddannelse.* Figur 6.8.2 viser den procentvise fordeling af timer med fysisk aktivitet af hård intensitet om ugen grupperet efter forældrenes uddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver gruppe. Det ses, at andelen af elever med 7 eller flere timers fysisk aktivitet om ugen

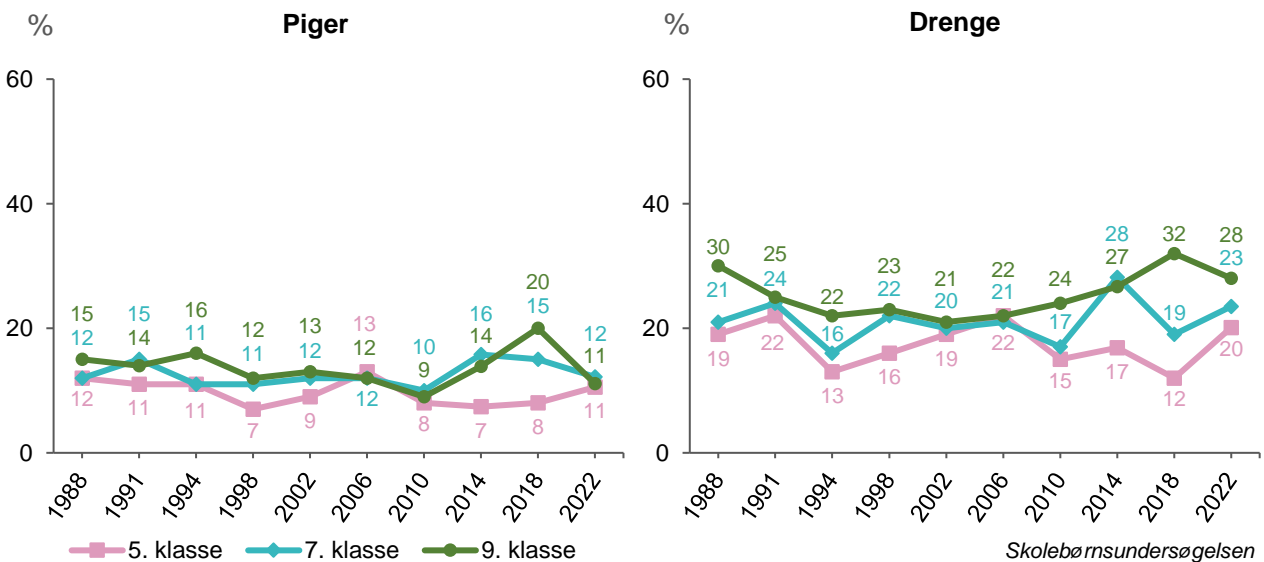
falder, jo kortere uddannelse forældrene har. Det samme ses i forhold til andelen med 4-6 timers fysisk aktivitet. Omvendt ses det, at andelen af elever med ½-1 times eller ingen fysisk aktivitet stiger, jo kortere forældrenes uddannelse er.

**Figur 6.8.2** Procentvis fordeling af antal timer med hård fysisk aktivitet om ugen efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Figur 6.8.3 viser udviklingen i andelen, der udfører hård fysisk aktivitet i fritiden i 7 timer eller mere om ugen. Over hele perioden fra 1988 til 2022 og på tværs af klasser gælder det for en større andel af drenge end piger. Derudover ses det blandt begge køn, at der samlet set er færrest elever i 5. klasse, som angiver et højt aktivitetsniveau. Blandt piger er andelen nogenlunde stabil i hele perioden på tværs af klassetrin, med undtagelse af en stigning i 7. og 9. klasse på henholdsvis 5 og 11 procentpoint mellem 2010 og 2018, som afløses af et fald ved seneste måling i 2022. Blandt drenge er der i 2022 omtrent en lige så stor andel med et højt fysisk aktivitetsniveau som i 1988. Fra midt 90'erne frem mod 2010 var der på alle klassetrin procentvis færre drenge med et højt fysisk aktivitetsniveau, derefter har andelen igen været opadgående.

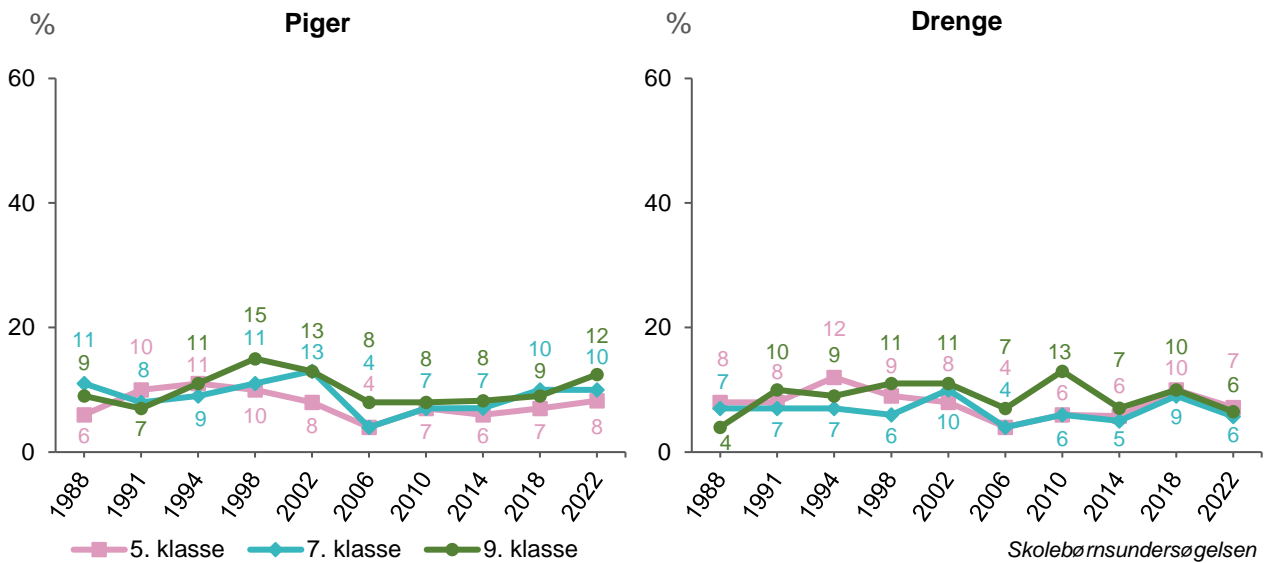
**6.8.3** Andel, som udfører hård fysisk aktivitet mindst 7 timer ugentligt i fritiden, 1988-2022 (%)



**Udvikling.** I figur 6.8.4 ses udviklingen i andelen, der har 0 timers hård fysisk aktivitet i fritiden om ugen, i perioden 1988 til 2022. Blandt begge køn ses kun mindre udsving i andelen i løbet af de seneste 30 år. Dog ses et forholdsvis udtalt fald på tværs af køn og klassetrin i 2006, hvorefter der sker en jævn

stigning i andelen blandt piger, mens der ses flere udsving blandt drenge. Sammenlignes drenge med piger i hele perioden, er andelen nogenlunde ens blandt elever i 5. klasse, hvorimod der i løbet af 90'erne er flere piger end drenge i 7. og 9. klasse, der ikke dyrker hård fysisk aktivitet.

**6.8.4** Andel, som udfører 0 timers hård fysisk aktivitet ugentligt i fritiden, 1988-2022 (%)

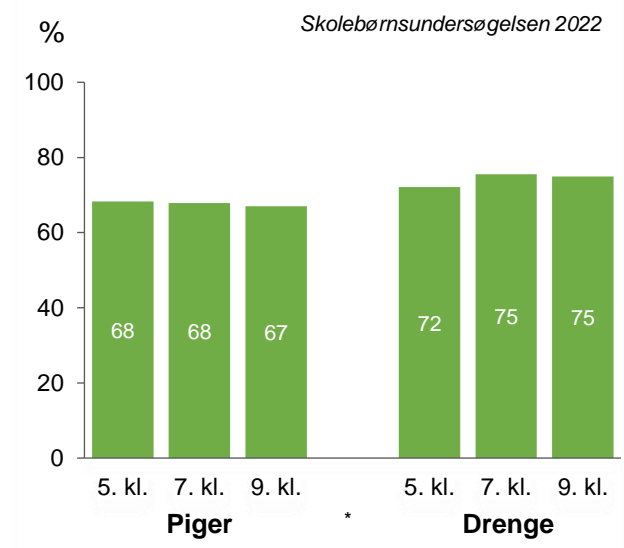


### Organiseret fysisk aktivitet i fritiden

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

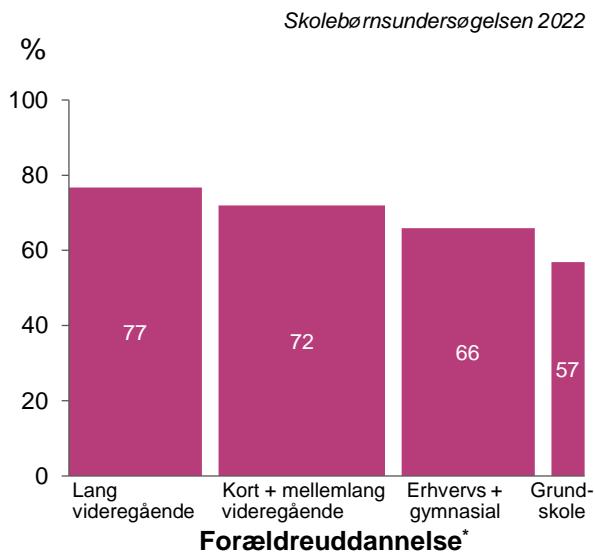
**Køn og klassetrin.** Figur 6.8.5 viser, at omkring tre ud af fire drenge går til organiseret idræt, mens det gælder lidt færre piger (ca. 68 %). Både blandt drenge og piger ses der ingen nævneværdige forskelle mellem klassetrin.

**Figur 6.8.5** Andel, som går til organiseret idræt, efter køn og klassetrin (%)



*Forældreuddannelse.* Figur 6.8.6 viser andelen, som går til organiseret idræt, efter forældreuddannelse, hvor søjlebredden afspejler andelen af elever i hver uddannelsesgruppe. Det fremgår, at andelen som går til organiseret idræt falder jævnt, jo kortere forældrenes uddannelse er. Der er statistisk signifikant forskel mellem grupperne.

**Figur 6.8.6** Andel, som går til organiseret idræt, efter forældres uddannelse (%)



## 6.9 Kostvaner

De officielle Kostråd i Danmark indbefatter, at man skal spise frugt og grøntsager hver dag, begrænse sit indtag af søde, salte og fede fødevarer såsom slik, chokolade og chips, og at børn og unge fra 10-årsalderen maksimalt drikker en halv liter søde drikke om ugen (Fødevarerstyrelsen 2021).

Gode kostvaner giver energi og forebygger overvægt (Tetens et al. 2018). Gode kostvaner fortsætter ofte fra barndommen til voksenliv og er i nogen grad et værn mod mangelsygdomme som følge af forkert ernæring, hjertekarsygdom og visse kræftformer (Tetens et al. 2018). Ofte ses betydelige sociale uligheder i kostvaner, og dette gælder også hos børn og unge (Groth et al. 2013, Holstein et al. 2020, Rasmussen et al. 2018). Det er vanskeligt at måle kostvaner. De mest valide målinger opnås, når man analyserer en nøjagtig kopi af det, deltagerne spiser. Det giver mulighed for både at måle kostens ernæringsværdi, for eksempel indhold af mikronæringsstoffer, og kostens sammensætning af madvarer. Men denne metode er vanskelig og kostbar at gennemføre i store befolkningsundersøgelser som for eksempel Skolebørnsundersøgelsen. I sådanne undersøgelser benytter man ofte selvrapportering af, hvor meget og hvor tit deltagerne spiser bestemte madvarer. I Skolebørnsundersøgelsen beder vi for eksempel eleverne fortælle, hvor tit de spiser frugt, grøntsager, slik og og/eller chokolade og drikker sukkerholdig sodavand, en målemetode som har været anvendt uden ændringer i undersøgelserne fra 2002 til 2022. Elevernes selvrapportering af kostvaner giver ikke et komplet billede af deres kostvaner, men er tilstrækkeligt til at adskille elever med sunde og usunde kostvaner.

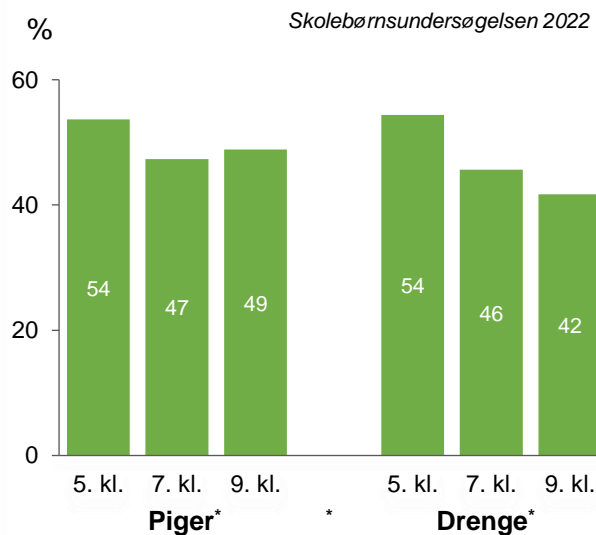
Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de drikker/spiser disse udvalgte fødevarer: frugt, grøntsager, slik/chokolade og sodavand med

sukker. Dagligt indtag af henholdsvis frugt og grønt, slik og chokolade samt sodavand dækker over elever, som har rapporteret, at de spiser disse kostemner 'Hver dag, én gang om dagen' eller 'Hver dag, flere gange dagligt'.

### Frugt og grøntsager

*Køn og klassetrin.* Figur 6.9.1 viser andelen af eleverne, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt. Omkring halvdelen af alle piger spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, men andelen er højest blandt pigerne i 5. klasse (54 %). Blandt drengene falder andelen, der spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, med stigende klassetrin fra 54 % i 5. klasse til 42 % i 9. klasse. Kønsforskellene er gældende i 9. klasse, hvor det er 49 % af pigerne, der spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, mens det kun er 42 % blandt drengene i 9. klasse.

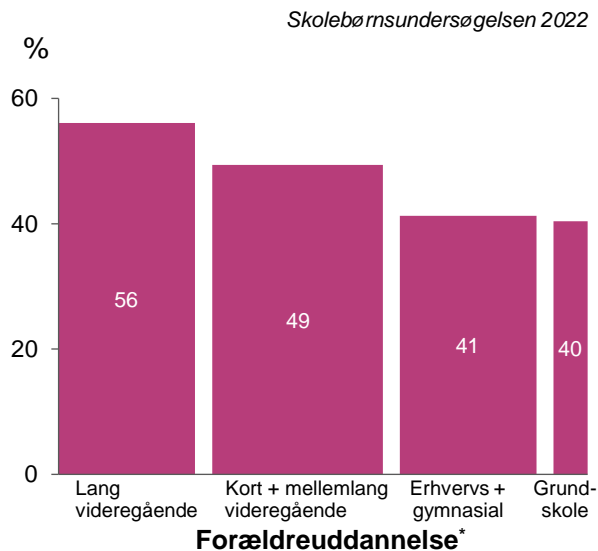
**Figur 6.9.1** Andel, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, efter køn og klassetrin (%)



*Forældreuddannelse.* Figuren 6.9.2 viser andelen, der spiser frugt og grønt dagligt, efter forældreuddannelse, og søjlebredden afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Det fremgår, at andelen er lavere, jo kortere forældrenes uddannelse er. Andelen er således højest (56 %) blandt elever, hvor

mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, og lavest blandt elever, hvor den højest fuldførte forældreuddannelse er en erhvervs- eller gymnasial uddannelse eller grundskole (ca. 40 %). Der er tale om statistisk signifikante forskelle.

**Figur 6.9.2** Andel, som spiser frugt og/eller grøntsager dagligt, efter forældres uddannelse (%)

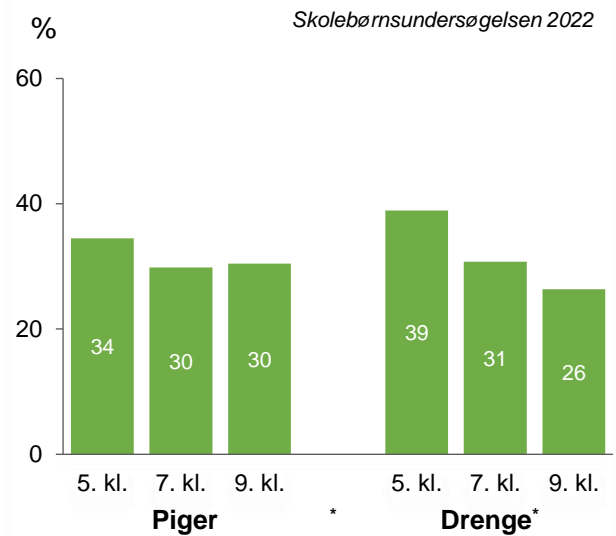


### Frugt

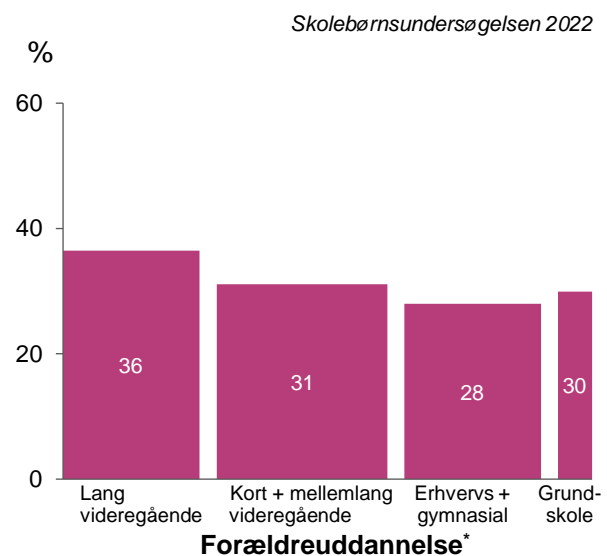
**Køn og klassetrin.** Figur 6.9.3 viser andelen af eleverne, som spiser frugt dagligt. Blandt pigerne er der ikke forskel mellem klassetrin, men blandt drengene er der en faldende andel, der spiser frugt dagligt med stigende alder fra 39 % blandt drengene i 5. klasse til 26 % blandt drengene i 9. klasse. Der er kønsforskelle blandt 5. og 9. classes elever, hvor andelen af drenge, der spiser frugt dagligt, i 5. klasse er højere end blandt pigerne og omvendt for 9. klasse, hvor andelen af piger, der spiser frugt dagligt, er højere end blandt drengene.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.9.4 viser andelen af elever, der spiser frugt dagligt efter forældreuddannelse. Blandt elever, hvis forældre har en lang videregående uddannelse spiser 36 % dagligt frugt, hvilket er lidt højere end i de resterende uddannelsesgrupper.

**Figur 6.9.3** Andel, som spiser frugt dagligt, efter køn og klassetrin (%)

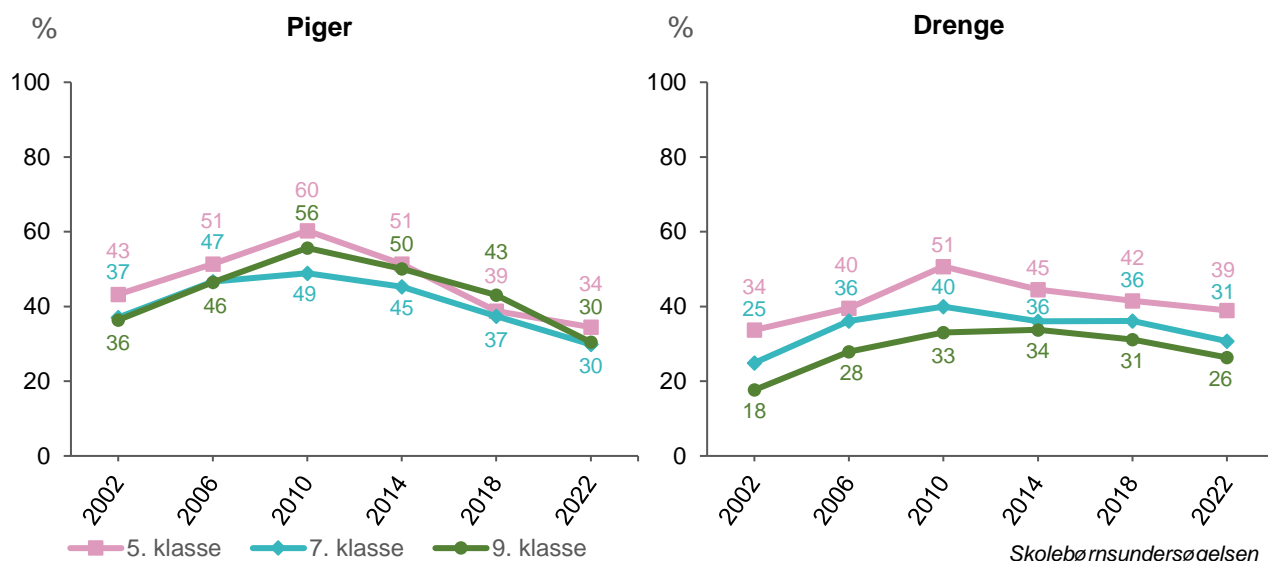


**Figur 6.9.4** Andel, som spiser frugt dagligt, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Figur 6.9.5 viser andelen af elever, som spiser frugt dagligt, fra 2002 til 2022. Fra 2002 til 2010 ses i begge køn samt alle klassetrin en tydelig stigning i andelen, som spiser frugt dagligt. Siden 2010 er der sket et fald i det daglige indtag af frugt for alle køns- og aldersgrupper, men det er særligt tydeligt blandt pigerne.

**Figur 6.9.5** Andel, som spiser frugt dagligt, 2002-2022 (%)

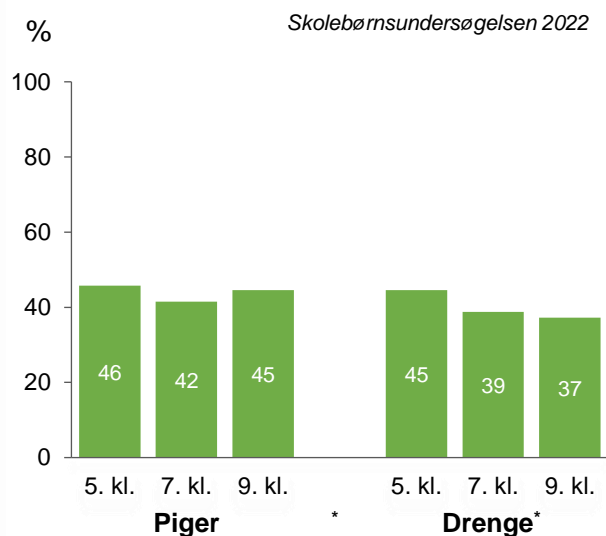


### Grøntsager

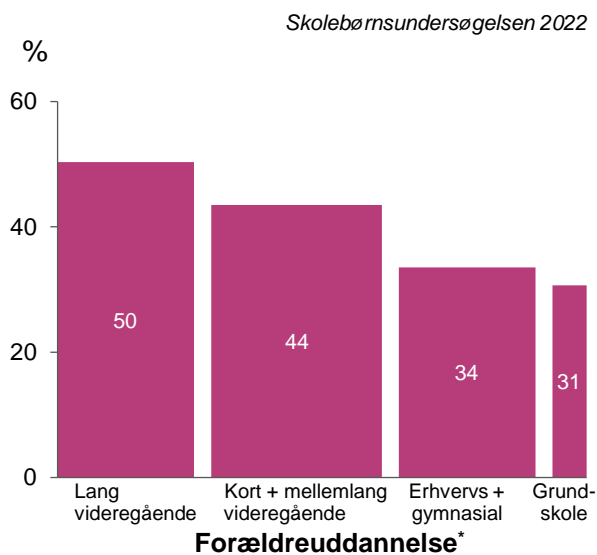
**Køn og klassetrin.** Figur 6.9.6 viser andelen af elever, som spiser grøntsager dagligt. Blandt pigerne er der ikke forskel mellem klassetrin, men blandt drengene er der en faldende andel, der spiser grøntsager dagligt, med stigende alder fra 45 % blandt drengene i 5. klasse til 37 % blandt drengene i 9. klasse. Der er særligt kønsforskelle blandt 9. classes elever, hvor pigerne i højere grad end drengene spiser grøntsager dagligt.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.9.7 viser, at andelen af elever, der spiser grøntsager dagligt, falder jævnt jo kortere uddannelse forældrene har. Søjlernes bredde indikerer antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Blandt elever hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse er andelen 50 %, mens den er 31 % blandt elever, hvor forældrenes højst fuldførte uddannelse er grundskolen. Der er tale om statistisk signifikante forskelle.

**Figur 6.9.6** Andel, som spiser grøntsager dagligt, efter køn og klassetrin (%)

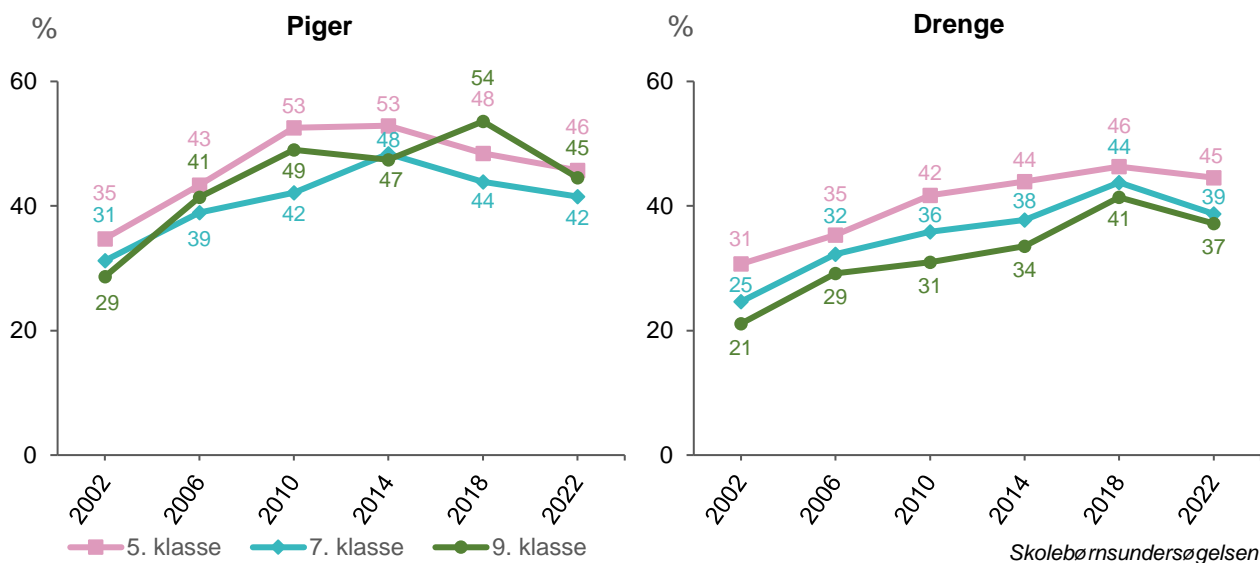


**Figur 6.9.7** Andel, som spiser grøntsager dagligt, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 6.9.8 viser andelen af elever, som spiser grøntsager dagligt, fra 2002 til 2022. For pigerne er der sket en stigning fra 2002 til 2010, hvorefter der er sket en stagnering med et svagt fald blandt piger fra 5. og 7. klasse. Fra 2002 til 2018 er andelen af drenge, som dagligt spiser grøntsager, steget over hele perioden, og dette er tilfældet på alle tre klassetrin, men herefter ses en stagnering frem til 2022.

**Figur 6.9.8** Andel, som spiser grøntsager dagligt, 2002-2022 (%)



### Slik og chokolade

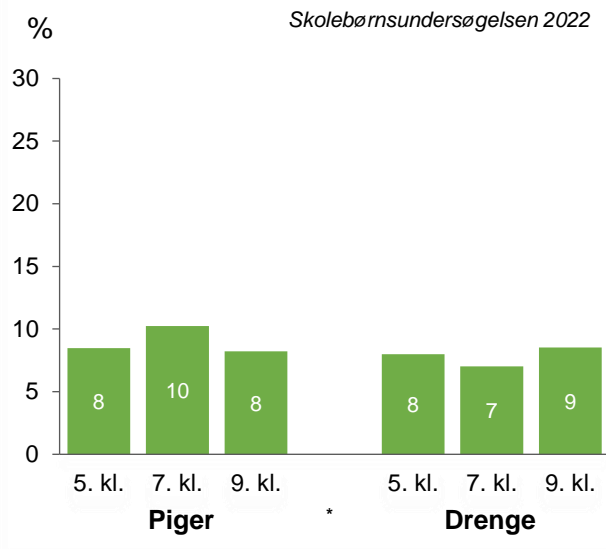
*Køn og klassetrin.* Figur 6.9.9 viser andelen af elever, som spiser slik og/eller chokolade dagligt. Der er en mindre kønsforskel blandt 7. klasses elever, hvor en større andel piger end drenge spiser slik og/eller chokolade dagligt.

*Forældreuddannelse.* Figur 6.9.10 viser andelen, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, efter forældrenes uddannelse. Andelen er højest, hvor højest fuldførte

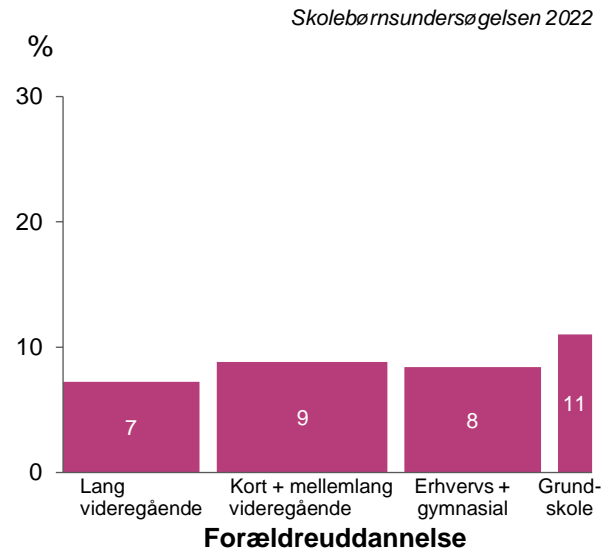
uddannelse blandt forældrene er grundskolen (11 %). Søjlebredden indikerer at dette er gruppen med færrest elever. Der er ikke tale om en statistisk signifikant forskel.

*Udvikling.* Figur 6.9.11 viser andelen af elever, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, fra 2002 til 2022. Siden 2006 og frem til 2014 ses et fald for både piger og drenge på alle tre klassetrin, men fra 2018 ses der en stagnering for drengene og for pigerne en svag stigning.

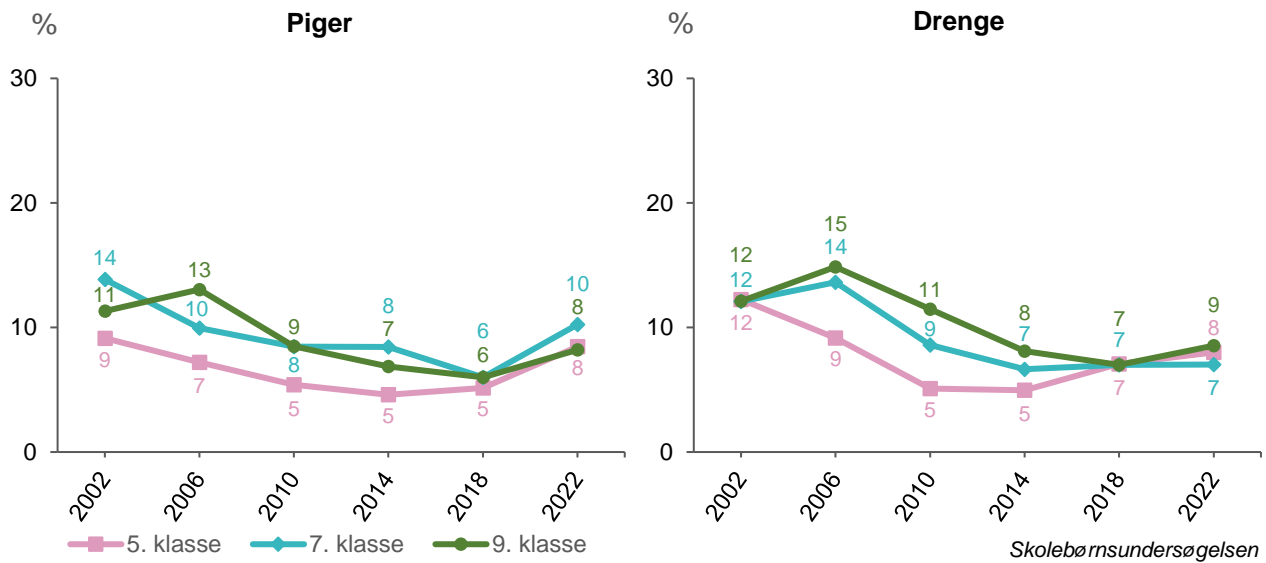
**Figur 6.9.9** Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, efter køn og klassetrin (%)



**Figur 6.9.10** Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 6.9.11** Andel, som spiser slik og/eller chokolade dagligt, 2002-2022 (%)

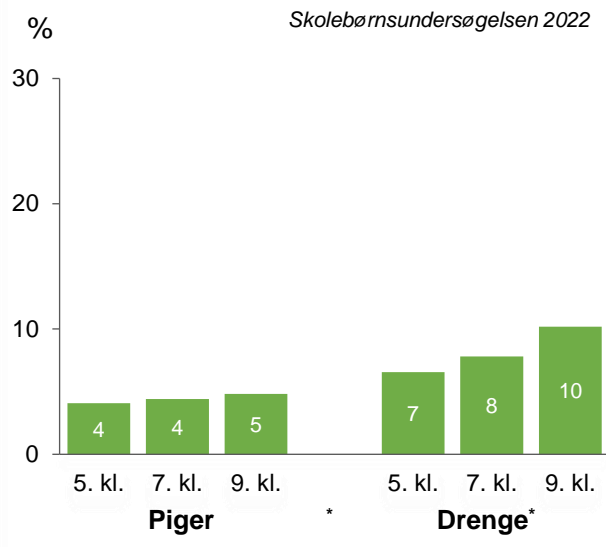


### Sodavand med sukker

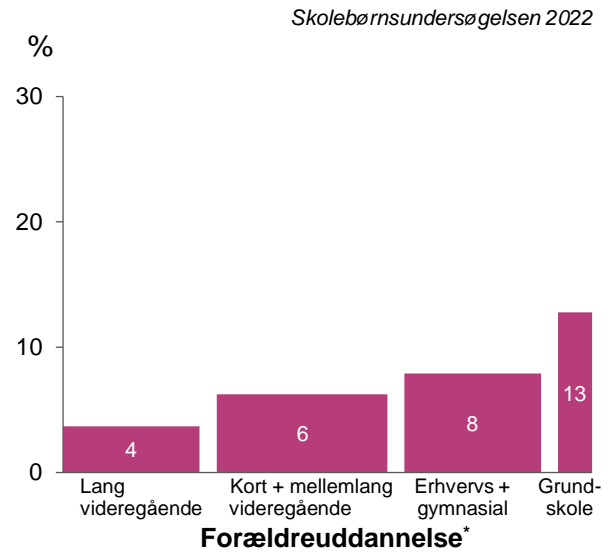
**Køn og klassetrin.** Figur 6.9.12 viser andelen af eleverne, som drikker sodavand med sukker dagligt. Det er særligt drenge, der drikker sodavand dagligt. Blandt drengene stiger andelen, der hver dag drikker sodavand med sukker, med alderen.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.9.13 viser, at jo kortere uddannelse forældrene har, jo højere er andelen af elever, som drikker sodavand dagligt. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. I tilfælde, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, er andelen 4 %, mens den er 13 % for elever af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse.

**Figur 6.9.12** Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, efter køn og klasstrin (%)

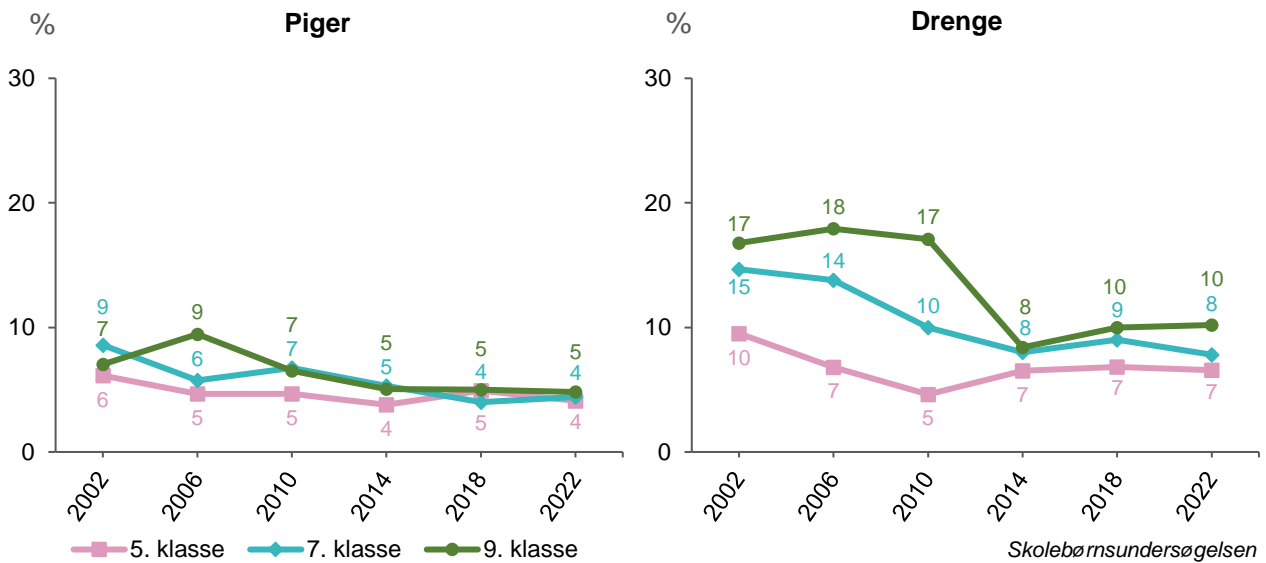


**Figur 6.9.13** Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 6.9.14 viser andelen af elever, som drikker sodavand med sukker dagligt, fra 2002 til 2022. Der har været lidt forskellige udviklinger i køn og klasstrin, men overordnet set er udviklingerne i de fleste grupper kendetegnet ved et fald. Et særligt stort fald ses blandt 7. og 9. klasses drenge fra 2002 til 2014. Over den seneste periode fra 2014 til 2022 er udviklingen stagneret.

**Figur 6.9.14** Andel, som drikker sodavand med sukker dagligt, 2002-2022 (%)



## 6.10 Måltidsvaner

Ikke kun kostens indhold af næringsstoffer og madvarer har en betydning for sundheden. Også måltidsvanerne har en betydning. Børn og unge med regelmæssige morgenmads- og familiemåltidsvaner spiser som hovedregel en sundere kost (Rampersaud et al. 2005, Fulkerson et al. 2014). Desuden er der fundet sammenhænge mellem overvægt og uregelmæssige morgenmads- og familiemåltidsvaner (Timlin et al. 2008, Berge et al. 2015). Nogle undersøgelser peger også på en sammenhæng mellem uregelmæssige familiemåltider og børn og unges mistrivsel (Harrison et al. 2015). Flere undersøgelser har vist social ulighed i måltidsvaner, for eksempel at børn fra højere socioøkonomisk position har mere regelmæssigt indtag af morgenmad og oftere spiser måltider sammen med deres familie (Lazzeri et al. 2016, Neumark-Sztainer et al. 2003).

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

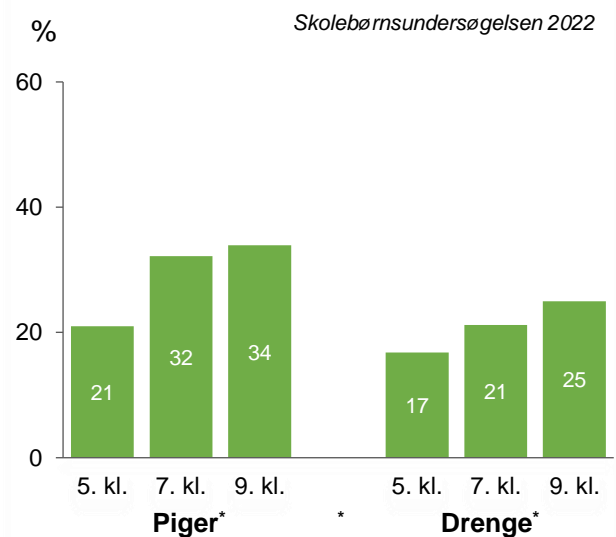
### Morgenmad hverdage

*Køn og klasstrin.* Figur 6.10.1 viser andelen af eleverne, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen. På tværs af klasstrin er der en højere andel af piger end drenge, der springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen. Men for både piger og drenge stiger andelen, der springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, med alderen. Blandt pigerne er det i 5. klasse 21 % og i 9. klasse 34 %. Blandt drengene er det i 5. klasse 17 % og i 9. klasse 25 %.

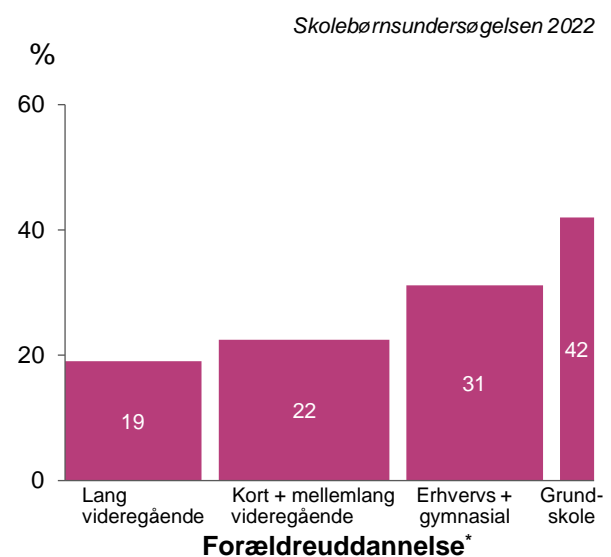
*Forældreuddannelse.* Figuren 6.10.2 viser andelen, der springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, efter

forældrenes uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Andelen er lavest blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse (19 %), og stiger, jo kortere forældrenes uddannelse er, til 42 % blandt elever, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er grundskolen. Der er tale om statistisk signifikante forskelle.

**Figur 6.10.1** Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, efter køn og klasstrin (%)



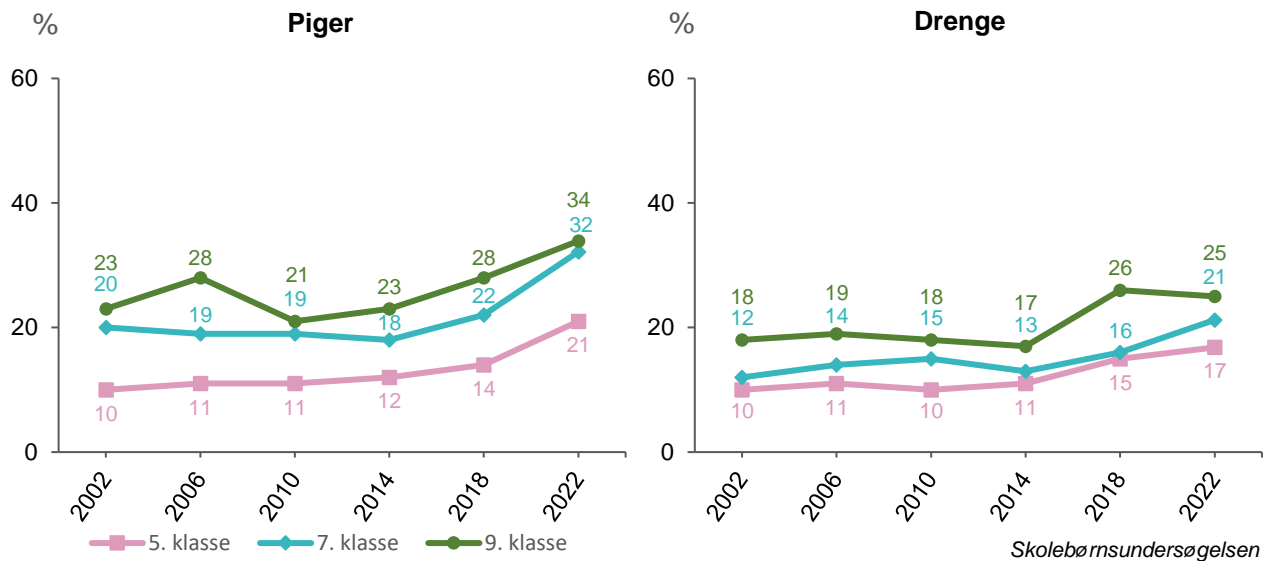
**Figur 6.10.2** Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Spørgsmålet om, hvor ofte eleverne spiser morgenmad på hverdage, har været identisk siden 2002. Figur 6.10.3 viser udviklingen fra 2002 til 2022 i andelen, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen. Blandt elever i 5. og 7. klasse har andelen været ret stabil fra 2002 til

2014. Dette gælder også for drenge i 9. klasse, mens der ses et mere usystematisk mønster blandt piger i 9. klasse. Fra 2014 og frem har der været en stigning for alle klassetrin uanset køn, men stigningen har været mest markant blandt pigerne.

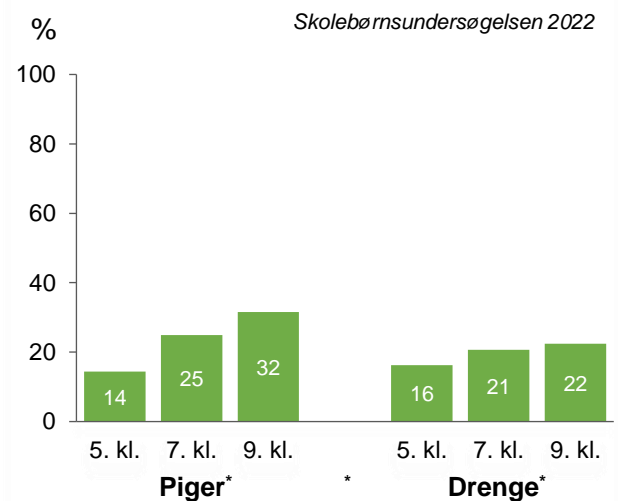
**Figur 6.10.3** Andel, som springer morgenmaden over mindst tre hverdage om ugen, 2002-2022 (%)



### Morgenmad weekend

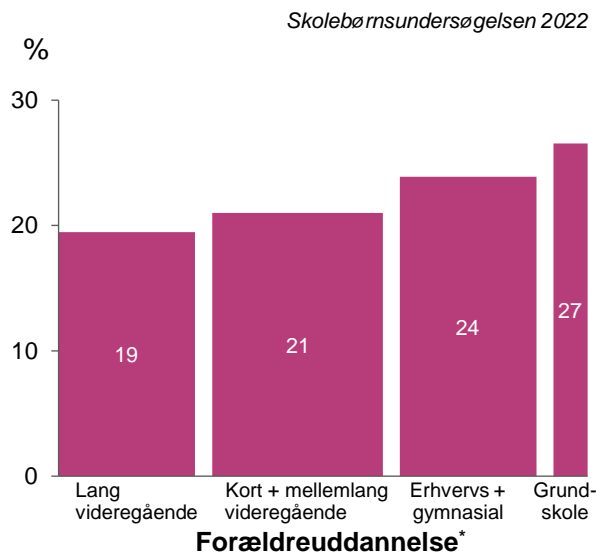
*Køn og klassetrin.* Figur 6.10.4 viser andelen af eleverne, som springer ét eller begge morgenmåltider over i weekenden. På tværs af klassetrin er der en større andel af piger end drenge, der springer morgenmaden over i weekenden. Særligt blandt pigerne stiger andelen, der springer morgenmaden over i weekenden, med alderen. Blandt pigerne er det i 5. klasse 14 % og i 9. klasse 32 %. Blandt drengene er det i 5. klasse 16 % og i 9. klasse 22 %.

**Figur 6.10.4** Andel, som springer ét eller begge morgenmåltider over i weekenden, efter køn og klassetrin (%)



**Forældreuddannelse.** Figuren (6.10.5) viser andelen af elever, der springer ét eller flere morgenmåltider over i weekenden, efter forældreuddannelse. Bredden på søjlerne afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Det fremgår, at andelen er højere, jo kortere forældrenes uddannelse er. Blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, er andelen 19 %, mens andelen er 27 % hvor højest fuldførte uddannelse blandt forældrene er grundskole. Forskellene mellem uddannelsesgrupperne er statistisk signifikante.

**Figur 6.10.5** Andel, som springer ét eller begge morgenmåltider over i weekenden, efter forældres uddannelse (%)



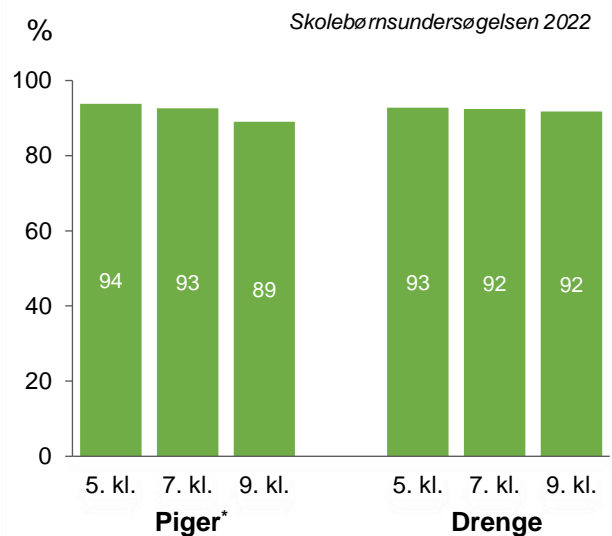
### Måltider med familien

**Køn og klassetrin.** Figur 6.10.6 viser andelen af eleverne, som spiser et måltid sammen med familien hver dag eller de fleste dage. På tværs af klassetrin er det størstedelen af eleverne, der næsten dagligt eller de fleste dage spiser et måltid med deres familie, men blandt pigerne falder andelen fra 94 % i 5. klasse til 89 % i 9. klasse.

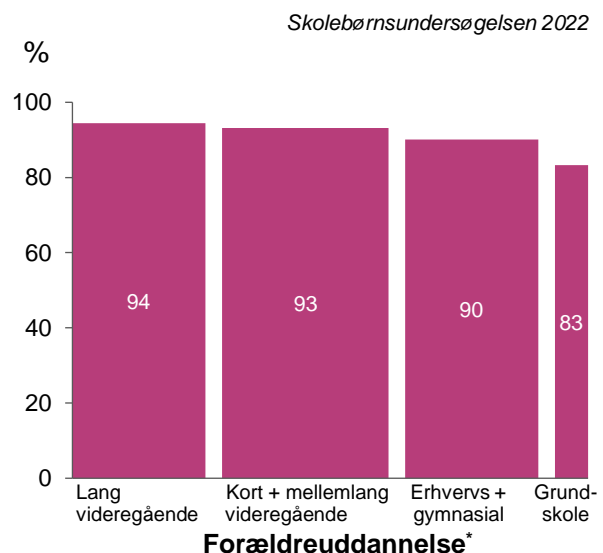
**Forældreuddannelse.** Figur 6.10.7 viser, at andelen af elever, der spiser måltider sammen med familien hver dag eller de fleste dage, opdelt efter forældrenes uddannelse. Bredden

på søjlerne afspejler antallet af elever i hver gruppe af forældreuddannelse. Den laveste andel ses blandt elever af forældre med grundskole som højest fuldførte uddannelse (83 %). Der er mindre forskelle mellem de resterende uddannelsesgrupper.

**Figur 6.10.6** Andel, som spiser måltider sammen med familien hver dag eller de fleste dage, efter køn og klassetrin (%)



**Figur 6.10.7** Andel, som spiser måltider sammen med familien hver dag eller de fleste dage, efter forældres uddannelse (%)



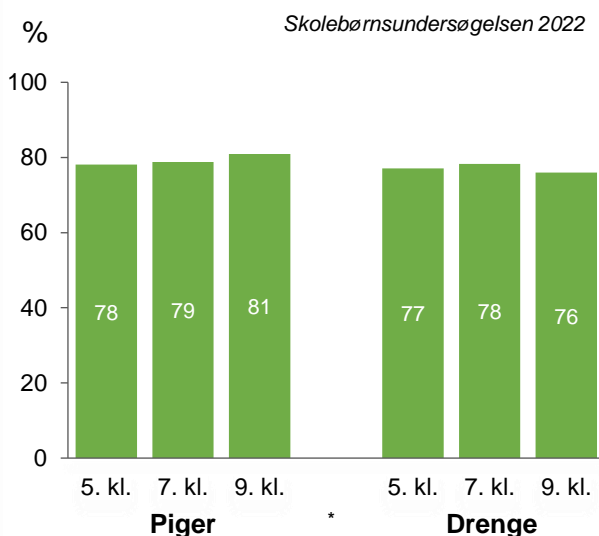
## 6.11 Tandbørstning

En god mundhygiejne er vigtig for at undgå sygdomme i tænder og støttevæv, og tandsundhed afspejler børns generelle helbred (Drummond et al. 2017). Regelmæssig tandbørstning er en forudsætning for god mundhygiejne, og den generelle anbefaling er tandbørstning to gange dagligt. Gode vaner for tandbørstning grundlægges i børne- og ungdomsårene, hvorfor det er vigtigt at monitorere. Der ses en social ulighed i tandbørstningsvaner blandt børn og unge, idet der er stigende hyppighed af tandbørstning med stigende socioøkonomisk position.

I Skolebørnsundersøgelsen spørges eleverne, hvor ofte de børster tænder, med svarkategorierne 'Flere gange om dagen', 'Én gang om dagen', 'Hver uge, men ikke hver dag', 'Mindre end én gang om ugen' og 'Aldrig'.

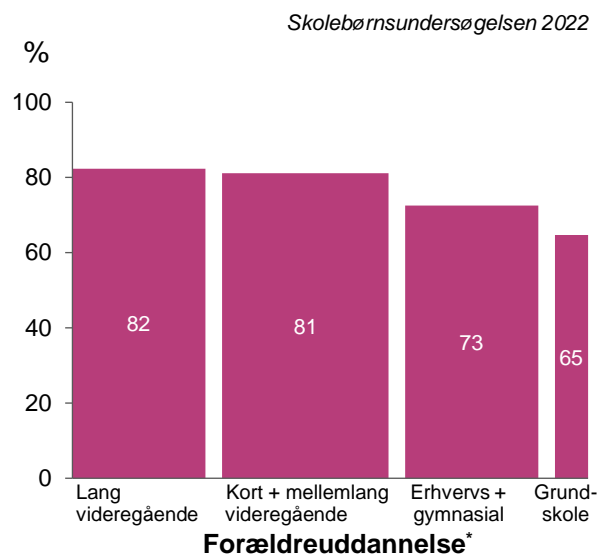
**Køn og klassetrin.** Figur 6.11.1. viser andelen af eleverne, som børster tænder flere gange dagligt. Lidt færre drenge end piger børster tænder flere gange dagligt i 9. klasse. Hverken for piger eller drenge ses forskelle efter klassetrin.

**Figur 6.11.1** Andel, som børster tænder flere gange dagligt, efter køn og klassetrin (%)



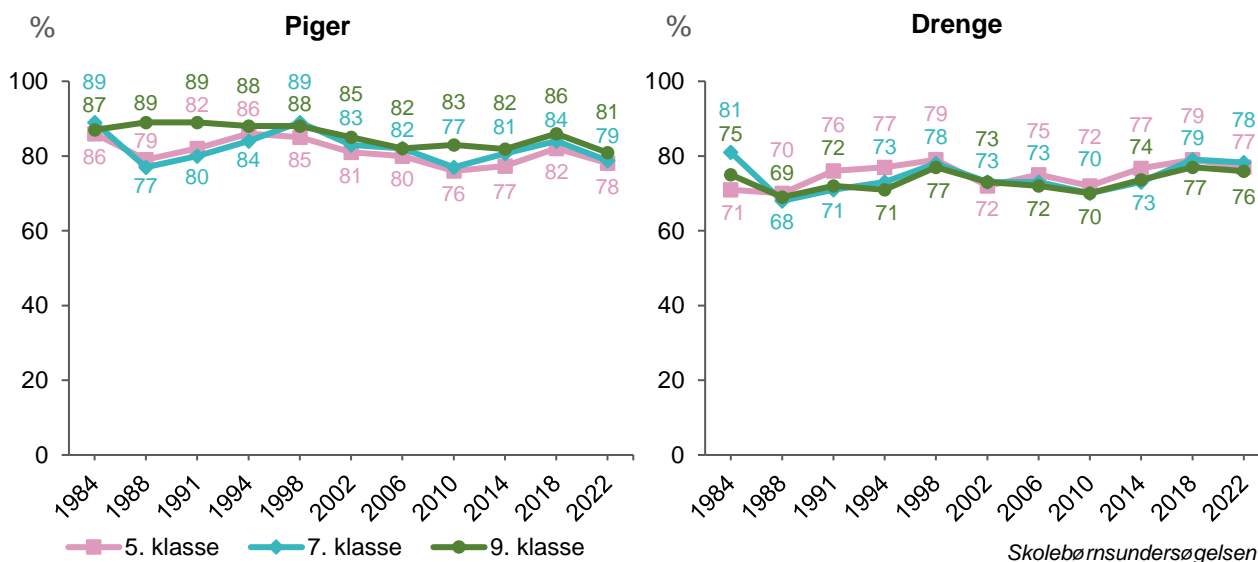
**Forældreuddannelse.** Figur 6.11.2 viser andelen, som børster tænder flere gange dagligt. Bredden på søjlerne svarer til antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Andelen er højest (82 %) blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse, og den bliver mindre, jo kortere forældreuddannelsen er. Blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er det 65 %, som børster tænder flere gange om dagen.

**Figur 6.11.2** Andel, som børster tænder flere gange dagligt, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 6.11.3 viser udviklingen i andelen af eleverne, der børster tænder flere gange om dagen, siden 1984. For både drenge og piger ses et nogenlunde stabilt niveau over hele perioden for alle tre klassetrin.

**Figur 6.11.3** Andel, som børster tænder flere gange dagligt, 1984-2022 (%)



## 6.12 Onlineliv og skærmbrug

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

Afsnittet her beskriver børnenes onlineliv og skærmbrug uden for skoletiden, herunder tid brugt på forskellige skærmaktiviteter, regler for skærmbrug i hjemmet samt problematisk brug af sociale medier. Der vises ikke udviklingsfigurer, da der er tale om nye spørgsmål, som er med for første eller anden gang i Skolebørnsundersøgelsen 2022.

### Skærmtid og -aktiviteter

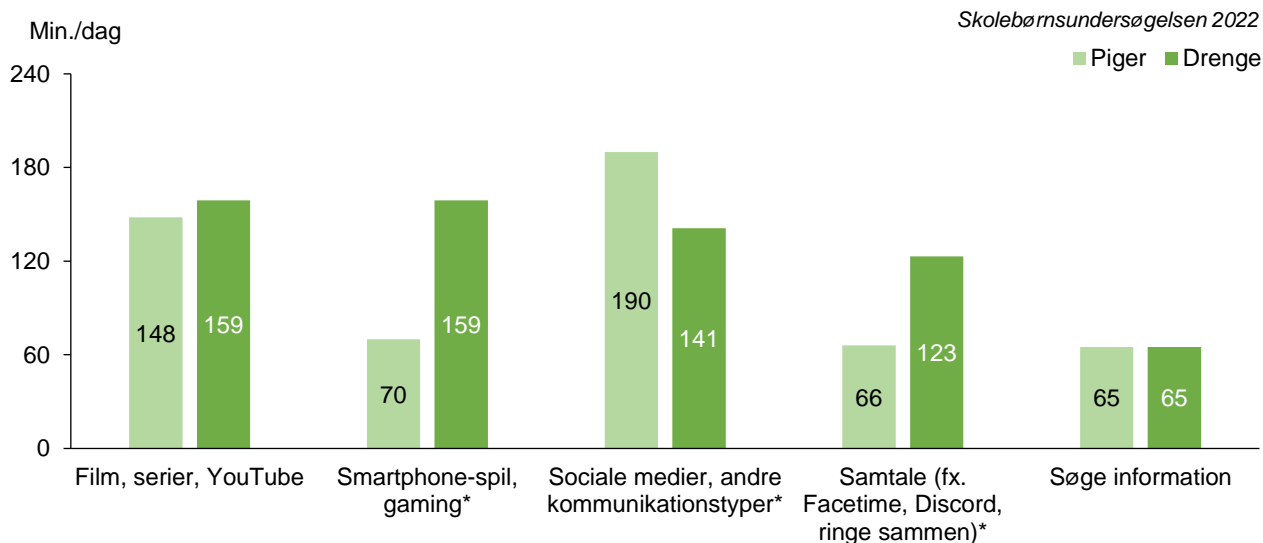
I Skolebørnsundersøgelsen 2022 svarer elever i 9. klasse på, hvor meget tid inden for den seneste måned de i fritiden typisk har brugt dagligt på forskellige skærmaktiviteter opdelt på hverdage samt weekend. Skærmaktivitet er grupperet i fem overordnede

kategorier: 1) film, serier, YouTube, underholdningsprogrammer, andet fjernsyn; 2) spil og gaming; 3) sociale medier; 4) samtale; og 5) informationssøgning. For hver af de fem kategorier er der 10 svarkategorier med et tidsinterval fra 0 minutter til +7 timer. Resultaterne præsenteres opdelt på de enkelte skærmaktiviteter og er ikke lagt sammen til en total skærmtid, da flere skærmaktiviteter i princippet kan foregå samtidigt (fx gaming og samtale via Discord). Således kan figurerne ikke sige noget om børns samlede skærmtid i løbet af dagen. Desuden ønsker vi at belyse kønsforskelle inden for de forskellige skærmaktiviteter.

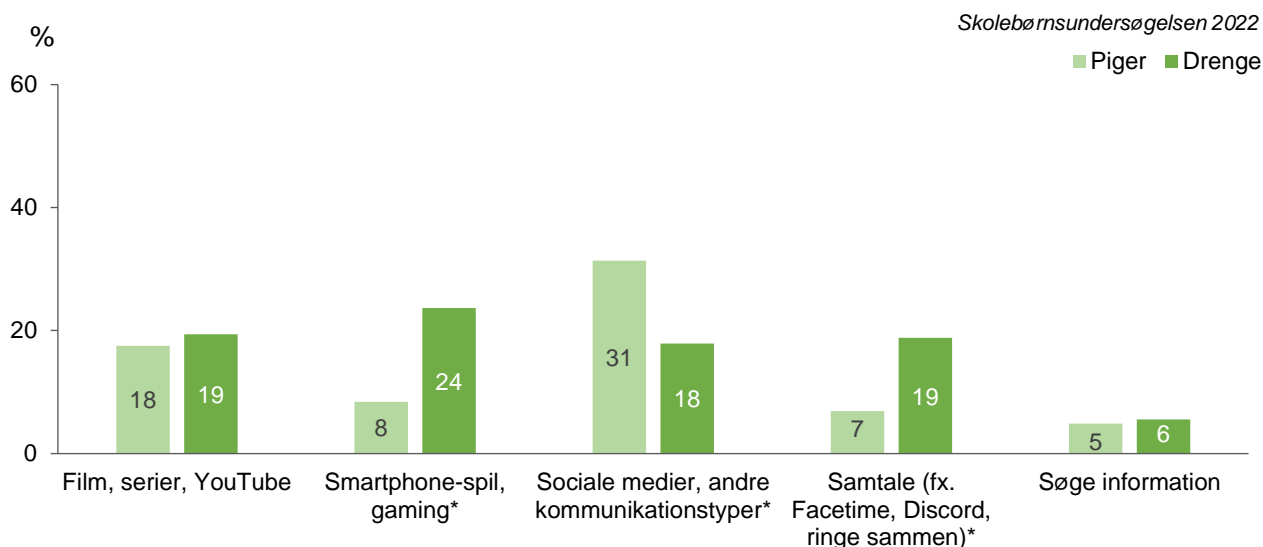
*Hverdag.* Figur 6.12.1 viser tid (minutter) brugt i fritiden på hverdage på forskellige skærmaktiviteter. Sociale medier er den skærmaktivitet, der samlet set bruges mest tid på. Det gælder særligt for pigerne, som har et dagligt forbrug på 190 minutter (dvs. 3 timer og 10 minutter). Næstefter sociale medier bruger piger hovedsageligt tid på film, serier og YouTube (148 min./dag). Drengene bruger især tid på smartphone-spil og gaming samt film, serier og YouTube (159 min./dag). Derudover bruger drenge væsentligt mere tid på samtale (123 min./dag) sammenlignet med piger (66 min./dag).

*Hverdag.* Figur 6.12.2 viser andelen, der dagligt bruger mindst 4 timer på de forskellige skærmaktiviteter, og her ses samme kønsforskelle. En fjerdedel (24 %) af drenge gamer mindst 4 timer dagligt i fritiden, mens det gælder for 8 % af pigerne. Omvendt bruger 31 % af piger mindst 4 timer på sociale medier, hvor det gælder for 18 % af drenge. Knap en femtedel (18% og 19 %) af både drenge og piger bruger mindst 4 timer dagligt på at se film, serier, YouTube eller andet underholdning.

## 6.12.1 Daglig skærmtid i minutter på hverdage opdelt på skærmaktiviteter efter køn. 9. klasse (min./dag)

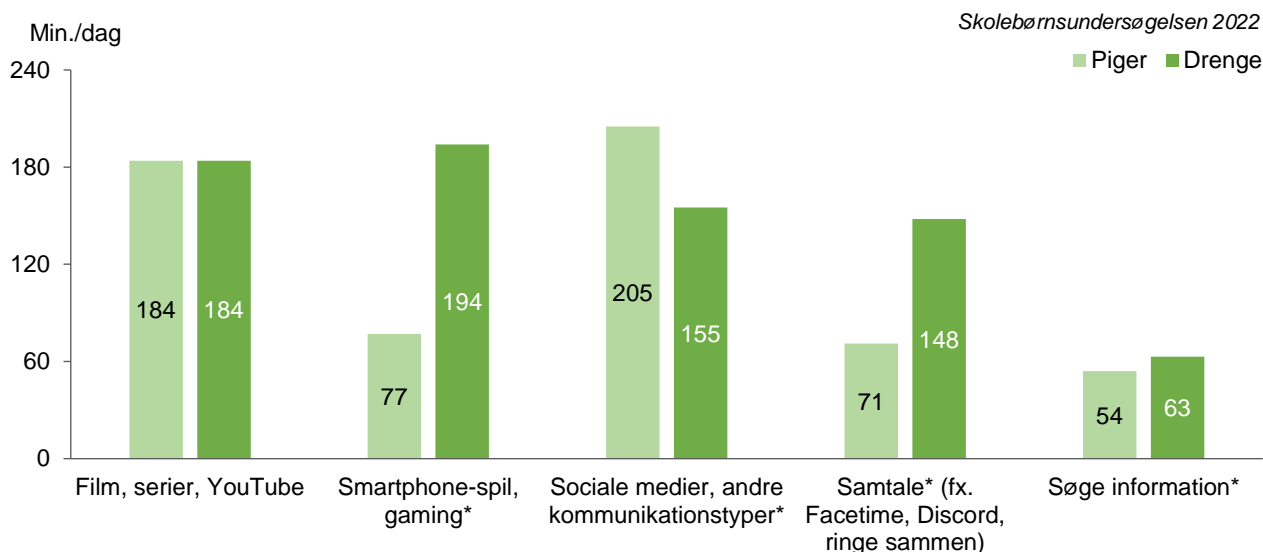
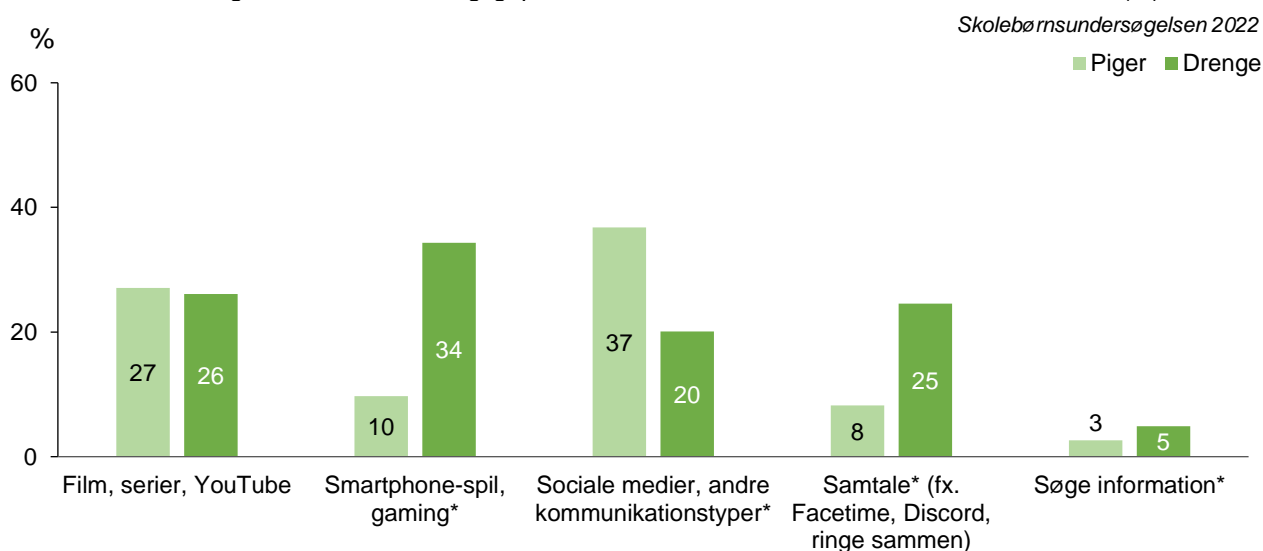


## 6.12.2 Andel, der bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter på hverdage, efter køn. 9. klasse (%)



*Weekend.* Figur 6.12.3 viser tid brugt på skærmaktiviteter i weekenden. Sammenholdt med hverdage stiger tiden, der bruges på alle skærmaktiviteter, med undtagelse af informationssøgning. Piger bruger dagligt 205 minutter (dvs. 3 timer og 25 minutter) på sociale medier i weekenden, mens drenge bruger 190 minutter (dvs. 3 timer og 10 minutter) på smartphone-spil og gaming. Både drenge og piger bruger godt tre timer dagligt i

weekenden på film, serier, YouTube. Ses der på andelen, der bruger mindst 4 timer på forskellige skærmaktiviteter i weekenden (figur 6.12.4), fremgår det, at mere end en tredjedel af henholdsvis piger og drenge bruger mindst 4 timer på henholdsvis sociale medier og gaming, mens det gælder for en fjerdedel af både drenge og piger for film, serier, YouTube.

**6.12.3** Daglig skærmtid i minutter i weekender opdelt på skærmaktiviteter efter køn. 9. klasse (min./dag)**6.12.4** Andel, der bruger mindst 4 timer dagligt på skærmaktiviteter i weekender, efter køn. 9. klasse (%)**Skærbrug efter sengetid**

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de bruger telefon, tablet, spillekonsol eller computer efter sengetid.

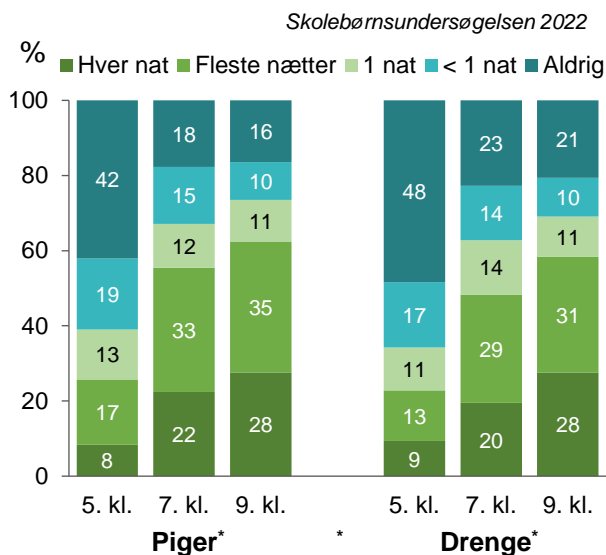
*Køn og klassetrin.* Figur 6.12.5 viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klassetrin. For både piger og drenge ses, at andelen, der bruger skærm efter sengetid hver nat eller de fleste nætter, stiger med stigende klassetrin. Andelen af piger og drenge, der svarer, at de hver nat bruger skærm, er i 5. klasse henholdsvis 8 og 9 %,

hvilket stiger til 22 % og 20 % i 7. klasse og til 28 % i 9. klasse. Der ses overordnet samme mønster for piger og drenge, dog med lidt flere drenge på alle klassetrin, der svarer, at de aldrig bruger skærm efter sengetid. Blandt elever i 9. klasse svarer 63 % af pigerne og 59% af drengene, at de bruger skærm hver nat eller de fleste nætter.

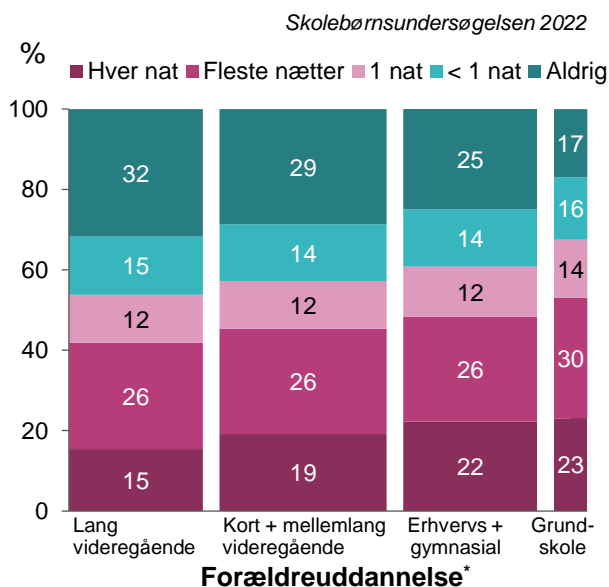
*Forældreuddannelse.* Figur 6.12.6 viser, at jo længere forældreuddannelse, jo mindre er andelen, der bruger skærm hver nat eller de fleste nætter. Søjlernes bredde afspejler

antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Andelen er 53 % blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, og andelen er 42 % blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse.

**6.12.5** Procentvis fordeling af skærmbrug efter sengetid efter køn og klassetrin



**Figur 6.12.6** Procentvis fordeling af skærmbrug efter sengetid efter forældres uddannelse

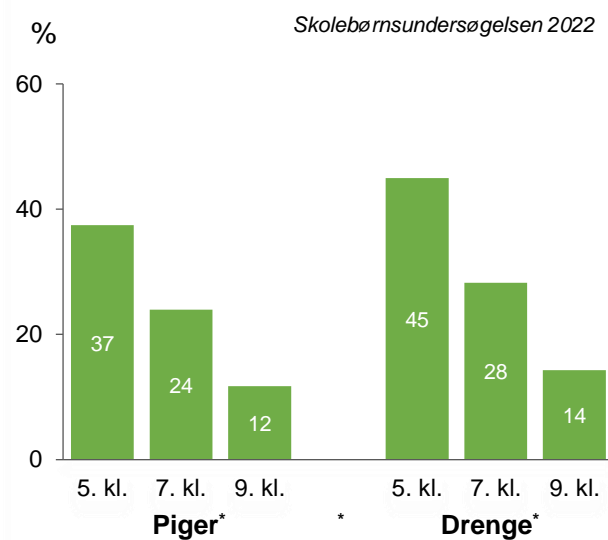


**Regler for skærmbrug**

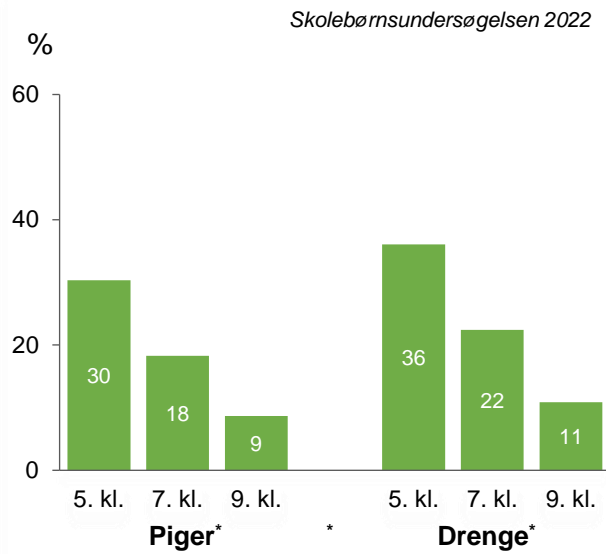
Foruden tid brugt på skærm er eleverne blevet spurgt om, hvorvidt de i hjemmet har regler i henholdsvis hverdage og weekender for brug af computer, telefon, spillekonsol eller tablet.

*Køn og klassetrin.* Figur 6.12.7 og 6.12.8 viser, at drenge oplever at have flere regler end piger både i hverdage og weekend, og at andelen, der har regler, falder med stigende klassetrin. Den største andel, der svarer, at de har regler, er således drenge i 5. klasse, hvor 45 % svarer, at de har regler i hverdagen, og 36 % svarer, at de har regler i weekenden.

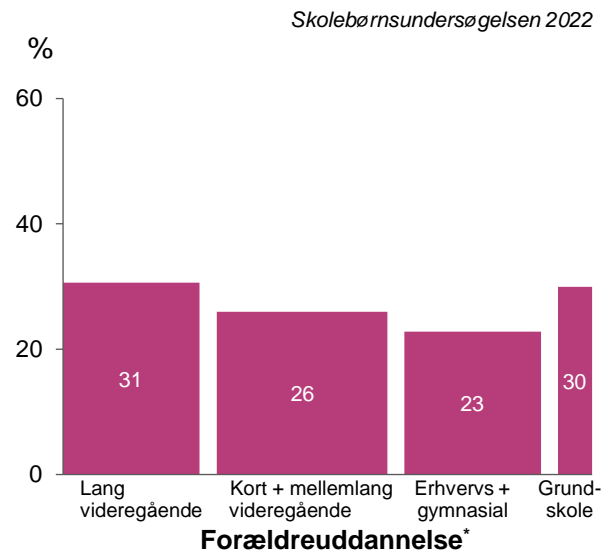
**6.12.7** Andel, som har regler for skærmbrug på hverdage, efter køn og klassetrin (%)



**6.12.8** Andel, som har regler for skærmbrug i weekender, efter køn og klassetrin (%)

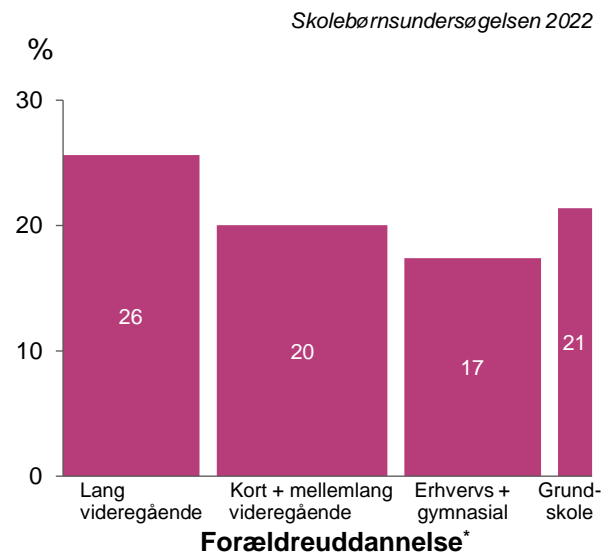


**Figur 6.12.9** Andel, som har regler for skærmbrug på hverdage, efter forældres uddannelse (%)



*Forældreuddannelse.* Figur 6.12.9 og 6.12.10 viser andelen, som har regler for skærmbrug, henholdsvis på hverdage og i weekenden opdelt efter forældrenes uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Både på hverdage og i weekenden ses en sammenhæng mellem forældreuddannelse og regler for skærmbrug, hvor andelen falder, jo kortere forældreuddannelsen er. Dette gælder dog ikke den lille gruppe, hvor højest fuldførte uddannelse blandt forældrene er grundskolen.

**Figur 6.12.10** Andel, som har regler for skærmbrug i weekender, efter forældres uddannelse (%)



### Problematiske brug af sociale medier

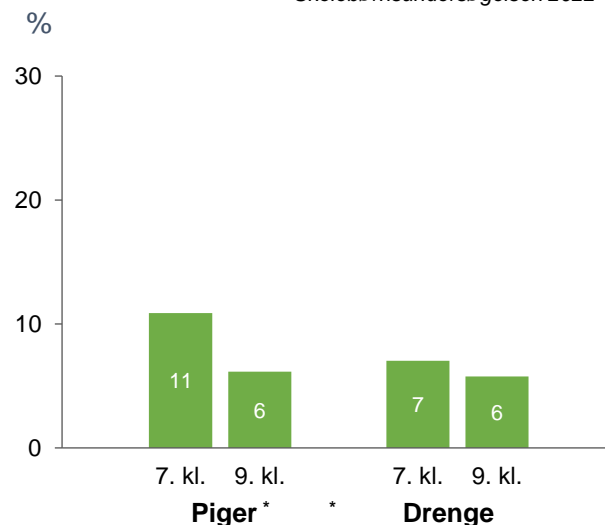
Elever i 7. og 9. klasse er blevet spurgt til deres erfaringer med sociale medier (fx Snapchat, Instagram, TikTok, WhatsApp) inden for de seneste 12 måneder. Eleven skal tage stilling til ni udsagn om brugen af sociale medier, som hver afspejler et aspekt af et problematisk brug. Det er for eksempel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

**Køn og klassetrin.** Figur 6.12.11 viser svarfordelingen for piger og drenge i 7. og 9. klasse. Sammenlignet med drenge er der en større andel af piger med et problematisk brug af sociale medier. En større andel (11 %) blandt piger i 7. klasse har et problematisk brug af sociale medier sammenlignet med piger i 9. klasse.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.12.12 viser, at jo længere forældreuddannelsen er, jo mindre er andelen af elever, der har et problematisk brug af sociale medier. Således er andelen 5 % blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, mens andelen er 7 % blandt elever, hvor højst fuldførte uddannelse blandt forældrene er en kort/mellemlang videregående uddannelse. Andelen er 10 % iblandt forældre, hvor højst fuldførte uddannelse er erhvervs-, gymnasial-uddannelse eller grundskole.

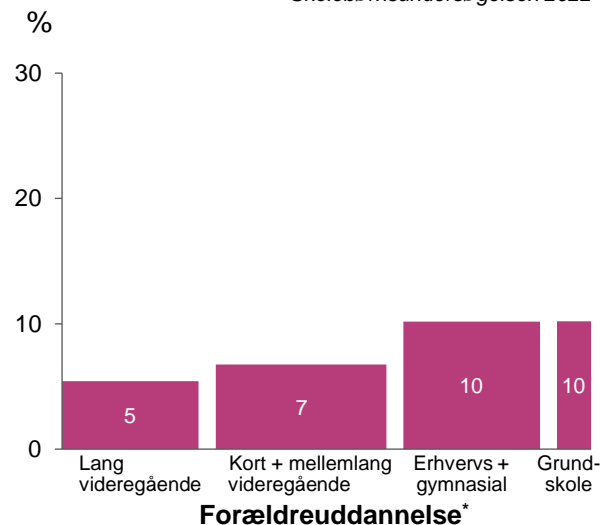
**Figur 6.12.11** Andel med problematisk brug af sociale medier efter køn og klassetrin (%)

Skolebørnsundersøgelsen 2022



**Figur 6.12.12** Andel med problematisk brug af sociale medier efter forældres uddannelse. 7. og 9. klasse (%)

Skolebørnsundersøgelsen 2022



## 6.13 Søvn

Søvn spiller en vigtig rolle i børn og unges sundhed, udvikling og trivsel på både kort og lang sigt (Bruce et al. 2017, Paruthi et al. 2016). Børn under 13 år bør sove mindst 9 timer om natten og teenagere 8-10 timer (Poulsen & Brot 2019, Paruthi et al. 2016). Der er en positiv sammenhæng mellem det at få tilstrækkelig søvn og fysisk helbred, mental sundhed, indlæringsevne, opmærksomhed, følelsesregulering samt livskvalitet, mens for lidt søvn hænger sammen med opmærksomhedsbesvær, indlæringsvanskeligheder, risiko for skader samt udvikling af overvægt og depression (Matricciani et al. 2019, Paruthi et al. 2016).

I Skolebørnsundersøgelsens aldersgruppe sker der store ændringer i søvnmønstret, idet både biologiske og sociale faktorer er skyld i, at døgnrytmen forskydes, så eleverne i de ældre klasser ofte går senere i seng, mens de i løbet af ugen står op på samme tid på grund af skole eller andre forpligtelser (Bruce et al. 2017), ligesom der oftere opleves for eksempel indsovningsbesvær blandt de ældre elever (Colrain & Baker 2011). Der findes tillige social ulighed i søvnproblemer, idet forekomsten af søvnproblemer øges med faldende social position (Holstein et al. 2020).

I Skolebørnsundersøgelsen undersøger vi både børnenes søvnkvantitet, altså mængden af søvn om natten, og søvnkvalitet, som afdekkes med tre spørgsmål om indsovningsbesvær, søvnens kvalitet og træthed om morgenen. Resultaterne over andelen af elever, der har svært ved at falde i søvn, findes i afsnit 4.2. Symptomer.

### Søvnkvantitet

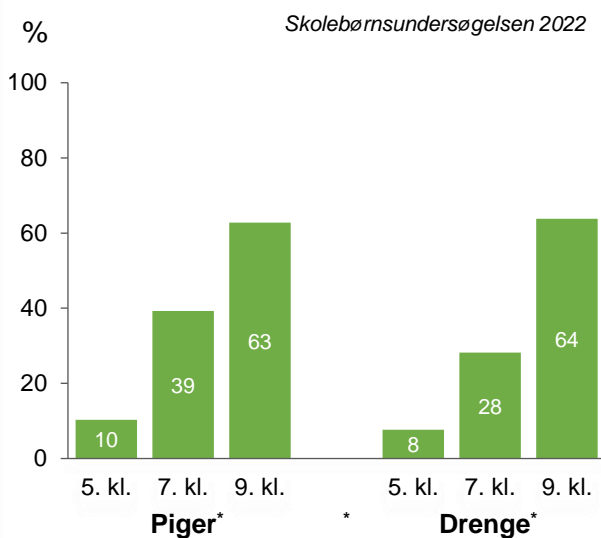
Spørgsmål om elevernes søvnkvantitet var inkluderet i Skolebørnsundersøgelsen i 1984 og er igen siden 2010 blevet en fast del af undersøgelsen. I 1984 blev eleverne spurgt,

hvornår de plejer at gå i seng, samt hvornår de plejer at stå op. Ud fra disse besvarelser kunne den tid, eleverne brugte på at ligge i deres seng om natten, beregnes. Denne tid inkluderer derfor også den tid, som de har brugt på at ligge og læse, eller den tid, de har brugt på at falde i søvn og vågne om morgenen. I 2010 ændrede vi spørgsmålsformuleringen en smule, så eleverne blev spurgt direkte om tidspunktet for, hvornår de plejer at falde i søvn, og hvornår de vågner. Ud fra dette kunne elevernes gennemsnitlige tid brugt på søvn beregnes. Dette mål afspejler derfor mere præcist elevernes egentlige søvnkvantitet. I 2014 til 2022 er eleverne, som det fremgår nedenfor, blevet spurgt, hvornår de normalt går i seng og vågner. Denne variation i de stillede spørgsmål skyldes, at spørgsmålene har været medtaget som henholdsvis nationale spørgsmål og standardiserede internationale fokus-spørgsmål. Variationen i spørgsmålsformuleringen medfører, at resultaterne ikke er direkte sammenlignelige. Med dette forbehold tillader vi alligevel i figur 6.13.3 at præsentere andelen af elever, der sover/ligger i deres seng i 8 timer eller mindre i 1984 samt fra 2010 til 2022.

Elevernes natlige søvnlængde er beregnet på baggrund af følgende to spørgsmål 1) 'Hvornår går du normalt i seng, hvis du skal i skole næste dag?' med svarkategorier i tidsintervaller på en halv time fra 'Kl. 20 eller tidligere' til '02.00 eller senere', samt 2) 'Hvornår plejer du at vågne om morgenen, når du skal i skole?' ligeledes svarkategorier med en halv times interval fra 'Kl. 5.00 eller tidligere' til '09.00 eller senere'. På baggrund af elevernes besvarelser beregnes elevernes gennemsnitlige nattesøvn.

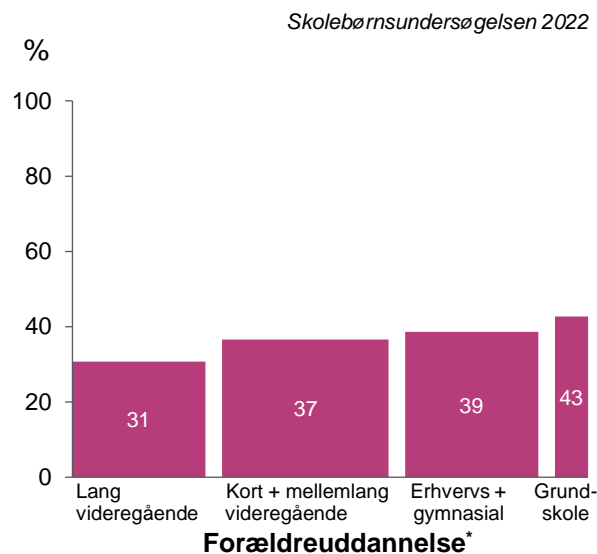
**Køn og klassetrin.** Figur 6.13.1 viser andelen af elever, som i gennemsnit sover 8 timer eller mindre om natten. For både drenge og piger stiger andelen af elever, der sover op til 8 timer, betydeligt fra 5. klasse (cirka hver tiende elev) til 9. klasse (cirka 2 ud af 3 elever). Mellem de to køn ses en forskel blandt elever i 7. klasse. Her sover 39 % af pigerne 8 timer eller mindre, mens dette gælder for 28 % af drengene.

**Figur 6.13.1** Andel, som gennemsnitligt sover/ligger 8 timer eller mindre om natten, efter køn og klassetrin (%)



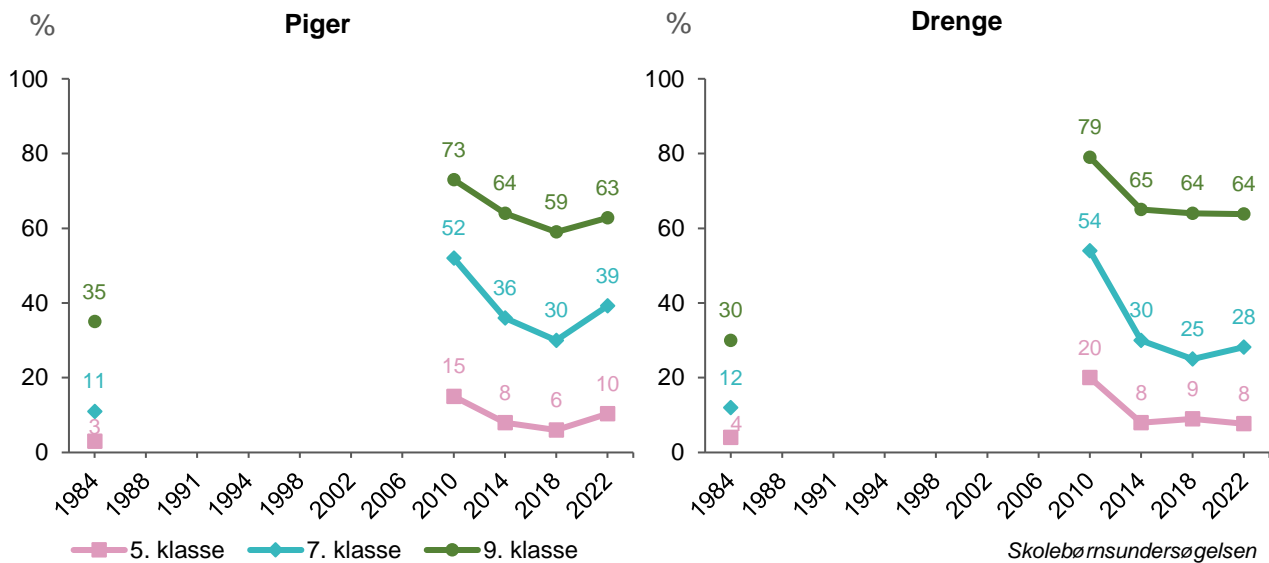
**Forældreuddannelse.** Figur 6.13.2 viser, at andelen af elever, som sover 8 timer eller mindre om natten, er lavest (31 %) blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse. Andelen bliver højere med kortere forældreuddannelse. Blandt elever, hvor højest fuldførte uddannelse blandt forældrene er grundskole, er andelen 43 %. Dette er også den gruppe, der indeholder færrest elever, indikeret med søjlens bredde.

**Figur 6.13.2** Andel, som gennemsnitligt sover/ligger 8 timer eller mindre om natten efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Fra 1984 til 2010 ses en markant stigning i andelen af elever, der sover eller ligger i deres seng i 8 timer eller mindre på tværs af køn og klassetrin (figur 6.13.3). Ser vi på perioden fra 2010 til 2022 er der et generelt fald i andelen fra 2010 til 2018 blandt drenge og piger på alle tre klassetrin. Fra 2018 til 2022 sker der en stigning i andelen, der sover 8 timer eller mindre om natten, særligt blandt eleverne i 7. og pigerne 9. klasse.

**Figur 6.13.3** Andel, som sover/ligger i deres seng 8 timer eller mindre, 1984, 2010-2022 (%)



**Søvnkvalitet**

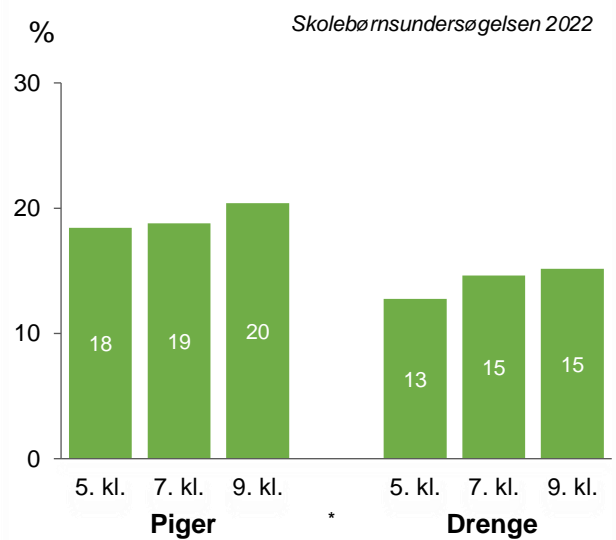
Elevernes søvnkvalitet bliver i dette afsnit belyst med udgangspunkt i to spørgsmål, nemlig hvor tit eleverne sover dårligt eller uroligt, med fem svarkategorier fra 'Aldrig' til 'Hver nat', og hvor ofte eleverne føler sig trætte om morgenen, når de skal i skole, med svarkategorierne: 'Aldrig', 'Sjældnere end én gang om ugen', 'Cirka én gang om ugen', 'Flere gange om ugen' og 'Hver dag'. Spørgsmålet, som afdækker dårlig eller urolig nattesøvn, har været med siden 2018, og spørgsmålet om træthed om morgenen har været med fra 1988 til 1998 og igen fra 2010 og frem til 2022.

*Køn og klassetrin.* Figur 6.13.4 viser andelen af elever, som sover dårligt eller uroligt flere gange om ugen. En lidt større andel piger (18-20%) end drenge (13-15%) sover dårligt eller utroligt om natten. Der ses inden betydelig forskel i andelen, som sover dårligt om natten, på tværs af klassetrin for både piger og drenge.

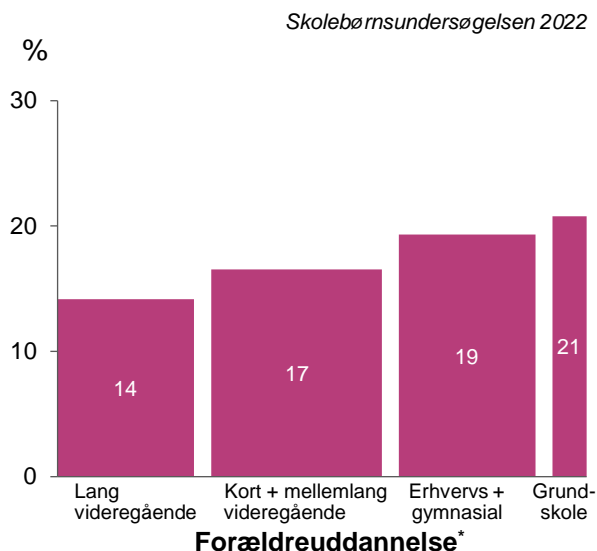
*Forældreuddannelse.* Figur 6.13.5 viser, at andelen af elever, som sover dårligt eller uroligt flere gange om ugen, er lavest (14 %)

blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse. Andelen stiger, jo kortere forældreuddannelsen er, og andelen er højest (21 %) blandt elever, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelse er grundskolen. Søjlebredden indikerer antallet af elever i hver gruppe, hvor grundskolegruppen har færrest.

**Figur 6.13.4** Andel, som flere gange om ugen sover dårligt eller uroligt om natten, efter køn og klassetrin (%)



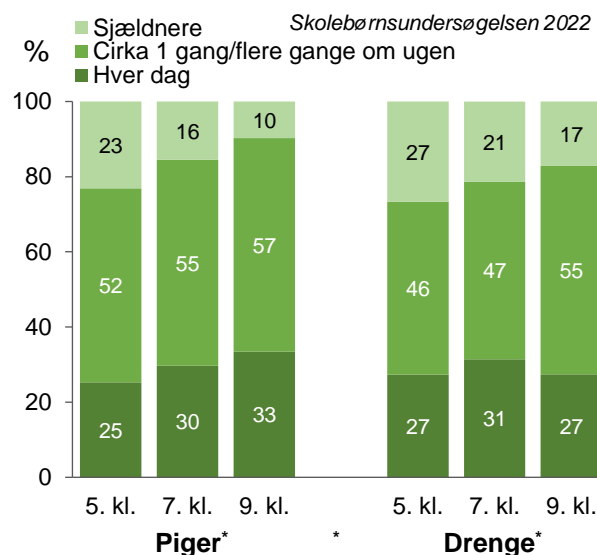
**Figur 6.13.5** Andel, som flere gange om ugen sover dårligt eller uroligt om natten, efter forældres uddannelse (%)



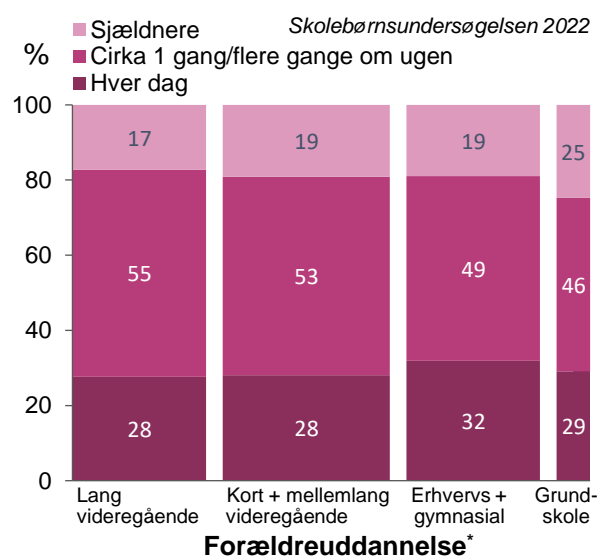
**Køn og klassetrin.** Figur 6.13.6 viser svarfordeling af, hvor tit eleverne føler sig trætte, når de skal i skole. Blandt både drenge og piger ses en stigning i andelen, der føler sig trætte mindst én gang om ugen, med stigende klassetrin, og den største andel ses hos pigerne. I 9. klasse er det således 9 ud af 10 piger, der er trætte mindst ugentligt, mens det gør sig gældende for cirka otte ud af ti drenge. Blandt dem, der føler sig trætte mindst én gang om ugen, er det hver fjerde pige i 5. klasse og hver tredje pige i 9. klasse, der er træt hver dag inden skole. Blandt drenge er det på alle tre klassetrin omtrent 30 %, der er trætte hver dag.

**Forældreuddannelse.** Figur 6.13.7 viser andelen af elever, som føler sig trætte hver dag, når de skal i skole, opdelt efter forældrenes uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen, som er trætte hver dag inden skole, er nogenlunde ens i de fire kategorier af forældreuddannelse. Andelen, som sjældent er trætte, når de skal i skole, er højest (25 %) blandt elever, hvor forældrenes højeste fuldførte uddannelse er grundskolen.

**Figur 6.13.6** Procentvis fordeling af morgentræthed inden skole efter køn og klassetrin

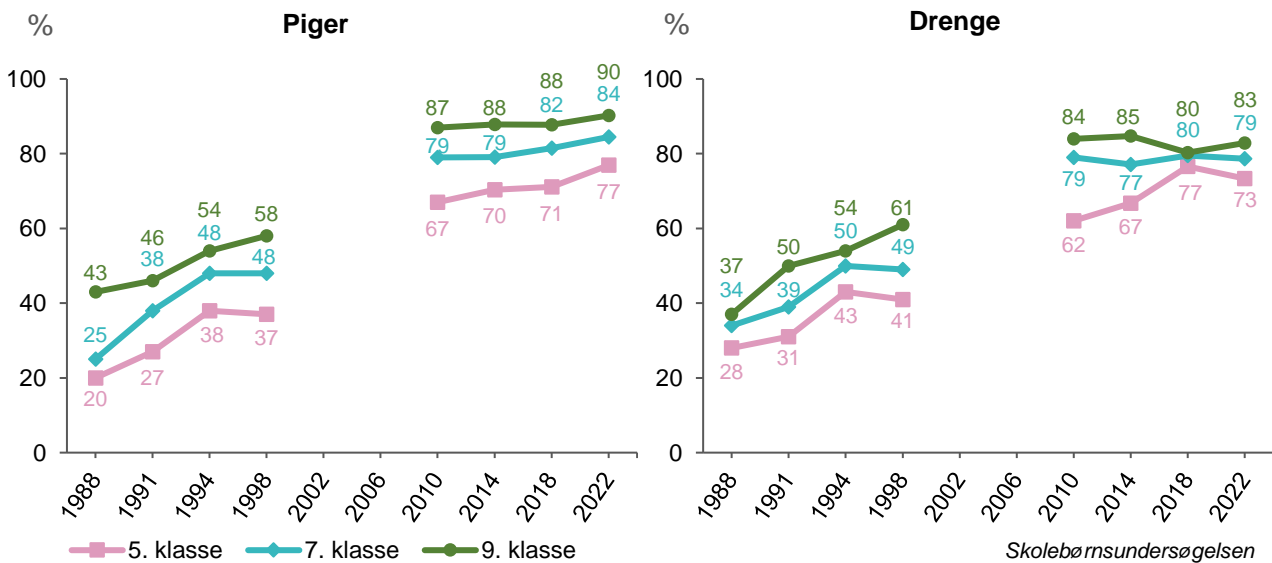


**Figur 6.13.7** Procentvis fordeling af morgentræthed inden skole efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Der har over perioden været enkelte ændringer i svarkategorierne. Fra 1988 til og med 1998 viser udviklingskurven de tidligere svarkategorier '1-3 dage om ugen' og '4 eller flere dage om ugen', som i 2010 blev ændret til 'Cirka én gang om ugen' og 'Flere gange om ugen'. Fra 2014 blev svarkategorien 'Hver dag' også tilføjet for at opnå et mere nuanceret billede af, hvor hyppigt eleverne oplever at være trætte om morgenen inden skole. Figur 6.13.8 viser således udviklingen i andelen af elever, der er trætte mindst én morgen om ugen. Her fremgår det, at andelen er steget fra 1988 til 2010 på tværs af køn og klassetrin. Stigningen fortsætter frem til 2022 blandt eleverne i 5. klasse, og særligt blandt drengene. I de øvrige grupper ses en stagnering fra 2010-2022.

**Figur 6.13.8** Andel, som oplever morgentræthed inden skole mindst én gang ugentligt, 1988-1998, 2010-2022 (%)



# 7 Sociale relationer

Mennesker med stærke sociale relationer er som hovedregel sundere, bliver ikke så let syge, har bedre helbredelse efter sygdom og lever længere (Lund et al. 2020, Berkman et al. 2014). I de første leveår er især relationer og tilknytning i familien central, og børn og unge påvirkes i høj grad af sociale relationer – både hvad angår social udvikling, risikoadfærd (Keijsers et al. 2009) og sundhedsadfærd (Draper et al. 2015).

Skolebørnsundersøgelsen dækker 5., 7. og 9. klasse. I denne periode sker der en stigende løsrivelse fra forældrene, og relationerne til venner får en større betydning. Samtidig fremmer den gode forældre-barnrelation også den unges udvikling af gode relationer til venner (Moreno et al. 2009).

Svage sociale relationer kan have negative konsekvenser for helbredet, for eksempel hvis der er tale om mobning. Studier har vist, at mobning øger risikoen for flere helbredsproblemer, herunder mentale helbredsproblemer (Takizawa et al. 2014).

Gode sociale relationer og integration i gode sociale netværk er vigtige forudsætninger for at leve et godt børne- og ungdomsliv. I ungdomsårene spiller gode sociale relationer en vigtig rolle for den unges personlige udvikling, udviklingen i og etableringen af nye sundhedsrelaterede vaner og den unges trivsel og mentale sundhed (Berkman et al. 2014).

I dette kapitel belyses skoleelevernes relationer i familien, relationer med venner fysisk og online samt en af de alvorlige negative sider af sociale relationer: mobning.

## 7.1 Relationer i familien

Familien er den første sociale sammenhæng, et barn indgår i, og den spiller en vigtig rolle for barnets udvikling, socialisering, sundhed og velbefindende (Collins et al. 2004). I Skolebørnsundersøgelsen undersøger vi tillidsfuld kommunikation med forældre/-stedforældre og støtte fra familien som vigtige aspekter af relationen i familien. God relation mellem børn og forældre er både en beskyttende faktor for risikoadfærd og en fremmede faktor for mental og fysisk sundhed (Brooks et al. 2015, Collins et al. 2004) ligesom god forældre-barn relation er beskyttende for negative effekter af digitale medier (Boniel-Nissim et al. 2015). Desuden fremmer god forældre-barn relation også den unges udvikling af gode relationer til venner (Moreno et al. 2009).

### Tale tillidsfuldt med mor

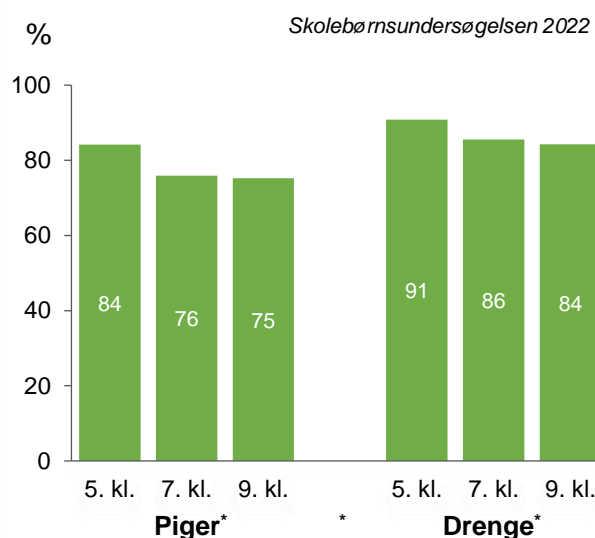
I Skolebørnsundersøgelsen vurderes elevernes tillidsfulde kommunikation med forældre/stedforældre med spørgsmål om, hvor nemt det er for eleven at tale med en person om noget, der virkelig plager eleven. Her svares for mor og far med fem svar-kategorier: 'Meget nemt', 'Nemt', 'Svært', 'Meget svært' og 'Har ikke/ser ikke'.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.1.1 viser andelen af eleverne, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med mor. For både piger og drenge ses en faldende andel, der kan tale tillidsfuldt med mor med stigende klassetrin, især fra 5. klasse til 7. klasse. Der ses desuden forskel mellem piger og drenge, der nemt eller meget nemt kan tale tillidsfuldt med mor.

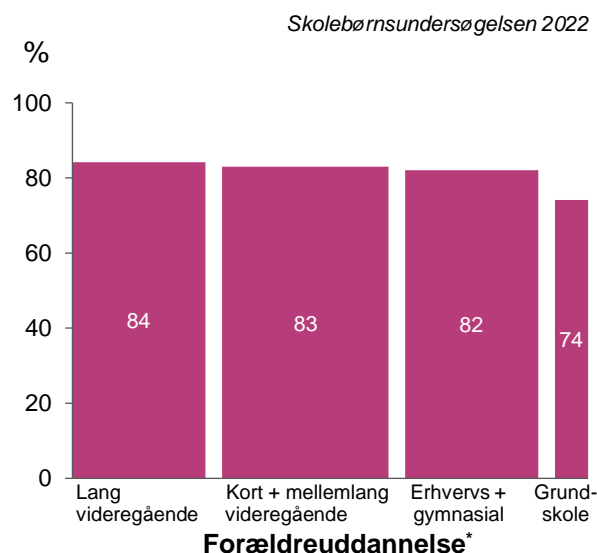
**Forældreuddannelse:** Figur 7.1.2 viser andelen af elever, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med deres mor. Søjlebredden afspejler antallet af elever, i hver uddannelseskategori. Andelen er højest

(84 %) blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, og andelen bliver mindre, jo kortere uddannelse forældrene har. Blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er der 74 %, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med mor.

**Figur 7.1.1** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med mor, efter køn og klassetrin (%)



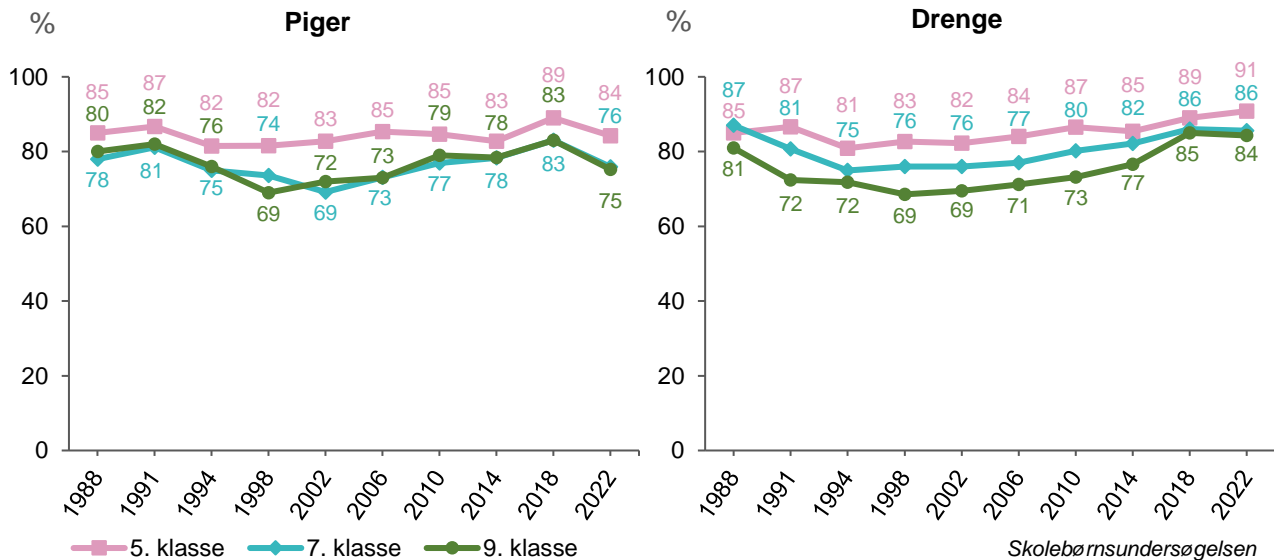
**Figur 7.1.2** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med mor, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** For pigerne ses en stabil udvikling for andelen af 5. klasses elever, der nemt eller meget nemt taler tillidsfuldt med mor, mens der ses en stigende tendens for andelen af 7. og 9. klasses piger siden 1998, dog faldende

siden sidste dataindsamling i 2018. For drengene i 5. klasse og 7. klasse ses ligeledes en let stigende udvikling siden 1994, mens der for drenge i 9. klasse ses en stigende udvikling siden 1998 (figur 7.1.3).

**Figur 7.1.3** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med mor, 1988-2022 (%)



**Tale tillidsfuldt med far**

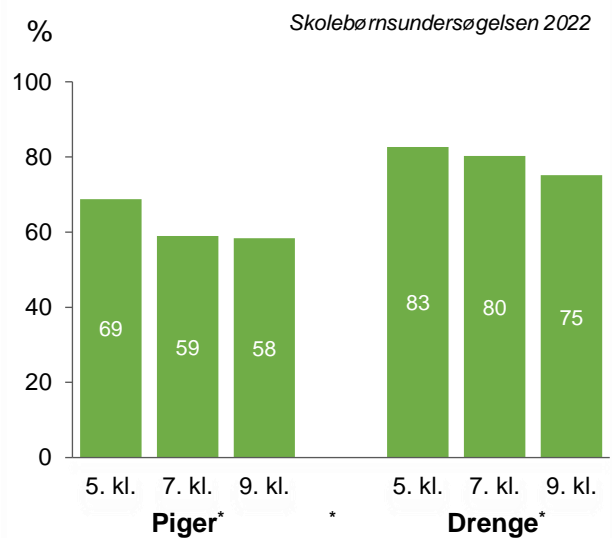
Den tillidsfulde kommunikation vurderes ud fra spørgsmålet som anført ovenfor.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.1.4 viser andelen af elever, som angiver at have nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med far. For pigerne ses en faldende andel mellem 5. og 7. klasse, mens der for drengene er en faldende andel mellem alle tre klassetrin. Der ses desuden en forskel mellem kønnene, da flere drenge end piger har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med far.

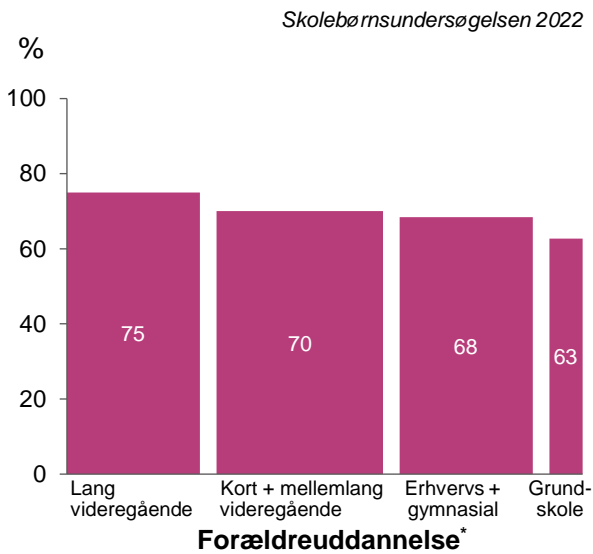
**Forældreuddannelse:** Figur 7.1.5 viser andelen af elever, der kan tale tillidsfuldt med deres far, opdelt efter forældrenes uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen er højest (75 %) blandt elever, hvis forældre har en lang videregående uddannelse. Blandt

elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er der 63 %, der kan tale tillidsfuldt med deres far.

**Figur 7.1.4** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med far, efter køn og klassetrin (%)

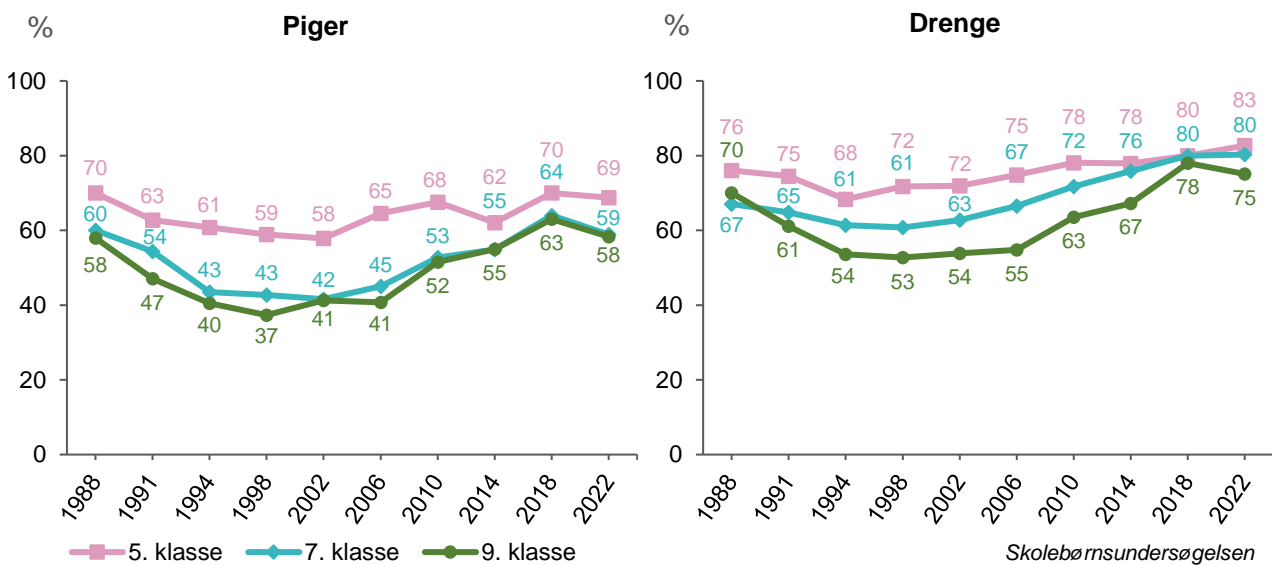


**Figur 7.1.5** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med far, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* For pigerne ses en stigende tendens for den andel, der angiver at have nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med far (figur 7.1.6). Dette er gældende for alle tre klassetrin siden 2002, men mest udtalt for 7. og 9. klasse. For drengene ses ligeledes en stigning siden 1998, for alle tre klassetrin, mest udtalt for 9. klasse. For 9. klasse ses dog en vigende tendens siden sidste dataindsamling i 2018. Stigningerne er generelt større end stigningen, vi ser for at tale tillidsfuldt med mor (figur 7.1.3)

**Figur 7.1.6** Andel, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med far, 1988-2022 (%)



### Støtte fra familien

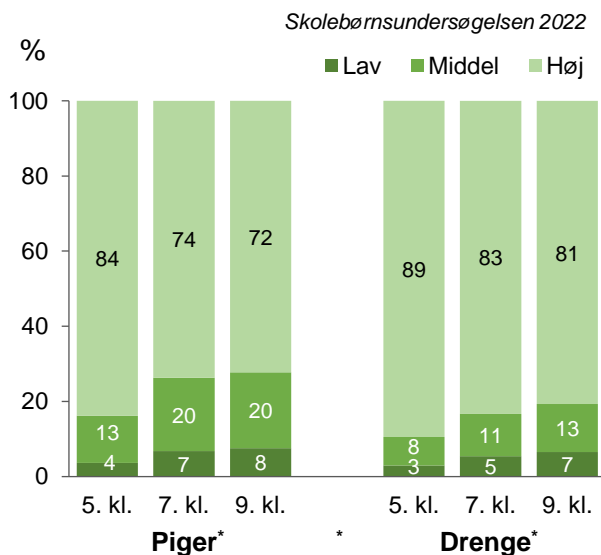
Støtte fra forældre vurderes med udgangspunkt i fire udsagn: 1) 'Min familie forsøger virkelig at hjælpe mig', 2) 'Jeg får den følelsesmæssige hjælp og støtte, jeg har brug for, fra min familie', 3) 'Jeg kan tale med min familie om mine problemer', og 4) 'Min familie vil gerne hjælpe mig med at træffe beslutninger'. Eleverne angiver deres svar på en numerisk skala, hvor 1 svarer til 'Helt enig' og

7 svarer til 'Helt uenig'. På baggrund af elevernes besvarelser udregnes der en samlet score, hvorefter eleverne inddeles i lav, middel og høj støtte som anbefalet i de internationale HBSC-retningslinjer.

*Køn og klassetrin.* Figur 7.1.7 viser fordelingen af elever med lav, middel og høj oplevet støtte fra familien, baseret på de fire spørgsmål, som er nævnt indledningsvist. For både piger og drenge ses et fald i andelen

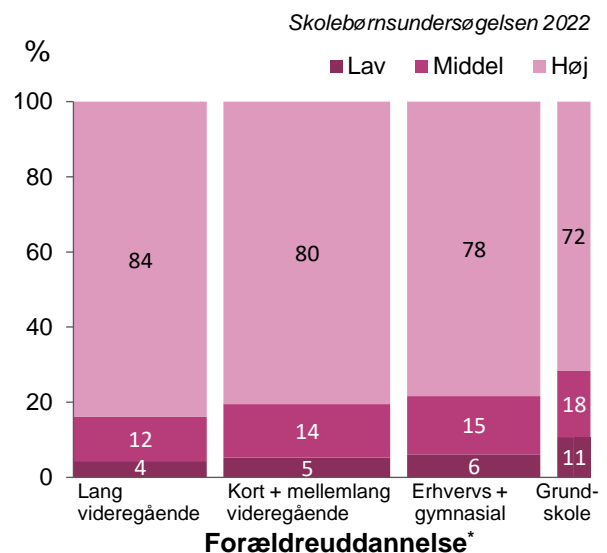
med høj støtte med stigende klassetrin. Andelen af piger, som oplever middel støtte, stiger mellem 5. og 7. klasse, men er konstant til 9. klasse, og andelen af piger, der oplever lav støtte, er stigende med klassetrin, især mellem 5. og 7. klassetrin. For drengene ses en stigning i andelen af middel og lav oplevet støtte med klassetrin. Der ses en forskel mellem kønnene, idet en mindre andel af pigerne oplever høj eller middel støtte sammenlignet med drengene. De andele af eleverne, der oplever lav støtte fra familien, er små, og der er kun små forskelle mellem drenge og piger.

**Figur 7.1.7** Procentvis fordeling af oplevet støtte fra familien efter køn og klassetrin



**Forældreuddannelse:** Figur 7.1.8 viser andelen af elever, der oplever høj grad af støtte fra deres familie, efter forældrenes uddannelse. Søjlebredden svarer til antallet af elever i hver gruppe af forældreuddannelse. Der ses en sammenhæng mellem oplevet støtte og forældreuddannelse, så andelen, der oplever høj støtte fra familien, stiger, jo længere uddannelse forældrene har. Der er dermed 84 %, der oplever støtte fra familien blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse, mens der er 72 %, der oplever høj støtte blandt elever, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelse er grundskolen.

**Figur 7.1.8** Procentvis fordeling af oplevet støtte fra familien efter forældres uddannelse



## 7.2 Relationer med venner

Fra 5. til 9. klasse sker der store forandringer i børn og unges liv, også når det gælder relationer til venner. I 5. klasse er vennerne vigtige, men forældrene er oftest stadig de vigtigste. Fra 5. til 9. klasse får vennerne en mere betydningsfuld rolle i børns liv. De er i færd med at løsrive sig fra forældrene, finde deres egen identitet sammen med deres venner og spejle sig i deres venner og omgangskreds (Patton et al. 2016).

Dette afsnit omhandler mange af de vigtige mål for relationer til venner: hvem man taler tillidsfuldt med, om man oplever støtte fra venner, samt hvor hyppigt man er sammen med venner efter skole eller om aftenen og kontakten til venner online. Andre vigtige mål omkring relationer og relationel trivsel er beskrevet i afsnittene om ensomhed (5.3), relationer i familien (7.1), mobning (7.3), støtte fra lærere og klassekammerater (8.3) og elevfællesskab (8.5).

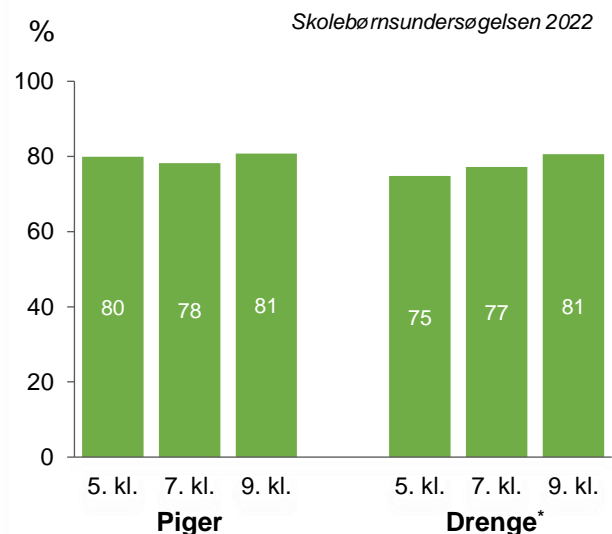
### Tillidsfuld relation til bedste ven eller veninde

Et af kvalitetsparametrene i et socialt netværk er, hvorvidt man har personer, som man kan tale tillidsfuldt med, når livet synes udfordrende. For at finde ud af, om eleverne har nogen at betro sig til, stilles eleverne følgende spørgsmål: 'Hvor nemt er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig?' med mulighed for at svare 'Bedste ven/veninde', 'Venner af samme køn' og 'Venner af det andet køn'. Det er muligt at angive sit svar i følgende fem kategorier: 'Meget nemt', 'Nemt', 'Svært', 'Meget svært' og 'Har ikke/ser ikke'.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.2.1 viser andelen af elever, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde. På tværs af køn og klassetrin oplever langt størstedelen af eleverne (cirka fire ud af fem)

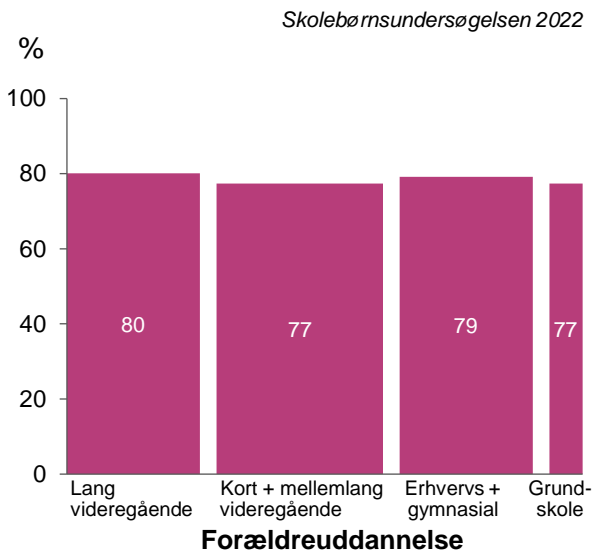
at have nemt eller meget nemt ved at tale med deres bedste ven eller veninde. Der ses dog en mindre signifikant stigning i andelen af drenge, der har nemt ved at tale med deres bedste ven/veninde, fra 5. til 9. klasse, mens andelen ligger stabilt på tværs af klassetrin for pigerne.

**Figur 7.2.1** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, efter køn og klassetrin (%)



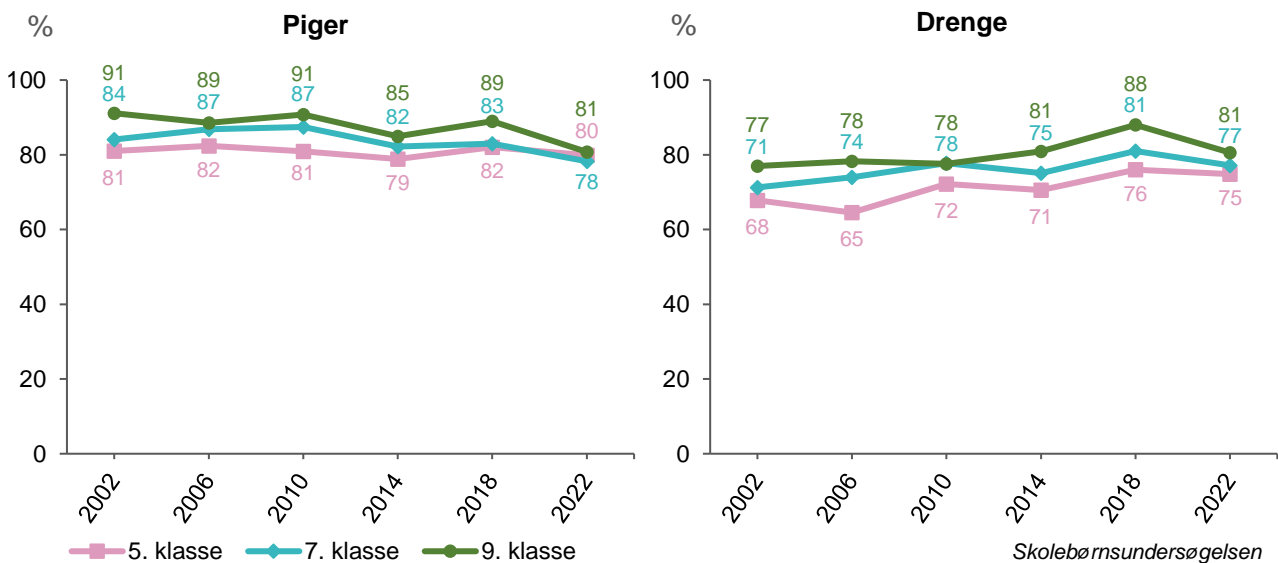
**Forældreuddannelse.** På tværs af de forskellige uddannelsesgrupper ses kun mindre forskelle i andelen, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med deres bedste ven eller veninde (figur 7.2.2). Disse forskelle er ikke statistisk signifikante.

**Figur 7.2.2** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Eleverne er siden 2002 blevet spurgt, hvor nemt de har ved at tale med en bedste ven eller veninde om noget, der virkelig går dem på. Figur 7.2.3 viser udviklingen over tid. For pigerne ses en nogenlunde stabil udvikling gennem perioden på alle tre klassetrin, dog med et mindre fald fra 2018 til 2022 for pigerne i 7. og 9. klasse. Blandt drengene ses en mindre stigning på alle tre klassetrin fra 2002 til 2022.

**Figur 7.2.3** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med bedste ven eller veninde, 2002-2022 (%)



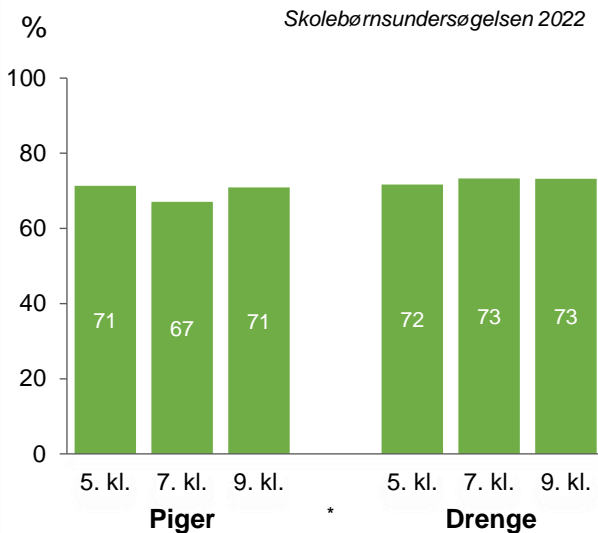
### Tillidsfuld relation til venner eller veninder af samme køn

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra spørgsmålet om, hvor nemt man kan tale med sine venner af samme køn om noget, der virkelig plager én.

*Køn og klassetrin.* Figur 7.2.4 viser andelen af elever, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med venner eller veninder af samme køn. For både piger og drenge ses ingen forskel mellem klassetrin, mens en lidt større andel af drengene (73 %) oftere angiver

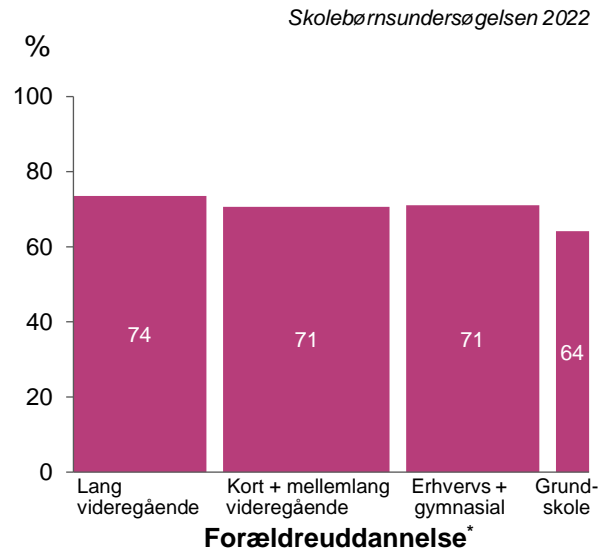
at kunne tale tillidsfuldt med venner eller veninder af samme køn sammenlignet med pigerne i 7. klasse (67 %).

**Figur 7.2.4** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af samme køn, efter køn og klassetrin (%)



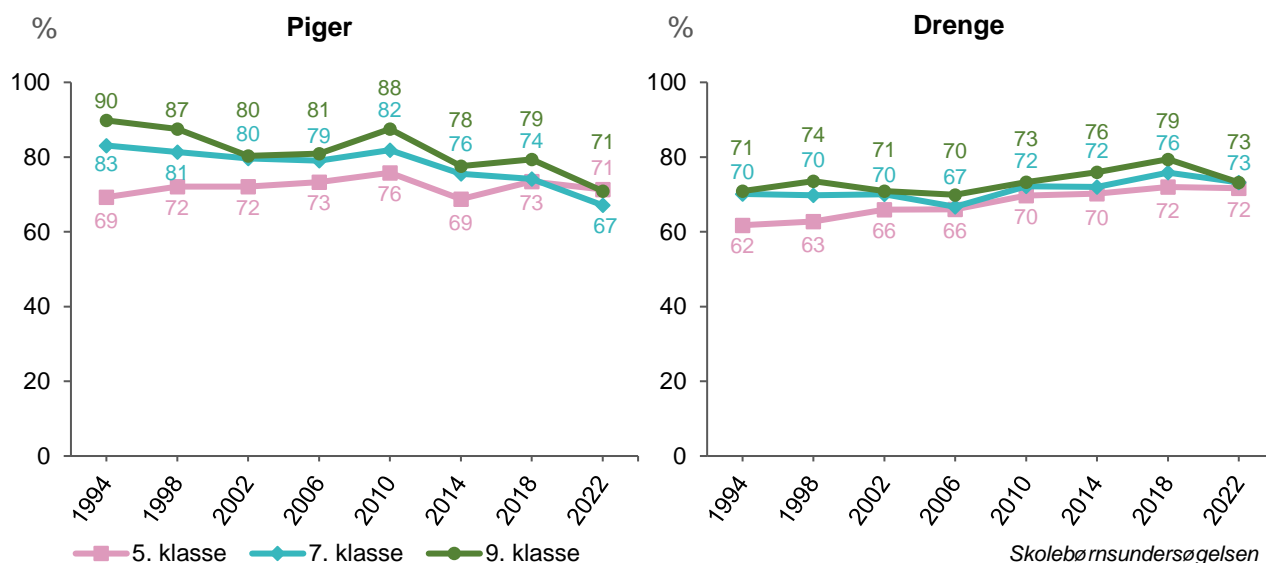
**Forældreuddannelse.** Figur 7.2.5 viser andelen, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af samme køn. Søjlernes bredde svarer til antallet af elever i hver uddannelseskategori. Det fremgår, at andelen er størst blandt elever, hvor mindst én forælder har fuldført en lang videregående uddannelse (74 %) og væsentligt mindre hvor forældrenes højeste fuldførte uddannelse er grundskolen (64 %). Andelen er ens blandt de resterende uddannelsesgrupper (71 %).

**Figur 7.2.5** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af samme køn, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Eleverne er siden 1994 blevet spurgt, hvor nemt de har ved at tale tillidsfuldt med en ven eller veninde af samme køn. Figur 7.2.6. viser, at udviklingen har været stabil for pigerne i 5. klasse i hele perioden, mens udviklingen blandt pigerne i 7. og 9. er faldet cirka 15 % over en 12-årig periode fra 2010 til 2022. Blandt drengene i 5. klasse er andelen, som kan tale tillidsfuldt med en ven af samme køn, steget med 10 % fra 1994 til 2022, mens udviklingen har været nogenlunde stabil over samme periode for eleverne i 7. og 9. klasse.

**Figur 7.2.6** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af samme køn, 1994-2022 (%)



**Tillidsfuld relation til venner eller veninder af modsatte køn**

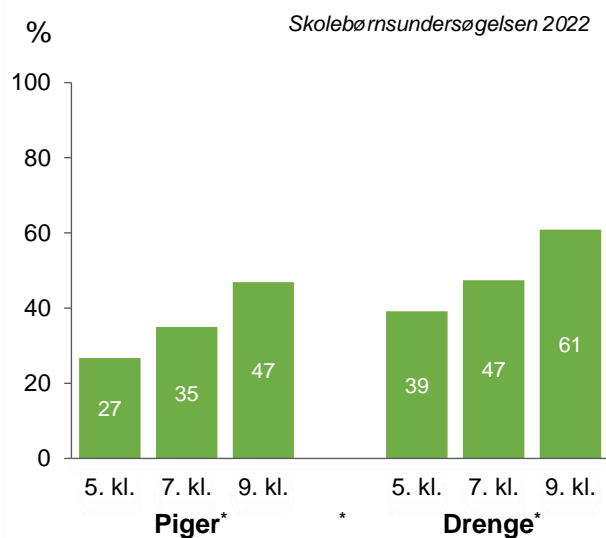
I dette afsnit præsenteres resultaterne fra spørgsmålet om, hvor nemt man kan tale med sine venner af modsatte køn om noget, der virkelig plager én.

*Køn og klassetrin.* Figur 7.2.7 viser andelen af piger og drenge, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med en ven eller veninde af det modsatte køn. Jo ældre eleverne er, desto højere er andelen, der oplever at kunne tale tillidsfuldt med en ven af modsatte køn. Andelen, der angiver at tale tillidsfuldt med en ven af modsatte køn, er generelt højere blandt drengene end blandt pigerne.

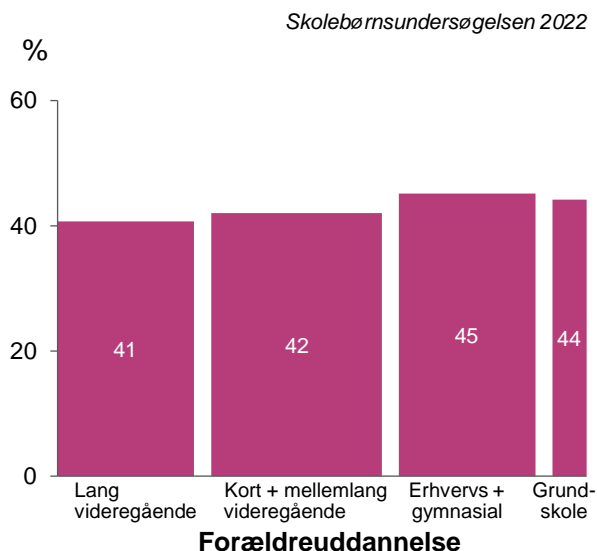
*Forældreuddannelse.* Figur 7.2.8 viser andelen, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med en ven eller veninde af modsatte køn, opdelt efter forældrenes uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen er mindst blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående

uddannelse (41 %). Der er dog ikke statistisk signifikant forskel på uddannelsesgrupperne.

**Figur 7.2.7** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af modsatte køn, efter køn og klassetrin (%)

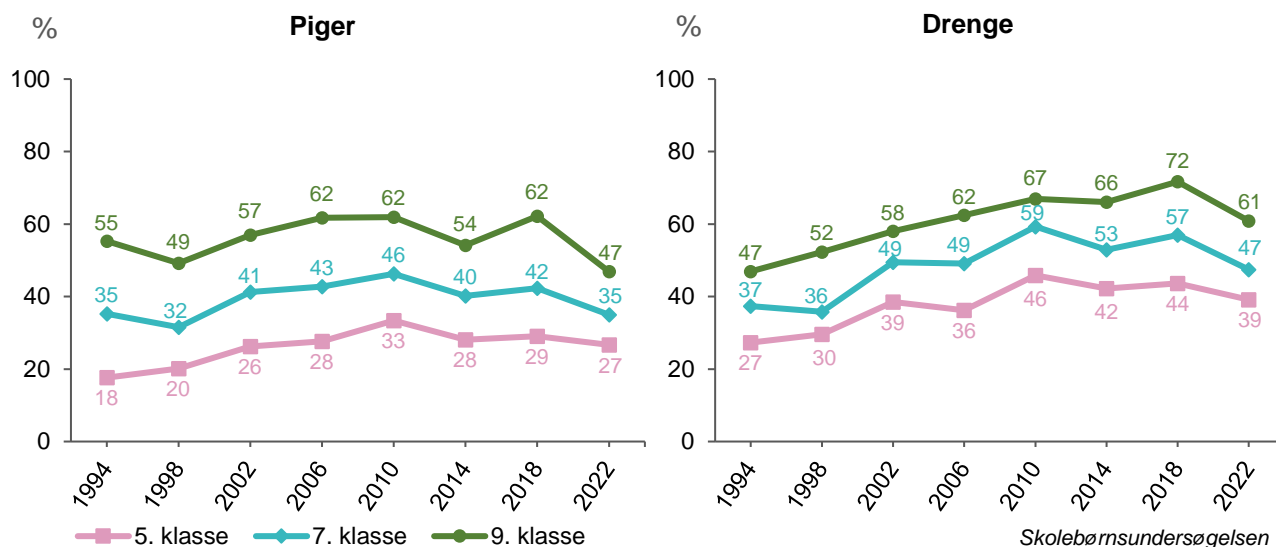


**Figur 7.2.8** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af modsatte køn, efter forældres uddannelse (%)



*Udvikling.* Figur 7.2.9 viser udviklingen i andelen af piger og drenge, der har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af det modsatte køn, i perioden 1994 til 2022. For pigerne ses en stigning i andelen, der kan tale tillidsfuldt med en ven af modsatte køn, blandt alle tre klassetrin mellem 1994 og 2010, hvorefter der fra 2010 til 2022 overordnet set er en tendens til et mindre fald i andelen. For drengene ses en stigning for alle tre klassetrin fra 1994 til 2010, hvorefter der frem til 2022 ses et fald på alle tre klassetrin men især blandt drengene i 7. og 9. klasse.

**Figur 7.2.9** Andel, som har nemt eller meget nemt ved at tale tillidsfuldt med ven eller veninde af modsatte køn, 1994-2022 (%)



### Støtte fra venner

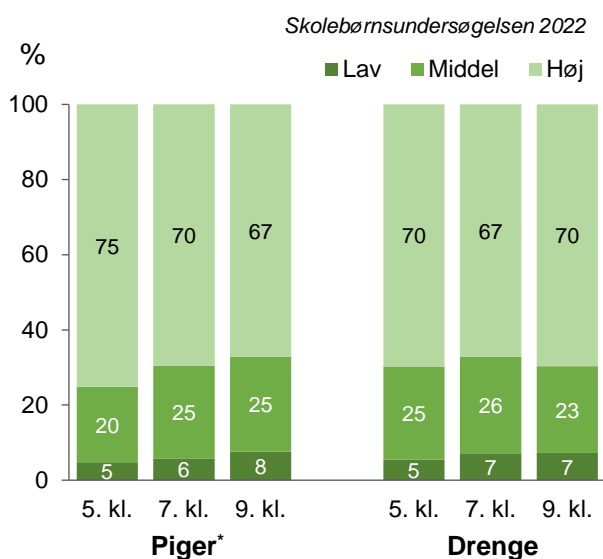
Støtte fra venner vurderes med udgangspunkt i fire udsagn: 1) 'Mine venner forsøger virkelig at hjælpe mig', 2) 'Jeg kan regne med mine venner, når der er noget, der går galt', 3) 'Jeg har venner, som jeg kan dele mine sorger og glæder med', og 4) 'Jeg kan tale med mine venner om mine problemer'. Eleverne angiver deres svar på en numerisk skala, hvor 1

svarer til 'Helt enig' og 7 svarer til 'Helt uenig'. På baggrund af elevernes besvarelser udregnes der en samlet score, hvorefter eleverne inddeles i lav, middel og høj støtte som anbefalet i de internationale HBSC-retningslinjer.

Spørgsmålene, som belyser støtte fra venner, har ikke tidligere været vist i de nationale rapporter om Skolebørnsundersøgelsen.

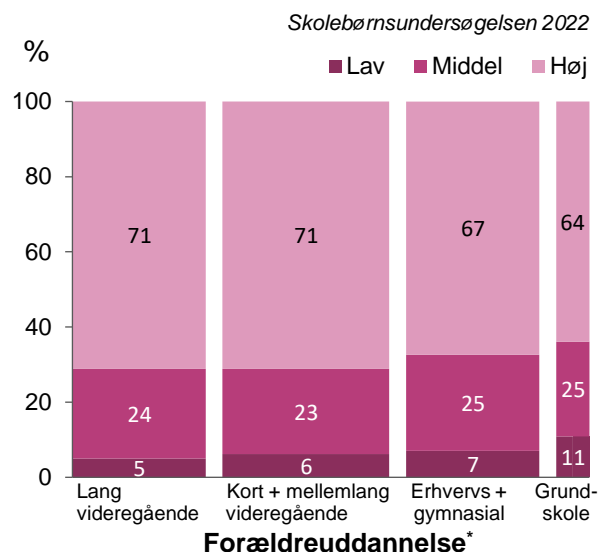
**Køn og klassetrin.** Figur 7.2.10 viser andelen af elever, som oplever lav, middel og høj støtte fra venner. Blandt piger i 5. klasse oplever tre ud af fire høj støtte, mens der sker et mindre fald med stigende klassetrin til 67 % i 9. klasse. Samtidig at stiger andelen med middel og lav oplevet støtte fra 5. til 9. klasse. Blandt drengene er andelen, som oplever høj støtte, omkring 70 % på tværs af klassetrin og andelen med både lav og middel støtte er nogenlunde konstant mellem klassetrin.

**Figur 7.2.10** Procentvis fordeling af oplevet støtte fra venner efter køn og klassetrin



**Forældreuddannelse.** Figur 7.2.11 viser andelen, som oplever høj støtte fra venner, efter forældreuddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen er højest (71 %) blandt elever, hvis forældre har en lang, mellemlang eller kort videregående uddannelse som højest fuldførte, og andelen er lavest (64 %) blandt elever, hvis forældre har grundskole som højst fuldførte uddannelsesniveau.

**Figur 7.2.11** Procentvis fordeling af oplevet støtte fra venner efter forældres uddannelse



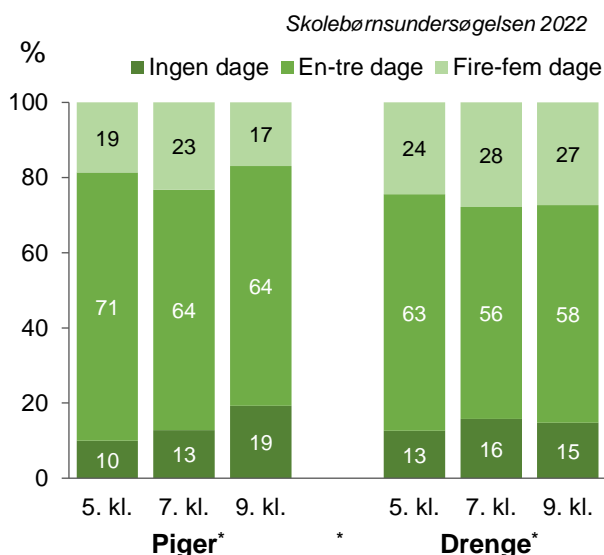
### Sammen med venner i hverdage

I de seneste 20 år har skoleelevernes samvær med venner ændret sig betydeligt. Hvor børn og unges kontakt tidligere overvejende var gennem fysisk samvær, har børn og unge i dag utallige muligheder for kontakt samt for at fastholde og udvikle venskaber online. I de efterfølgende afsnit belyses først elevernes fysiske samvær i fritiden om dagen samt om aftenen. Dernæst viser vi i figur 7.2.16 hyppigheden, hvormed eleverne er i kontakt med andre online.

Eleverne er blevet spurgt, hvor mange dage om ugen, de normalt er sammen med venner lige efter skole med svarkategorier rangerende fra 'En dag' til 'Fem dage', det er også muligt at svare 'Ingen dage'. Eleverne er blevet bedt om at tælle fritidsaktiviteter med.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.2.12 viser svarfordelingen af antal hverdage, eleverne er sammen med venner om ugen. For pigerne ses en forskel mellem klassetrin, hvor andelen, der aldrig er sammen med venner på hverdage, er 10 % i 5. klasse, mens det drejer sig om en dobbelt så stor andel i 9. klasse (19 %). Blandt piger er det på alle klassetrin cirka hver femte, der er sammen med venner fire til fem dage om ugen i hverdagen. Blandt drengene ser vi, at cirka hver fjerde er sammen med venner fire til fem gange om ugen på alle tre klassetrin. Der ses en lille stigning i andelen af drenge, som aldrig er sammen med venner efter skole, fra 5. til 7. og 9. klasse.

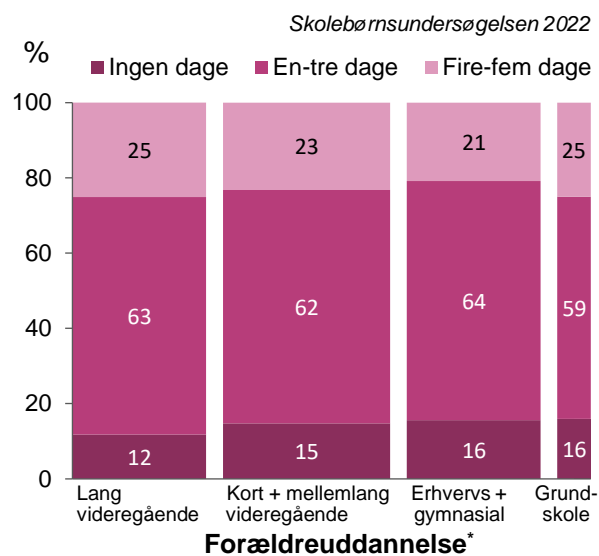
**Figur 7.2.12** Procentvis fordeling af antal hverdage med venner om ugen efter køn og klassetrin



**Forældreuddannelse.** Figur 7.2.13 viser den procentvise fordeling af hvor mange hverdage om ugen, eleverne er sammen med venner lige efter skoletid. Søjlernes bredde svarer til antallet af elever i hver uddannelseskategori. Hver fjerde elev er sammen med venner fire til fem dage om ugen blandt elever, hvis forældre henholdsvis har en lang videregående uddannelse eller grundskole som højest fuldførte, mens det procentvis er lidt færre i de andre uddannelsesgrupper. Andelen, som ingen dage er sammen med

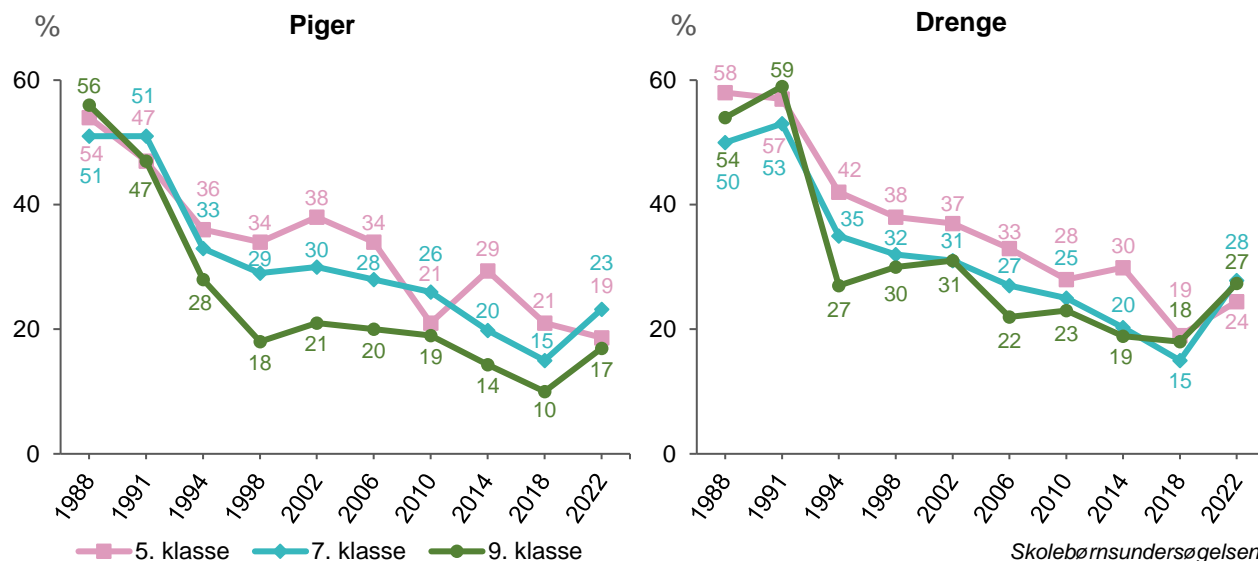
venner efter skoletid, er lidt lavere blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse, sammenlignet med de resterende uddannelsesgrupper, hvor andelen er nogenlunde ens.

**Figur 7.2.13** Procentvis fordeling af antal hverdage med venner om ugen efter forældres uddannelse



**Udvikling.** Siden 1988 er eleverne blevet spurgt, hvor mange hverdage om ugen de normalt er sammen med venner lige efter skole. Det nuværende spørgsmål og de tilhørende svarkategorier har været uændrede siden 2002. Forinden var det muligt at svare '4-5 dage om ugen', '2-3 dage om ugen', '1 dag om ugen eller sjældnere' og 'Har ingen venner for tiden'. Figur 7.2.14 viser udviklingen i andelen, der er sammen med venner fire til fem dage om ugen. Her ses, at udviklingen har været markant og støt faldende for begge køn og alle klassetrin, dog med stigning fra 2018 til 2022 for alle undtagen piger i 5. klasse, hvor den faldende tendens er fortsat.

**Figur 7.2.14** Andel, som er sammen med venner fire til fem hverdage om ugen, 1988-2022 (%)

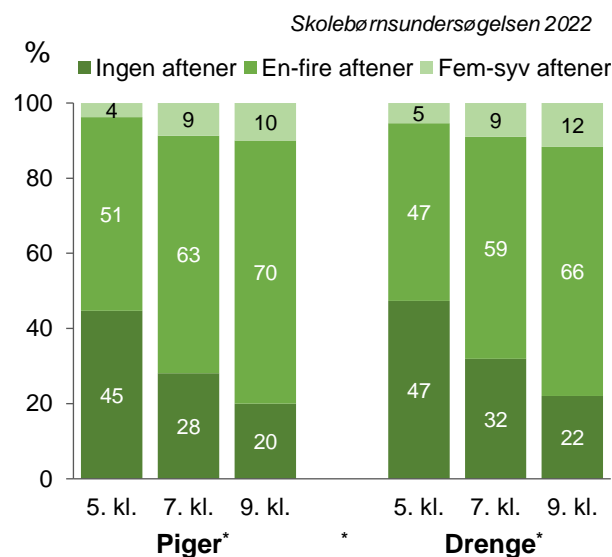


**Sammen med venner om aftenen**

Eleverne får også et spørgsmål om, hvor mange aftener om ugen, de er ude med venner, med svarkategorier rangerende fra 'En aften' til 'Syv aftener', ydermere er det muligt at svare 'Ingen aftener'. Eleverne er blevet bedt om at tælle fritidsaktiviteter med.

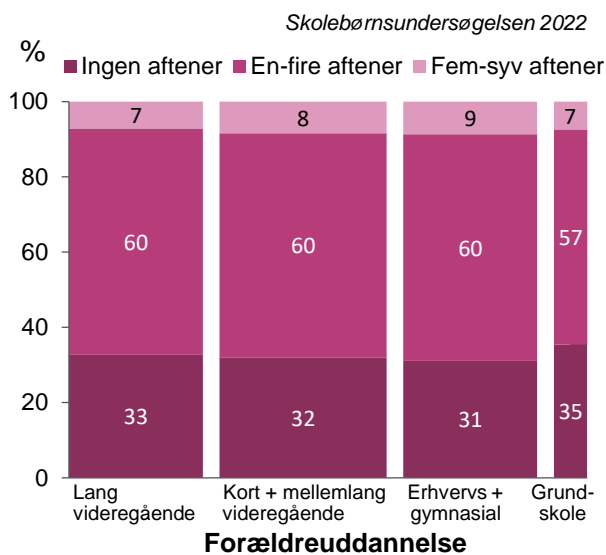
*Køn og klassetrin.* Figur 7.2.15 viser andelen af eleverne, som er ude med venner henholdsvis ingen, en til fire og fem til syv aftener om ugen. Mønsteret blandt drenge og piger er meget ens, og således ser vi for begge køn en stigning fra 5. til 9. klasse i andelen, der er sammen med venner om aftenen i løbet af ugen.

**Figur 7.2.15** Procentvis fordeling af antal aftener ude med venner om ugen efter køn og klassetrin



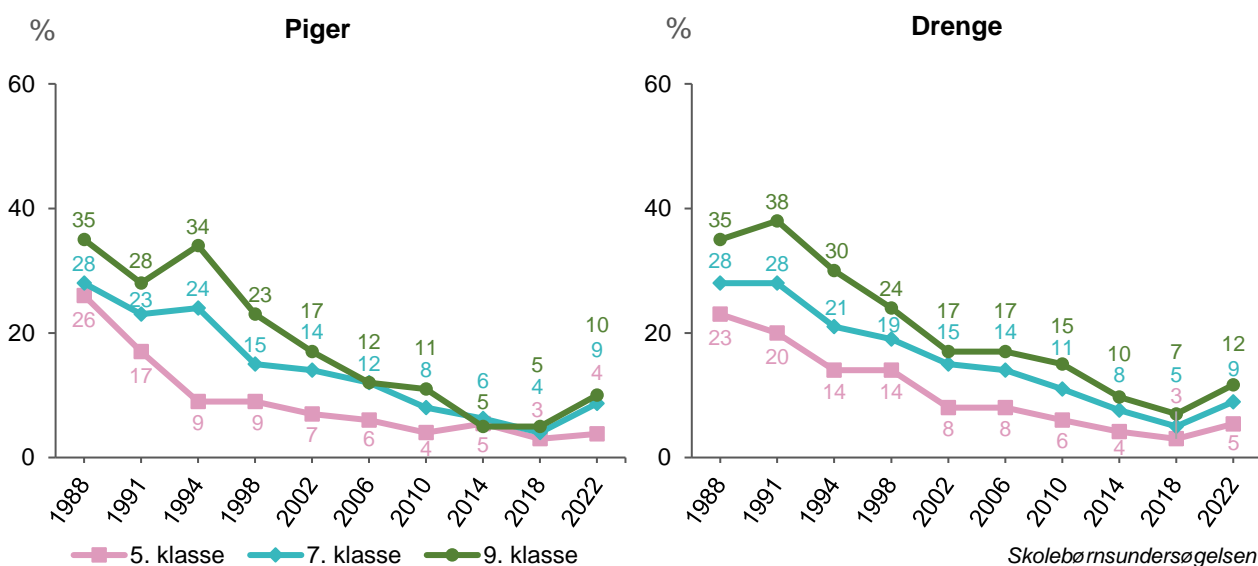
*Forældreuddannelse.* Figur 7.2.16 viser andelen af elever, som ingen aftener, en til fire aftener og fem til syv aftener om ugen er ude med venner. Søjlebredden afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Fordelingen er næsten den samme i de fire kategorier af forældreuddannelse.

**Figur 7.2.16** Procentvis fordeling af antal aftener ude med venner om ugen efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Siden 1988 er eleverne blevet spurgt, hvor mange aftener om ugen de er ude med venner. Figur 7.2.17 viser udviklingen fra 1988 til 2022. Der ses et markant fald i andelen af elever, som er sammen med venner fem eller flere aftener om ugen. Dette fald ses på alle tre klassetrin og for begge køn. I 1988 var det hver fjerde 5. klasses elev og hver tredje 9. klasses elev, som var sammen med venner mindst fem aftener om ugen. De nyeste tal fra 2022 viser, at dette tal er faldet til cirka hver tiende elev i 9. klasse og hver syvende elev i 5. klasse.

**Figur 7.2.17** Andel, som er ude med venner mindst fem aftener om ugen, 1988-2022 (%)



### Online kontakt

I Skolebørnsundersøgelsen belyser vi også, hvor hyppigt eleverne er i kontakt med venner og andre relationer online. Spørgsmålet bruges i det internationale HBSC-netværk til at belyse andelen af børn, som er online hele tiden (intensive users). I Danmark synes vi, det er relevant at vise fordelingen af, hvor hyppigt børn er i online kontakt generelt, da denne kontakt også bidrager til det samlede

billede af børnenes sociale relationer. For eksempel kan det at være online hele tiden potentielt komme i vejen for udfoldelsen af andre meningsfulde aktiviteter, mens ingen online kontakt kan betyde, at man er afkoblet fra en betydningsfuld del af det sociale liv, der udspiller sig.

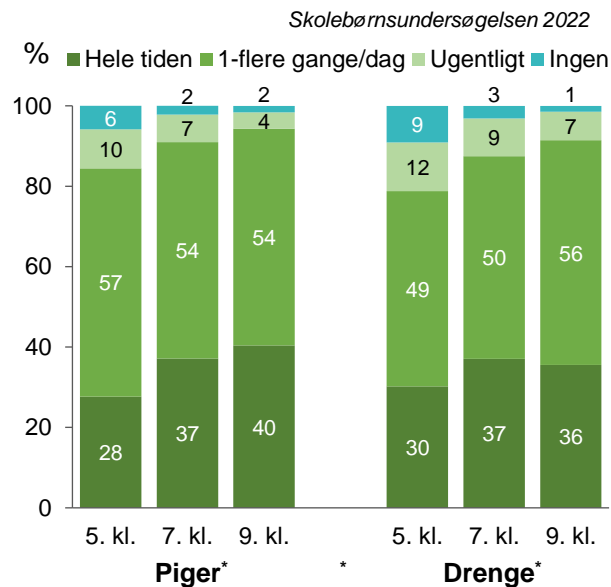
For at afdække online kontakt er eleverne blevet spurgt, hvor tit de snakker eller skriver online med 'Nære venner', 'Venner fra en

større vennegruppe', 'Venner, som du har lært at kende online' samt 'Andre end venner (fx forældre, søskende, klassekammerater, lærere)'. Eleverne angiver hyppigheden af kontakt med disse sociale relationer med udgangspunkt i svarkategorierne: 'Ved ikke/Har ikke denne kontakt', 'Aldrig eller næsten aldrig', 'Mindst hver uge', 'Hver dag eller næsten hver dag', 'Flere gange hver dag' eller 'Næsten hele tiden hver dag'. Hver elev bliver kategoriseret med udgangspunkt i den relation, de hyppigst har kontakt med. For eksempel er en elev, der næsten hele tiden hver dag er i kontakt med 'Nære venner', kategoriseret som at have online kontakt 'Hele tiden' uanset hyppigheden af kontakt med andre sociale relationer.

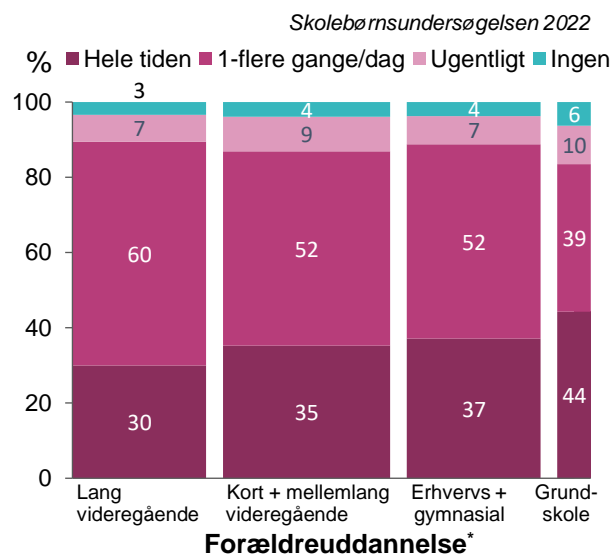
**Køn og klassetrin.** Figur 7.2.18 viser svarfordelingen af elevernes online kontakt. Figuren viser, at andelen af elever, som er i online kontakt med andre næsten hele tiden hver dag, stiger fra 5. til 7. og 9. klasse hos både drenge og piger. Kun en meget lille gruppe elever angiver ikke at have online kontakt med andre, og andelen er faldende med stigende klassetrin.

**Forældreuddannelse.** Figur 7.2.19 viser fordelingen af eleverne efter online kontakt i de fire kategorier af forældreuddannelse. Søjlernes bredde svarer til antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen, som har online kontakt stort set hele tiden, er lavest (30 %) blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse. Andelen bliver højere og højere, jo kortere forældreuddannelsen er, og andelen er 44 % blandt elever, hvis forældre har grundskole som højst fuldførte uddannelsesniveau. Derudover ses det, at andelen, som har ugentlig eller ingen online kontakt, er højest blandt elever, hvis forældre har en lang videregående uddannelse (10 %), og lavest blandt elever, hvis forældre har grundskole som højst fuldførte uddannelse (16 %).

**Figur 7.2.18** Procentvis fordeling af online kontakt efter køn og klassetrin



**Figur 7.2.19** Procentvis fordeling af online kontakt efter forældres uddannelse



## 7.3 Mobning

Mobning er, når man gentagne gange bliver holdt udenfor, drillet, slået eller generet på en væmmelig måde (Smith 2016). Der er en del forskning om mobning, som entydigt viser, at det kan have alvorlige konsekvenser for den, som bliver mobbet. Ofre for mobning har forhøjet forekomst af smerter, psykiske symptomer, ensomhed, risikoadfærd og mistro (Due et al. 2005, Moore et al. 2017, Quinn et al. 2016). Disse konsekvenser begrænser sig ikke til skoletiden, men fortsætter ind i voksenlivet. Nye studier, som har fulgt mobbeofre i årtier, viser, at de har øget forekomst af psykiske problemer, ensomhed, overvægt, forhøjet niveau af inflammation i kroppen, selvskadende adfærd, selvmordstanker, svage sociale relationer, mindre uddannelse, øget risiko for arbejdsløshed, fyring og økonomiske problemer (Gorman et al. 2021, Klomek et al. 2015).

Mobning har ikke kun negative konsekvenser for den, som bliver mobbet. Det gælder også for dem, som mobber andre (Mark et al. 2019). Derfor er indsatsen mod mobning en vigtig sundhedsfremmende indsats.

Mobning online kan foregå mere anonymt, nå længere ud, florere længere tid og også foregå efter skoletid (Cosma et al. 2020). At være udsat for online mobning, enten alene eller i kombination med mobning i for eksempel skolen, har også alvorlige negative konsekvenser for børns mentale helbred og sundhedsadfærd (Moore et al. 2017).

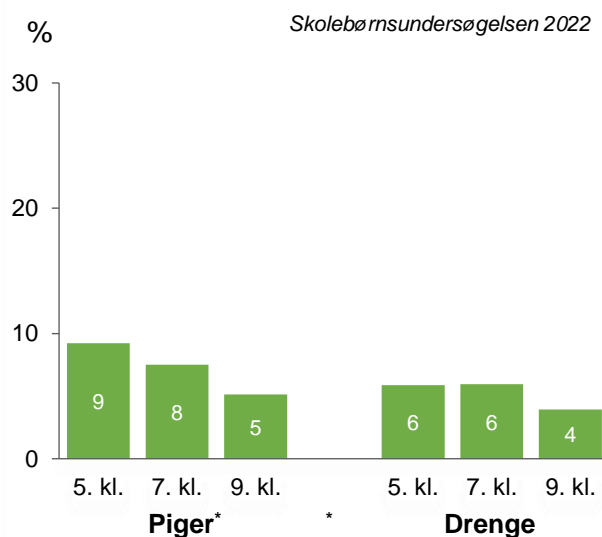
I Skolebørnsundersøgelsen spørger vi eleverne om deres erfaringer med mobning i to vigtige kontekster i børns liv: Skolen og online. Vi spørger både ind til deres erfaringer med at blive mobbet selv og deres erfaringer med at mobbe andre.

### Udsat for mobning i skolen

Forekomsten af at være offer for mobning måles ved hjælp af spørgsmålet: 'I de sidste par måneder: Hvor tit er du blevet mobbet i skolen?' med følgende fem svarkategorier: 'Jeg er ikke blevet mobbet', 'Det er sket én eller to gange', '2-3 gange om måneden', 'Ca. en gang om ugen' og 'Flere gange om ugen'. I denne rapport defineres dem, der mobbes, som den andel, der har svaret en af de sidste tre svarkategorier.

*Køn og klassetrin.* Figur 7.3.1 viser andelen af elever, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden i løbet af de sidste par måneder. Blandt pigerne angiver næsten dobbelt så mange i 5. klasse (9 %) at være blevet mobbet i forhold til pigerne i 9. klasse (5 %). For drengene ses ikke en nævneværdig forskel i andelen, der mobbes, mellem de tre klassetrin. Sammenlignes piger og drenge oplever en højere andel af pigerne at være blevet mobbet mindst et par gange om måneden.

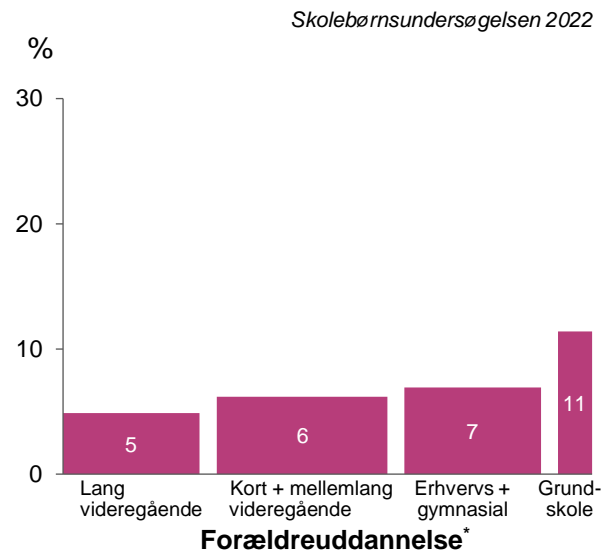
**Figur 7.3.1** Andel, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden, efter køn og klassetrin (%)



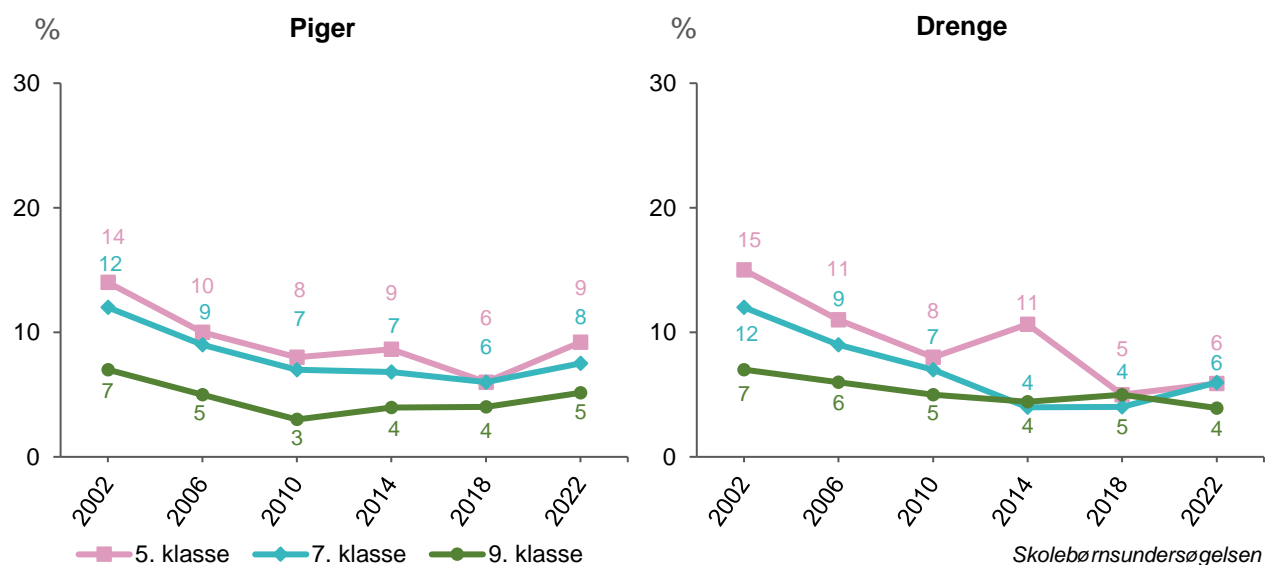
**Forældreuddannelse.** Figur 7.3.2 viser andelen af elever, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden, efter forældreuddannelse, hvor søjlernes bredde afspejler andelen af elever i hver uddannelsesgruppe. Andelen, som er blevet mobbet jævnlige, er lavest (5 %) blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse. Andelen, som mobbes, stiger jo kortere forældrenes uddannelse er, og blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er det 11 %, som er blevet mobbet.

**Udvikling.** Figur 7.3.3 viser udviklingen i andelen af elever, der er blevet mobbet gennem de seneste 20 år; fra 2002 til 2022 efter køn og klassetrin. Figuren viser, at andelen, som er blevet mobbet, er faldet særligt fra 2002 til 2010 og især blandt eleverne i 5. og 7. klasse, hvorefter andelen har været nogenlunde stabil for begge køn og på tværs af klassetrin.

**Figur 7.3.2** Andel, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 7.3.3** Andel, som er blevet mobbet mindst et par gange om måneden, 2002-2022 (%)

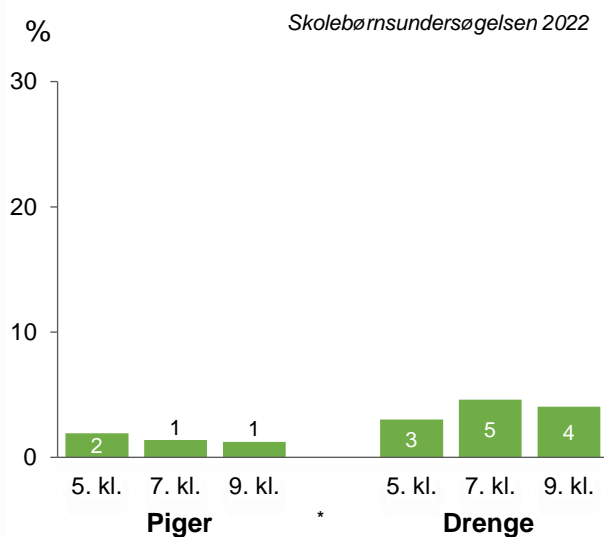


### Deltaget i mobning i skolen

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 følgende fem svarkategorier: 'Jeg har ikke mobbet andre', 'Det er sket én eller to gange', '2-3 gange om måneden', 'Ca. én gang om ugen' og 'Flere gange om ugen'. I denne rapport defineres dem, der mobber andre, som andelen, der har svaret en af de sidste tre svarkategorier.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.3.4 viser andelen af elever, som angiver at have mobbet andre mindst et par gange om måneden. Vi ser ingen nævneværdig forskel i andelen, som mobber mellem de tre klassetrin for hverken piger eller drenge. Vi ser derimod, at en signifikant højere andel drenge (3-5%) end piger (1-2%) mobber andre.

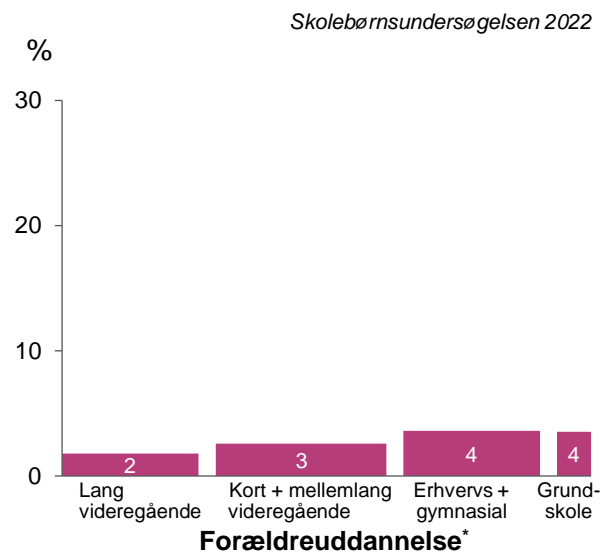
**Figur 7.3.4** Andel, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden, efter køn og klassetrin (%)



**Forældreuddannelse.** Figur 7.3.5 viser andelen af elever, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden, efter forældres uddannelse. Søjlernes bredde

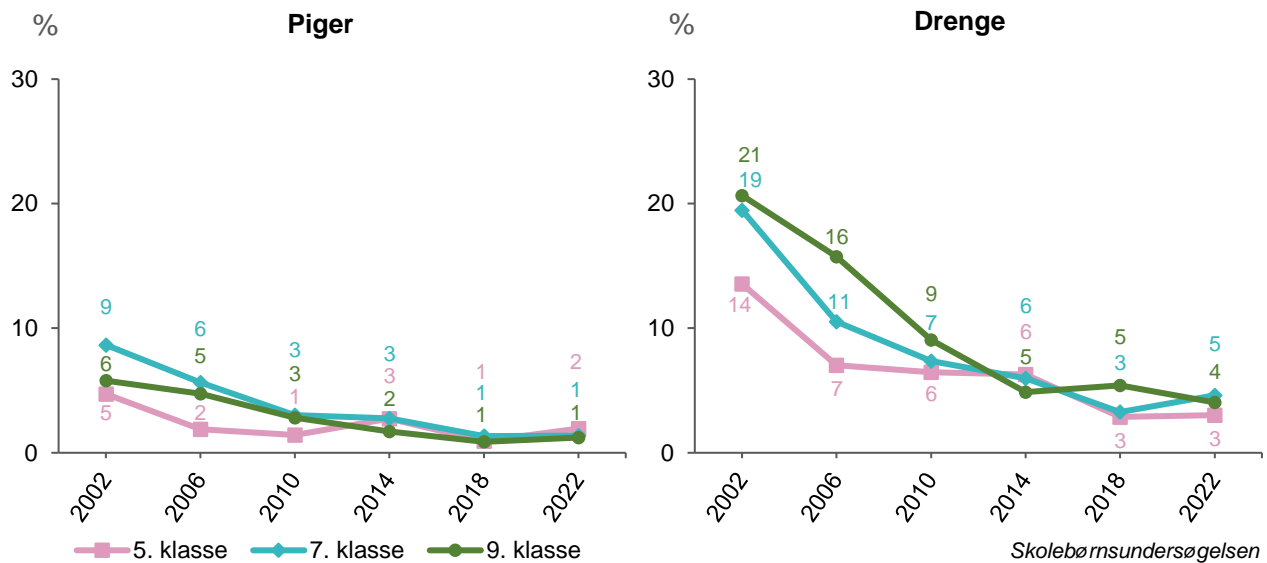
svarer til antallet af elever i hver uddannelseskategori. Der ses en mindre stigning i andelen, jo kortere uddannelse forældrene har. Således er der 2 %, der har mobbet andre, blandt elever, hvis forældre har en langt videregående uddannelse, og 4 % blandt elever, hvis forældres højest fuldførte uddannelse er en erhvervs- eller gymnasial uddannelse eller grundskole. Forskellen mellem uddannelsesgrupper er statistisk signifikant.

**Figur 7.3.5** Andel, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden, efter forældres uddannelse (%)



**Udvikling.** Figur 7.3.6 viser i udviklingen i andelen, der har mobbet andre et par gange om måneden over en 20-årig periode: fra 2002 til 2022. For både drenge og piger ses et markant fald i andelen som mobber andre fra 2002 til 2002. Faldet er dog tydeligt blandt drengene og især blandt drenge i 7. og 9. klasse. Andelen af drenge, som mobber andre, er mindst dobbelt så høj som andelen af piger gennem hele perioden.

**Figur 7.3.6** Andel, som har mobbet andre mindst et par gange om måneden, 2002-2022 (%)



### Udsat for mobning online

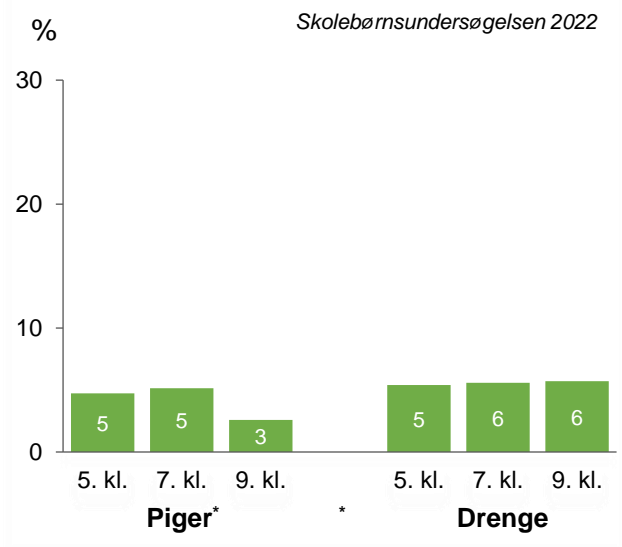
Forekomsten af at blive udsat for online mobning måles ved spørgsmålet 'I de sidste par måneder: Hvor tit er du blevet mobbet online?' med eksempler på for eksempel at sende grimme beskeder eller dele pinlige billeder med andre. Det er muligt at svare, at man ikke har været udsat for online mobning, at det er sket en til to gange, 2-3 gange om måneden, cirka ugentligt eller flere gange ugentligt. De følgende figurer viser andelen, som er blevet mobbet mindst 2-3 gange om måneden.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.3.7 viser andelen af elever, der er blevet mobbet online inden for de sidste par måneder. Cirka hver tyvende elev på tværs af både køn og klassetrin angiver at været udsat for online mobning indenfor de seneste par måneder. Andelen af piger i 9. klasse der har været udsat for online mobning, er dog lavere (3%).

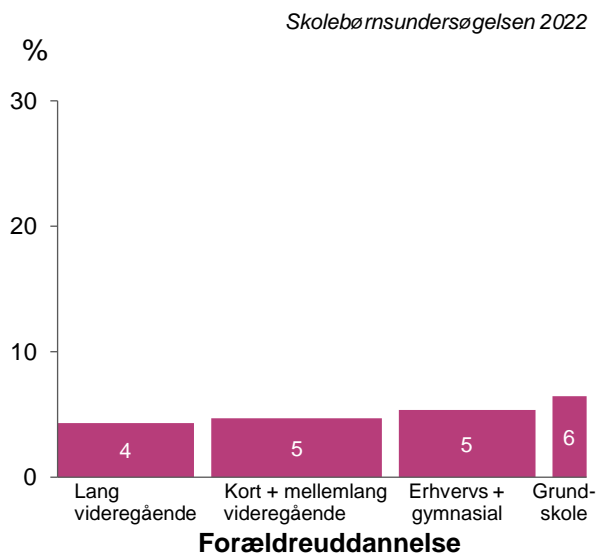
**Forældreuddannelse.** Figur 7.3.8 viser andelen af elever, som er blevet mobbet online inden for de sidste par måneder efter forældres uddannelse, hvor bredden på søjlerne viser antallet af elever i hver uddannelsesgruppe. Der er ingen tydelig

forskel i andelen af elever, som bliver mobbet online på tværs af de forskellige uddannelsesgrupper. Andelen er 4 % blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse og 6 blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveauer. Der er ikke tale om signifikante forskelle.

**Figur 7.3.7** Andel, som er blevet mobbet online mindst et par gange om måneden, efter køn og klassetrin (%)



**Figur 7.3.8** Andel, som er blevet mobbet online mindst et par gange om måneden, efter forældres uddannelse (%)



### Deltaget i mobning online

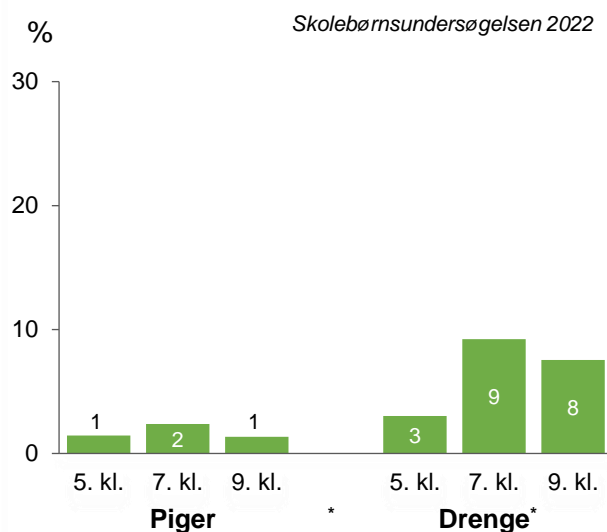
Forekomsten af deltagelse i online mobning måles ved spørgsmålet 'I de sidste par måneder: Hvor tit har du mobbet andre online?' med eksempler på at sende grimme beskeder eller dele pinlige billeder med andre. Det er muligt at svare, at man ikke har mobbet andre online, at det er sket en til to gange, 2-3 gange om måneden, cirka ugentligt eller flere gange ugentligt. De følgende figurer viser andelen, som har mobbet andre online mindst 2-3 gange om måneden.

**Køn og klassetrin.** Figur 7.3.9 viser, at andelen, der har mobbet andre online, er 1-2 % blandt pigerne på alle tre klassetrin. Andelen som angiver at have mobbet andre online er markant højere blandt drengene og særligt i 7. (9 %) og 9. klasse (8 %).

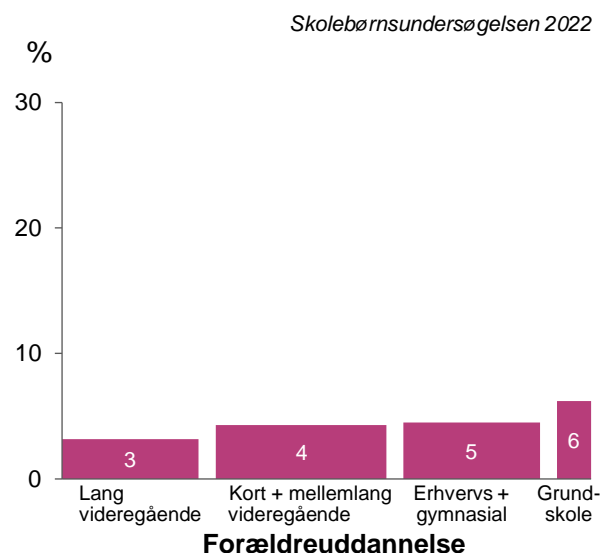
**Forældreuddannelse.** Figur 7.3.10 viser andelen af elever, som har mobbet andre online inden for de sidste par måneder efter forældres længste uddannelse. Der er ingen tydelige forskelle i andelen mellem de fire uddannelsesgrupper. Andelen er lavest (3 %)

blandt elever hvis forældre har lang videregående uddannelse. Blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er andelen 6 %. Der er ikke tale om signifikante forskelle.

**Figur 7.3.9** Andel, som har mobbet andre online mindst et par gange om måneden, efter køn og klassetrin (%)



**Figur 7.3.10** Andel, som har mobbet andre online mindst et par gange om måneden, efter forældres uddannelse (%)



## 8 Skoleliv

Danske børn og unge tilbringer en meget stor del af deres tid i skolen. Skolen udgør derfor en helt central arena i børn og unges hverdagsliv. Foruden at være et læringsmiljø, hvor eleverne opnår boglige kundskaber og færdigheder, har skolen afgørende betydning for elevernes sociale og psykiske udvikling, mens de bevæger sig fra at være et barn i indskoling til at være et ungt menneske i udskoling – og derigennem forbereder sig på voksenlivet. Hvis skolen skal understøtte udviklingen gennem barn- og ungdommen, sådan at disse kendetegnes ved høj mental, social og fysisk trivsel, må skolemiljøet og elevernes oplevelse af skolelivet nødvendigvis være inkluderende og anerkendende og involvere positive relationer til både andre elever og skolens lærere og pædagoger. Skolen skal være et trygt sted at være – fri for mobning og eksklusion (Forsberg et al. 2021, Cefai et al. 2022).

Elevers oplevelse af deres skoleliv indeholder mange aspekter og kan måles på mange måder. I Skolebørnsundersøgelsen fokuserer vi på fire centrale elementer, nemlig elevernes skoletilfredshed, elevernes oplevede arbejdsbelastning, elevernes oplevede støtte fra henholdsvis lærere og klassekammerater samt elevernes oplevelse af elevfællesskabet. Hver af disse har stor betydning for børn og unges oplevelse af deres hverdag i skolen og er samtidigt indbyrdes afhængige. For eksempel er det afgørende for elevernes skoletilfredshed, at de oplever gode sociale relationer til deres skole- og klassekammerater (Jiang et al., 2013; Muscará et al. 2018; Horanicova et al. 2020), ligesom der er påvist stærke sammenhænge mellem at føle sig presset af skolearbejdet og skoletilfredshed (Löfstedt, et al. 2020).

## 8.1 Skoletilfredshed

Foruden at være en central indikator for børn og unges oplevelse af deres hverdag i skolen er graden af skoletilfredshed afgørende for en række trivselsparametre og sundheds- og risikoadfærdstyper. Således er lav skoletilfredshed associeret med øget forekomst, at fysiske og psykiske symptomer som for eksempel hovedpine, mavepine, nervøsitet og søvnbesvær (Horanicova et al. 2022), ligesom elever med lav skoletilfredshed hyppigere er involveret i slåskampe og har mere skolefravær end elever med høj skoletilfredshed (Horanicova et al. 2022). I forhold til sundheds- og risikoadfærd viser en række studier, at elever, som ikke trives i skolen, bruger mere tid foran skærmen (Khan et al. 2022), hyppigere ryger cigaretter, oftere drikker alkohol (Dimitrova et al. 2020).

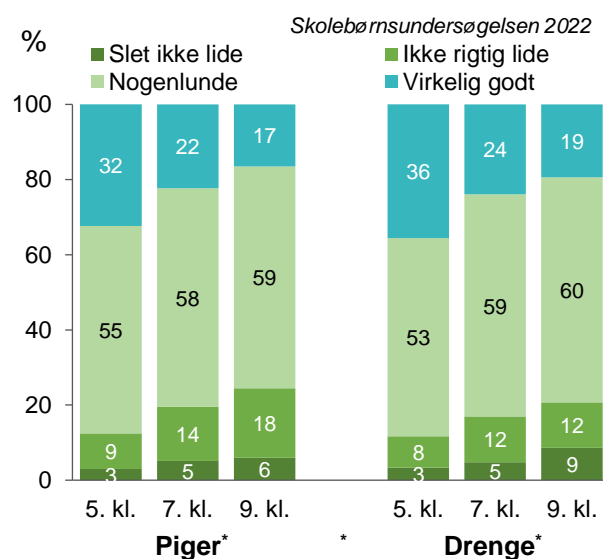
I Skolebørnsundersøgelsen måles elevernes skoletilfredshed med et spørgsmål om, hvad eleverne synes om skolen. Spørgsmålet lyder 'Hvad synes du om skolen for øjeblikket?'. Hertil kan eleverne vælge mellem følgende svarkategorier: 'Jeg kan virkelig godt lide den', 'Jeg synes, den er nogenlunde', 'Jeg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

**Køn og klassetrin.** Figur 8.1.1 viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klassetrin. For både piger og drenge ses et statistisk signifikant mønster, hvor andelen af elever, som svarer, at de virkelig godt kan lide skolen, falder med stigende klassetrin. I 5. klasse er det således omtrent hver tredje elev, som virkelig godt kan lide skolen, mens dette gælder for omkring hver femte i 9. klasse. Sammenlignet med pigerne er der blandt drenge i 9. klasse en større andel, som slet ikke eller ikke kan lide deres skole.

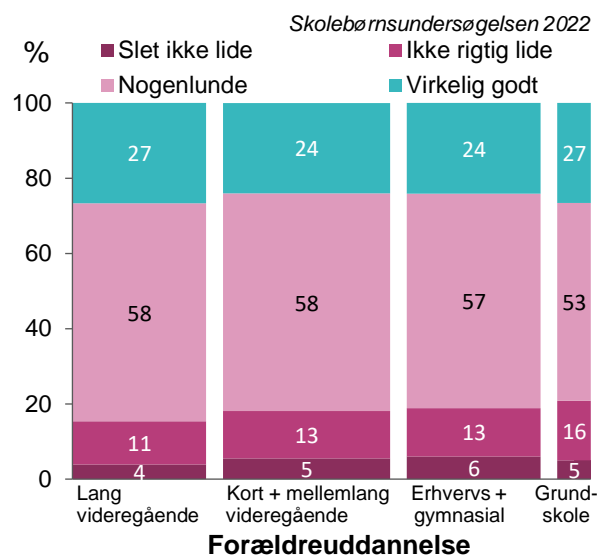
**Forældreuddannelse.** Figur 8.1.2 viser elevernes svar på spørgsmålet 'Hvad synes du om skolen for tiden?' efter forældres uddannelse. Søjlernes bredde svarer til

antallet af elever i hver uddannelseskategori. På tværs af uddannelsesgrupper svarer cirka hver fjerde elev, at de virkelig godt kan lide skolen. Andelen, som ikke kan lide skolen, bliver højere, jo kortere forældreuddannelsen er, og går fra 15 % blandt elever, hvis forældre har en lang videregående uddannelse, til 21 % blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse. Der er dog ikke statistisk signifikant forskel mellem uddannelsesgrupperne.

**Figur 8.1.1** Procentvis fordeling af, hvad elever synes om skolen, efter køn og klassetrin

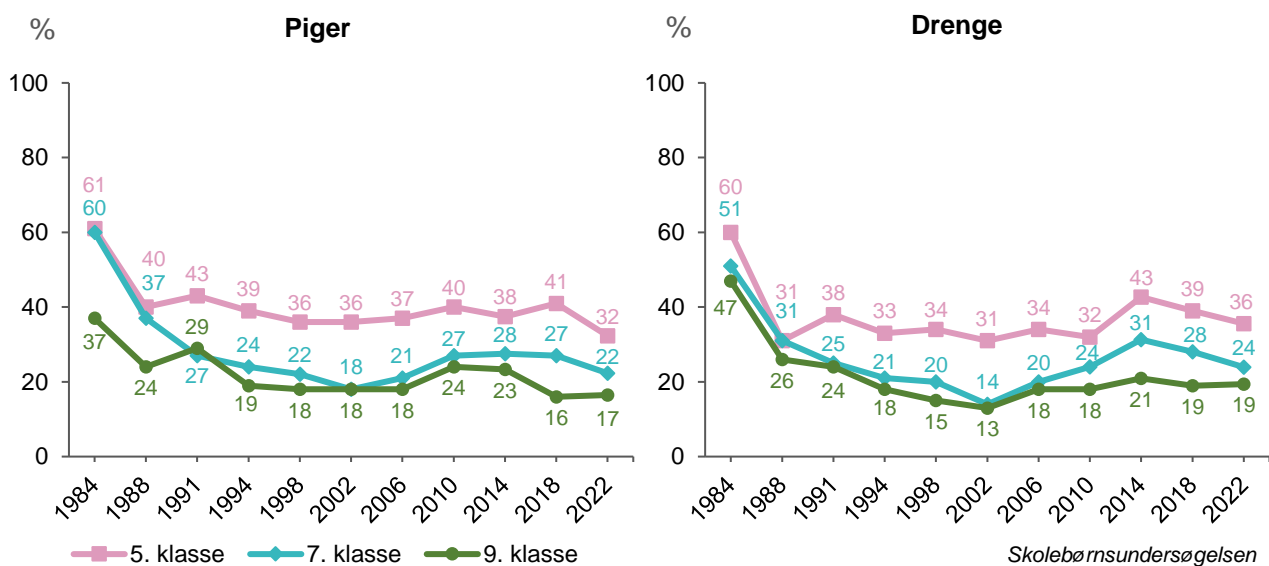


**Figur 8.1.2** Procentvis fordeling af, hvad elever synes om skolen, efter forældres uddannelse



*Udvikling.* Eleverne er siden 1984 blevet spurgt om, hvad de synes om skolen. Figur 8.1.3 viser udviklingen fra 1984 og frem til 2022 i andelen af elever, som virkelig godt kan lide skolen. Blandt både piger og drenge og i alle aldersgrupper ses et markant fald helt tidligt i perioden fra 1984 til 1988. Herfra stabiliserede udviklingen sig blandt elever i 5. klasse med undtagelse af en stigning blandt drengene fra 2010 til 2014. Over de seneste undersøgelsesrunder er andelen af elever i 5. klasse, som virkelig godt kan lide skolen, faldet blandt både drenge og piger. Blandt eleverne i 7. og 9. klasse fortsatte den faldende tendens frem til omkring årtusindskiftet, hvorfra andelen, som virkelig godt kan lide skolen, forblev nogenlunde stabil blandt 7. klasse, dog med en stigning i andelen, som virkelig godt kan lide skolen efterfulgt af et fald i de seneste undersøgelsesrunder.

**Figur 8.1.3** Andel, som virkelig godt kan lide skolen, 1984-2022 (%)



## 8.2 Pres af skolearbejde

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

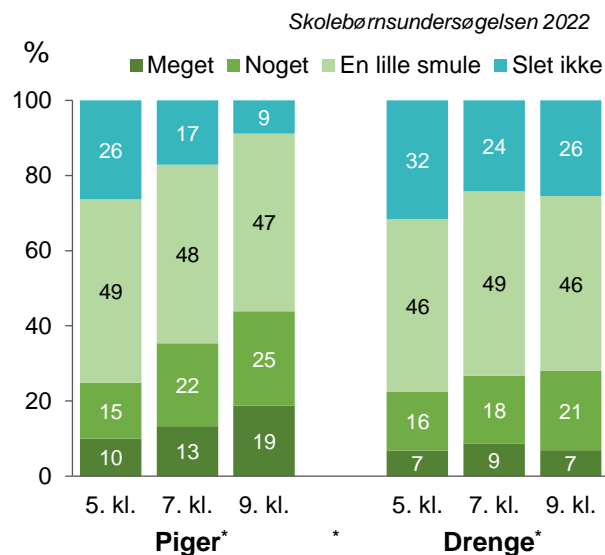
Elevernes oplevede pres af skolearbejdet måles ved spørgsmålet 'Hvor presset føler du dig af det skolearbejde, du skal lave (både i skolen og lektier hjemme)?' med følgende fire svarkategorier: 'Slet ikke', 'En lille smule', 'Noget' og 'Meget'.

**Køn og klassetrin.** Figur 8.2.1 viser svarfordelingen for piger og drenge på de tre klassetrin. For både piger og drenge ses et mønster, hvor andelen af elever, som svarer, at de slet ikke føler sig presset af skolearbejde, falder med stigende klassetrin. Særligt blandt pigerne sker der parallelt en markant stigning i andelen af elever, som føler sig meget eller noget presset af skolearbejdet. Blandt pigerne i 5. klasse udgør andelen, der føler sig meget (10 %) eller noget presset (15 %) af skolearbejde samlet 25 %, mens den samlede andel er næsten dobbelt så høj (44 %) blandt pigerne i 9. klasse. Sammenlignet med pigerne føler drengene sig mindre presset af skolearbejdet – og dette mønster er statistisk signifikant og er særligt udtalt blandt eleverne på 9. klassetrin.

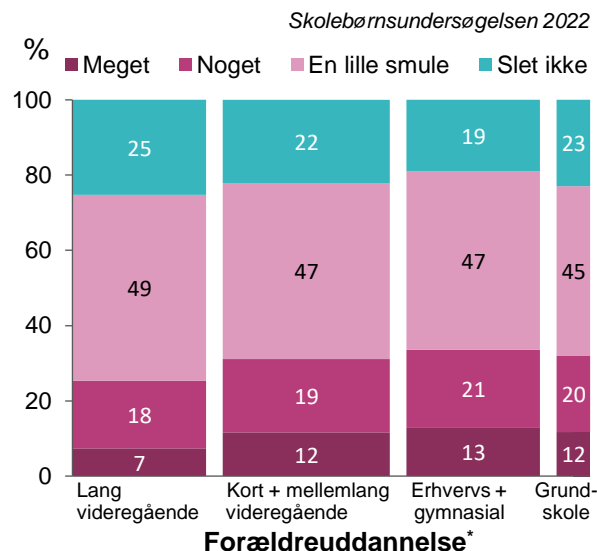
**Forældreuddannelse.** Figur 8.2.2 viser fordelingen af svar på spørgsmålet 'Hvor presset føler du dig af det skolearbejde, du skal lave (både i skolen og lektier hjemme)?' efter forældres uddannelse. Der ses en sammenhæng mellem dét at føle sig presset af skolearbejde og højest fuldførte uddannelse blandt forældrene således at andelen, der slet ikke føler sig presset falder jo kortere

uddannelse forældrene har. Samtidig stiger andelen, der føler sig meget eller noget presset af skolearbejde, jo kortere uddannelse forældrene har. Det gælder dog ikke den lille gruppe med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

**Figur 8.2.1** Procentvis fordeling af oplevet pres af skolearbejde efter køn og klassetrin

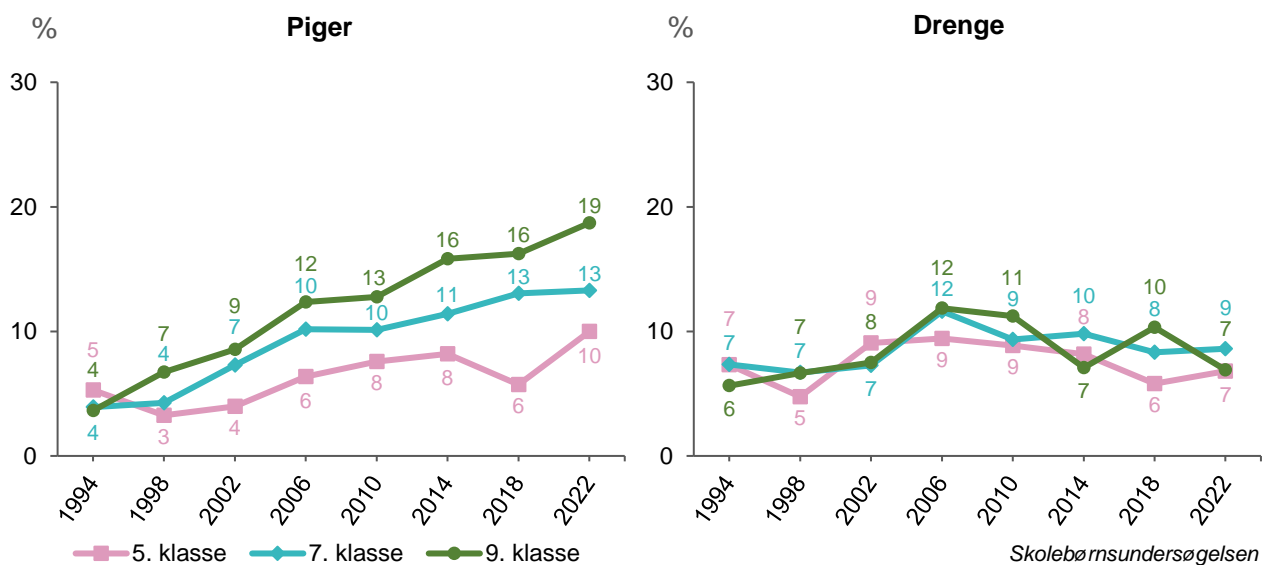


**Figur 8.2.2** Procentvis fordeling af pres af skolearbejde efter forældres uddannelse



*Udvikling.* I Skolebørnsundersøgelsen er eleverne spurgt om deres oplevede pres af skolearbejdet siden 1994, og figur 8.2.3 viser udviklingen i andelen af elever, som føler sig meget presset af skolearbejde, fra 1994 til 2022. Blandt pigerne er der over hele perioden sket en stigning i andel af elever, som føler sig meget presset af skolearbejdet. Dette mønster er særligt markant blandt piger i 7. og 9. klasse. Blandt drengene har tendensen været mere stabil med en række mindre udsving hen over den samlede periode fra 1994 til 2022.

**Figur 8.2.3** Andel, som føler sig meget presset af skolearbejde, 1994-2022 (%)



### 8.3 Støtte fra lærere og klassekammerater

Foruden at spille en afgørende rolle for elevernes almene skoletrivsel (Jiang et al. 2013, Muscará et al. 2018, Horanicova et al. 2020), viser litteraturen, at elever, som oplever en høj grad af støtte fra klassekammerater og lærere, oplever en øget grad af livstilfredshed (Siddall et al. 2013, Wahlström et al. 2021). Ligeledes er det vist, at elever, som oplever en lav grad af støtte fra klassekammerater, har en øget risiko for en række fysiske symptomer (Torsheim & Wold 2001) samt flere indikatorer på dårlig mental sundhed. Disse inkluderer blandt andet en række psykiske symptomer, for eksempel angst og depressionssymptomer (Freeman et al. 2012, Garcia-Moya et al. 2015, Matos et al. 2003). Yderligere viser forskningen, at elever, som oplever en høj grad af lærer-støtte, i mindre grad tidligt drikker alkohol (McCarty et al. 2012), i mindre grad ryger cigaretter og sjældnere bruger hash (Perra et al. 2012).

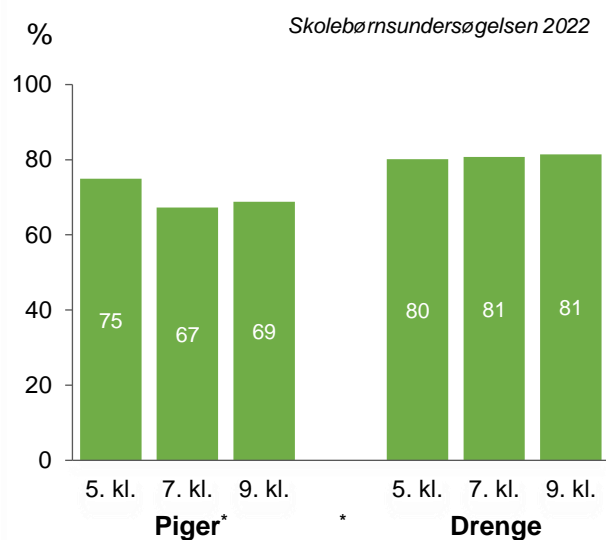
#### Støtte fra klassekammerater

Eleverne spørges om deres oplevelse af støtte fra deres klassekammerater gennem tre spørgsmål: 1) 'Eleverne i min klasse kan godt lide at være sammen', 2) 'De fleste af eleverne i min klasse er venlige og hjælpsomme', og 3) 'Andre elever accepterer mig, som jeg er'. Til disse udtalelser har eleverne kunnet svare 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig' eller 'Helt uenig'. På baggrund af de tre spørgsmål er der dannet en sumskala fra 3 til 15, hvor høj oplevet støtte fra klassekammerater er kendetegnet ved en score på 8-15.

**Køn og klassetrin.** Figur 8.3.1 viser andelen af elever, som oplever høj støtte fra deres klassekammerater for piger og drenge på de tre klassetrin. Generelt oplever signifikant flere drenge end piger høj støtte fra deres klassekammerater, og uafhængigt af klassetrin

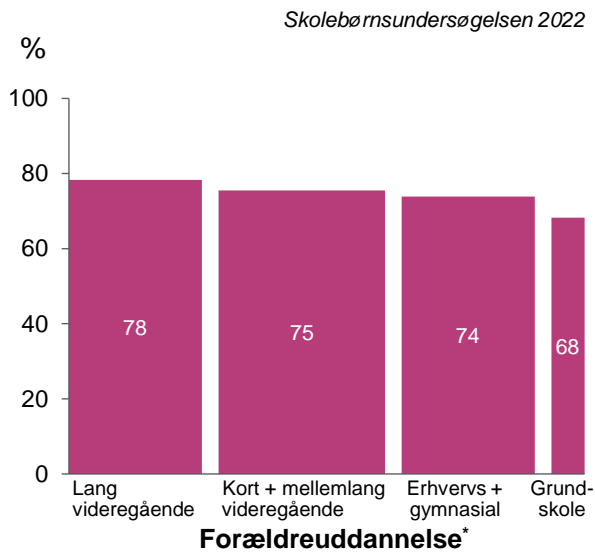
gælder dette for 80 % af drengene. Blandt pigerne er andelen højest i 5. klasse, hvor 75 % oplever høj støtte fra klassekammerater, mens dette gælder for 67 % og 69 % blandt pigerne på henholdsvis 7. og 9. klassetrin.

**Figur 8.3.1** Andel, som oplever høj støtte fra klassekammerater, efter køn og klassetrin (%)

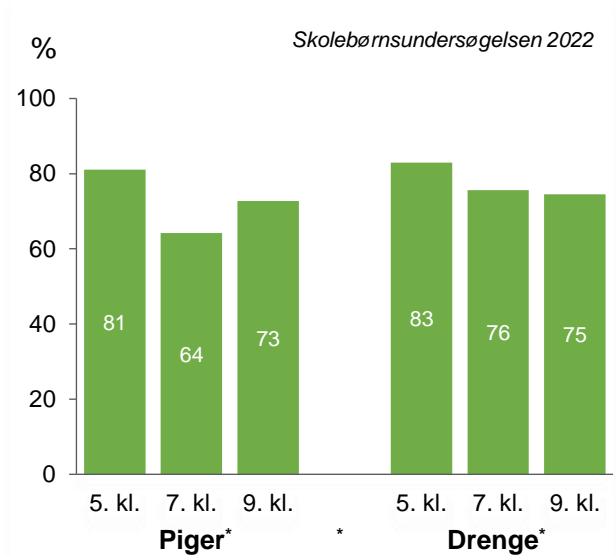


**Forældreuddannelse.** Figur 8.3.2 viser andelen af eleverne, som oplever høj støtte fra klassekammerater, efter forældres uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver uddannelseskategori. Andelen er højest (78 %) blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse. Jo kortere forældreuddannelse, desto færre oplever høj støtte fra klassekammerater. Blandt elever, hvis forældre har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, er det 68 %.

**Figur 8.3.2** Andel, som oplever høj støtte fra klassekammerater, efter forældres uddannelse (%)



**Figur 8.3.3** Andel, som oplever høj støtte fra lærere, efter køn og klassetrin (%)



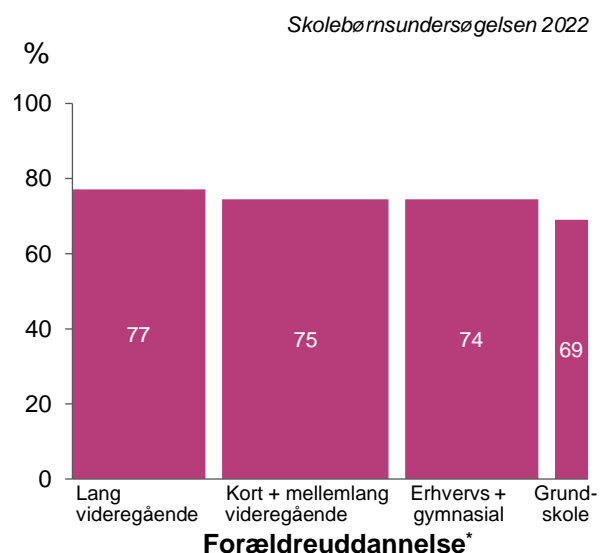
### Støtte fra lærere

Ligeledes spørges eleverne om deres oplevelse af støtte fra lærerne gennem tre spørgsmål. Disse er stillet som følgende tre udtalelser: 1) 'Jeg føler, at mine lærere accepterer mig, som jeg er', 2) 'Jeg føler, at mine lærere tager sig af mig', og 3) 'Jeg føler, at jeg kan stole på mine lærere'. Hertil har eleverne haft følgende fem svarmuligheder: 'Helt enig', 'Enig', 'Hverken enig eller uenig', 'Uenig' og 'Helt uenig'. På baggrund af de tre spørgsmål er der dannet en sumskala fra 3 til 15, hvor høj oplevet støtte fra lærere er kendetegnet ved en score på 8-15.

**Køn og klassetrin.** Figur 8.3.3 viser andelen af elever, som oplever høj støtte fra lærere efter køn og klassetrin. Både blandt piger og drenge er der signifikant flest elever i 5. klasse, som oplever høj støtte fra lærere.

**Forældreuddannelse.** Figur 8.3.4 viser andelen, som oplever høj grad af støtte fra lærerne. Andelen er højest (77 %) blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse, og andelen bliver mindre jo kortere forældres uddannelse er. Blandt elever, hvis forældre har grundskole som højest fuldførte uddannelse, er andelen 69 %.

**Figur 8.3.4** Andel, som oplever høj støtte fra lærere, efter forældres uddannelse (%)



## 8.4 Elevfællesskab

Et fællesskab er kendetegnet ved en oplevelse af samhørighed mellem flere individer. Denne samhørighed kan have afsæt i fælles overbevisninger, interesser, normer eller værdier eller i nogle tilfælde fælles rammer, såsom en skole, en idrætsforening, en familie eller en skoleklasse (Knoop et al. 2017, Nielsen & Holstein 2021). Dog er det at dele fælles rammer eller interesser ikke nødvendigvis ensbetydende med, at man er inkluderet i fællesskabet eller oplever at være en del af det. At indgå i positive sociale relationer og at føle sig som en del af et fællesskab er afgørende for vores sundhedsadfærd, fysiske og mentale sundhed (Bond et al. 2007, Ehsan et al. 2019). Derfor er det selvsagt vigtigt for trivsel blandt elever, at de oplever at være en del af fællesskabet i den skole og skoleklasse, hvor de har deres daglige gang.

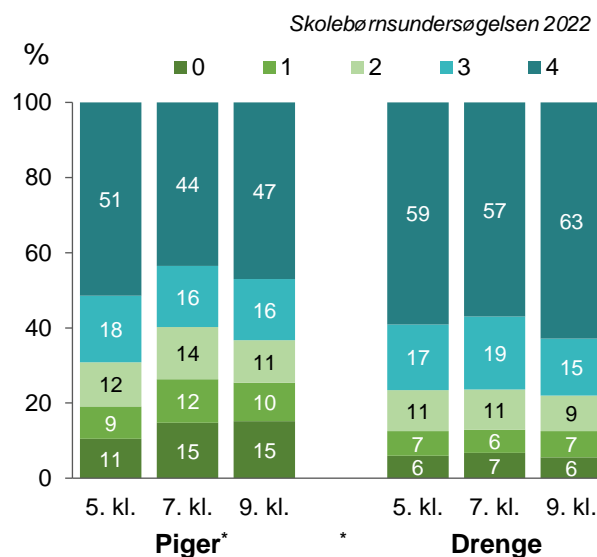
I Skolebørnsundersøgelsen er elevfællesskab belyst ud fra fire spørgsmål. Eleverne er blevet spurgt om de er glade for klassen, om de føler, at de hører til på skolen, om eleverne i klassen er venlige og hjælpsomme, og om andre elever accepterer dem, som de er. Hvert spørgsmål har seks mulige svarkategorier, 'Helt uenig', 'Uenig', 'Hverken enig eller uenig', 'Enig' eller 'Helt enig', hvoraf de to sidstnævnte svarkategorier betragtes som et positivt svar.

Antallet af positive svar kan variere mellem 0 og 4 og udgør et indeks for elevens oplevelse af elevfællesskab, som er inspireret af Dansk Center for Undervisningsmiljø's måde at definere fællesskab mellem skoleelever på. Jo flere positive svar, jo højere er graden af oplevet elevfællesskab (Knoop et al., 2017).

**Køn og klassetrin.** Figur 8.4.1 viser, at størstedelen af alle elever har 3 eller 4 positive svar. Sammenlignes drenge og piger er der procentvis færre piger, der har fire positive svar og dermed oplever den højeste mulige

grad af elevfællesskab. Derudover er der cirka dobbelt så mange piger som drenge på tværs af alle tre klassetrin, der kun har 0 eller 1 positivt svar og således oplever den laveste grad af elevfællesskab. På tværs af klassetrin er der blandt piger procentvis flest med en høj grad af oplevet elevfællesskab i 5. klasse, derimod har en større andel blandt piger i 7. og 9. klasse som har 0 eller 1 positivt svar. Blandt drenge ses ingen væsentlige forskelle i oplevelsen af elevfællesskab mellem klassetrin.

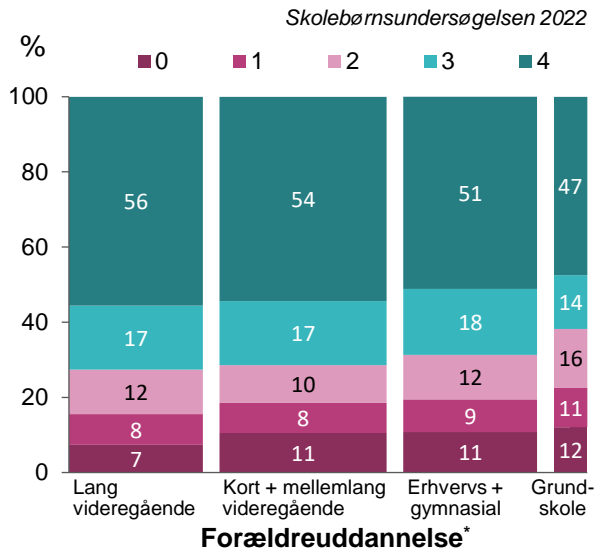
**Figur 8.4.1** Procentvis fordeling af antal positive svar om elevfællesskab efter køn og klassetrin



**Forældreuddannelse.** Figur 8.4.2 viser fordelingen af positive svar om elevfællesskab efter forældres uddannelse. Søjlernes bredde afspejler antallet af elever i hver gruppe af forældreuddannelse. Hovedfundet er, at jo højere forældreuddannelse, desto flere positive svar. Blandt elever, hvis forældre har lang videregående uddannelse, er der 56 % med 4 positive svar, som afspejler en høj oplevelse af elevfællesskab. Blandt elever, hvis forældre har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, er der 47 % med 4 positive svar. Derudover stiger andelen med 0 eller 1 positivt svar jo kortere forældrenes uddannelse er. Andelen er således mindst blandt elever, hvor mindst én forælder har en lang videregående uddannelse (16 %), og

størst blandt elever, hvor forældrenes højest fuldførte uddannelse er grundskolen (23 %), mens den er 19 % i de to mellemliggende uddannelsesgrupper.

**Figur 8.4.2** Procentvis fordeling af antal positive svar om elevfællesskab efter forældres uddannelse



## 9 Perspektivering

Denne rapport præsenterer resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen 2022 om helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt elever i 5., 7. og 9. klasse. Skolebørnsundersøgelsen er i 2022 blevet gennemført for 11. gang, og foruden et aktuelt overblik over børns sundhed anno 2022, giver den os også mulighed for at belyse udviklingen i flere indikatorer i børn og unges sundhed over en periode på cirka 40 år. Det gør Skolebørnsundersøgelsen til en helt unik kilde til viden om skolebørns sundhed.

Skolebørnsundersøgelsen 2022 viser, at de fleste elever i 5., 7. og 9. klasse har det godt. Men som vi også har set i tidligere rapporter, er der et mindretal, som rapporterer problemer med helbred, trivsel og/eller uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. I flere tilfælde er dette mindretal ganske stort. På enkelte områder går udviklingen i en positiv retning, for eksempel er der færre, som ryger, men desværre viser udviklingen sig på mange områder at bevæge sig i den negative retning.

Dataindsamlingen til undersøgelsen fandt sted fra februar til maj 2022, lige i kølvandet på COVID-19. Alle skoler i Danmark var åbne fra februar 2022, og eleverne modtog undervisning på skolen, hvilket var en vigtig forudsætning for at gennemføre Skolebørnsundersøgelsen. Men selvom samfundet var genåbnet, og de fleste elever tilbage i skole, vil resultaterne i denne undersøgelse med stor sandsynlighed være præget af nedlukningen af samfundet under COVID-19.

Undersøgelsens resultater er opsummeret i en sammenfatning. Nedenfor fremhæves de fund, som vi synes, er særligt fremtrædende eller bemærkelsesværdige.

### Udvikling og mønstre i børns sundhedsadfærd

Skolebørnsundersøgelsen afdækker mange forskellige typer af sundhedsadfærd hos børn.

På nogle områder ser vi positive mønstre og en positiv udvikling i børnenes sundhedsadfærd. Det gælder for eksempel andelen af drenge og piger, som angiver at ryge. Her har andelen været støt faldende siden 90'erne. Ligeledes er det positivt at fremhæve, at andelen af elever i 9. klasse, som har prøvet hash, er mere end halveret over en 20-årig periode, dog med en mindre stigning fra 2018-2022 for pigerne. Næsten alle elever, som har haft samleje, har brugt prævention ved det seneste.

På andre områder er udviklingen i sundhedsadfærd ikke så positiv. På kostområdet ser vi for eksempel, at det fortsat kun cirka halvdelen af eleverne, som følger de officielle kost anbefalinger om at spise frugt og grønt hver dag. I 2014 så vi for første gang siden årtusindskiftet, at andelen af elever, som spiser frugt dagligt, faldt. Denne negative udvikling er fortsat for begge køn, men er især tydelig blandt pigerne. For indtag af grøntsager er udviklingen ikke helt entydig, men andelen af elever, som spiser grøntsager dagligt, har været stigende frem til cirka 2018, hvorefter den ser ud til at falde. Andelen af elever, som hyppigt springer morgenmaden over, er steget i alle grupper siden 2010.

Fra slutningen af 1990'erne og frem til 2014, så vi et markant fald i alkoholindtag og erfaringer med fuldskab blandt elever i 7. og 9. klasse. I de efterfølgende år er udviklingen dog vendt, og andelen er nu stigende for

eleverne i 9. klasse. Der er fortsat meget få elever i 5. og 7. klasse, som drikker ugentligt, eller som har prøvet at være fulde. Siden 1980'erne har der været flere drenge end piger, der svarer, at de dyrker motion og sport, hvor de bliver forpustede og sveder. Der har været udsving igennem årene, men overordnet set er andelen der dyrker hård fysisk aktivitet i fritiden ikke faldet, hvilket er positivt. Omvendt er det dog værd at bemærke, at langt de fleste børn fortsat ikke er tilstrækkeligt fysiske aktive, og der har i alle årene været en gruppe af børn (flest piger), som slet ikke er fysisk aktive i fritiden. Brug af skærm og online liv er et nyt fokusområde i Skolebørnsundersøgelsen. Tidligere spurgte vi børnene hvor meget tid, de brugte på at se fjernsyn, som et udtryk for tid brugt stillesiddende. I dag er skærmbrug mere komplekst, og er ikke kun interessant i et bevægelsesperspektiv. Elever i 9. klasse har svaret på, hvor meget tid, og hvad de bruger skærm til. Hver fjerde dreng bruger mindst 4 timer i hverdagene på at game, mens hver tredje pige bruger mindst 4 timer på sociale medier i hverdagene. Forekomster som er højere i weekenden. Ligeledes viser vores undersøgelse, at mange børn også bruger skærm om natten. Andelen stiger med alderen, og i 9. klasse er det knapt hver tredje elev, som er på skærmen hver nat efter sengetid. Samtidig har kun 13 % af eleverne i 9. klasse regler for skærmbrug i hverdagene i hjemmet.

Flere af de beskrevne udviklinger repræsenterer områder, hvor der har været flere forebyggende initiativer på lokalt og nationalt niveau. På baggrund af en rapport som denne, er det ikke muligt at konkludere, hvorvidt de indsatser og den lovgivning som har været igangsat, er årsagen til udviklingstendenserne. Men det er stadig vigtigt at observere, om udviklingerne går som tænkt i forhold til målet med de gennemførte indsatser. Centrale eksempler på lovmæssige

indgreb er begrænsning af unges adgang til tobak og alkohol. Positivt er det i den sammenhæng at se, hvordan andelen af unge rygere og de unges indtag af alkohol faldt frem til 2014. Bekymrende er det derimod at se, at der nu efter mange år igen ses stigende alkoholindtag blandt de ældste elever. Der er altså noget, der tyder på, at eksisterende lokale og nationale indsatser ikke længere er effektive til at begrænse unge menneskers alkoholindtag.

## Stadig lavere mental sundhed

Mental sundhed har været fokusområde i både det danske og internationale forskningsnetværk omkring undersøgelsen i 2022, og derfor er der mange indikatorer med i undersøgelsen, som belyser børnenes mentale sundhed med forskellige indikatorer.

Rapporten bekræfter dét, der har været hovedkonklusionen i de senere års studier af børn og unges mentale sundhed: 1) De fleste børn og unge rapporterer god mental sundhed på tværs af flere indikatorer for mental sundhed. Men 2) store mindretal rapporterer lav grad af mental sundhed, 3) der er tydelige kønsforskelle, idet pigerne rapporterer markant lavere mental sundhed end drengene. Disse kønsforskelle opstår typisk først fra 7. klasse og frem, og 4) andelen med lav mental sundhed er steget over tid, særligt siden 2010 og særligt blandt de ældste piger.

Nogle af mest markante ændringer over tid ser vi for de psykiske symptomer (hyppigt at føle sig ked af det, irriteret/dårligt humør og nervøs). Her ses en markant stigning for pigerne fra 2010 til 2022, hvor cirka halvdelen af pigerne rapporterer hyppige symptomer. Stigningen ses også blandt drengene, men i langt mindre grad, og andelen af drenge, som rapporterer hyppige symptomer, er markant lavere end for pigerne. For andre indikatorer af mental sundhed – for eksempel ensomhed, stress og emotionelt velbefindende – er

billedet tilsvarende: andelen er højere blandt pigerne, og det er primært blandt pigerne, at vi ser en stigning i over tid. Kønsforskellene er også tydelige, når vi ser på de positive aspekter af mental sundhed: En større andel drenge end piger rapporterer høj selvformåen, højt selvværd, høj livstilfredshed og et højt niveau af mentalt velbefindende. Samtidig ser vi et fald i andelen af både drenge og piger med høj social kompetence, høj selvformåen og højt niveau af mentalt velbefindende fra 2014 til 2022.

Det er et bekymrende fund, at væsentlig flere piger end drenge (især blandt de store elever) har mentale helbredsproblemer, og at andelen med problemer er steget så meget blandt de ældste piger.

## Kønsforskelle i sundhed

For langt de fleste af de emner, der indgår i Skolebørnsundersøgelsen, er der kønsforskelle, som ofte er påfaldende store. De mest markante mønstre i kønsforskelle er fremhævet nedenfor:

**Helbred:** En større andel piger end drenge rapporterer helbredsproblemer. Det gælder i alle tre aldersgrupper, men især blandt eleverne i 9. klasse. Flere drenge end piger angiver et godt selv vurderet helbred, og flere piger end drenge har hyppige symptomer. Et eksempel: Andelen af piger i 5.-9. klasse, som har hovedpine, mavepine og ondt i ryggen er hhv. 43 %, 29 % og 30 %, hvor det blandt drengene er 23 %, 13 % og 25 %. De eneste undtagelser er, at flere drenge end piger rapporterer skader, og en højere andel drenge end piger i 9. klasse har overvægt.

**Mental sundhed:** Kønsforskellene er meget fremtrædende, som beskrevet i afsnittet ovenfor. Der er for eksempel mere end dobbelt så mange piger som drenge, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, en markant højere andel piger end drenge, der

føler sig stressede, har lavt selvværd samt lavt mentalt og emotionelt velbefinde. Dobbelt så mange piger som drenge synes, de er for tykke, mens der er dobbelt så mange drenge som piger, der selv synes, de er for tynde.

**Sundhedsadfærd:** Der er ligeledes kønsforskelle i elevernes sundhedsadfærd, men mønstrene varierer afhængigt af, hvilken sundhedsadfærd vi ser på, og nogle er mere tydelige end andre. Der er få tydelige køns-mønstre i risikoadfærd, der er relateret til tobak og alkohol: Cirka lige mange drenge og piger drikker jævnligt alkohol og har været fulde, har taget hash, ryger tobak, ryger e-cigaretter og bruger snus. Der er generelt heller ikke store kønsforskelle i elevernes kost- og måltidsvaner, men der er dog en højere andel drenge end piger, der drikker sukkerholdig sodavand, og flere piger end drenge springer morgenmaden over. En markant højere andel drenge end piger er fysisk aktive og går til organiseret idræt, og markant flere piger end drenge er fysisk inaktive. Markant flere piger end drenge bruger lægemidler mod hovedpine. Der er desuden store kønsforskelle i skærmbrug: Piger bruger betydeligt flere timer på sociale medier, og de rapporterer lidt oftere end drenge, at det giver dem problemer.

**Sociale relationer:** Flere drenge end piger har let ved at tale fortroligt med deres mor og far, angiver høj oplevet støtte fra familien, og har en tillidsfuld relation til venner af det modsatte køn. Men der er også flere drenge end piger, som har mobbet andre, både i skolen og på internettet.

**Skoleliv:** Der er kun få kønsforskelle i skoleliv. Piger og drenge svarer nogenlunde ens på spørgsmålet om skoletilfredshed og støtte fra lærere. Men flere drenge end piger oplever høj støtte fra klassekammerater og rapporterer høj grad af klassefællesskab. En markant større andel piger end drenge føler sig presset af skolearbejde.

De nævnte kønsforskelle ses i stort set alle de lande, som er med i Skolebørnsundersøgelsen: Grønland, Canada, USA, Israel og mere end 40 europæiske lande. Selv om der er meget store forskelle i niveauet af de nævnte indikatorer, så er det forbløffende, at kønsforskellene er nogenlunde de samme på tværs af lande med så store forskelle i kultur og levekår. Det er ikke nemt eller entydigt at forklare, hvorfor der er sådanne kønsforskelle i helbred, sundhedsadfærd og sociale forhold. Der kan være mange og helt forskellige årsager til for eksempel kønsforskellene i mental sundhed og kønsforskellene i rygevaner.

## Sociale uligheder i børns sundhed

Undersøgelsens mange data er sat i relation til elevernes sociale baggrund, målt med forældrenes længste uddannelse. I langt de fleste tilfælde ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelse hos forældrene og udbredelsen af belastninger og helbredsproblemer blandt eleverne. Der tegner sig fire overordnede mønstre af den sociale ulighed i elevernes sundhed.

1) For de fleste indikatorer i rapporten viser den sociale ulighed sig som en gradient. Det vil sige, at andelen af elever med sundhedsproblemer stiger, jo kortere uddannelse deres forældre har. Det gælder for eksempel andelen med lavt selv vurderet helbred, mindst ét symptom dagligt, overvægt/svær overvægt og andelen som ryger, bruger e-cigaretter og snus og bruger skærm efter sengetid. Men også mange andre indikatorer (se evt. sammenfatningen i starten af rapporten).

2) Det andet mønster i den sociale ulighed viser sig som en dikotomi, hvor andelen af elever med problemer er størst i gruppen af elever, hvor forældrene har grundskolen som længst fuldførte uddannelse sammenlignet med resten af uddannelsesgrupperne, som

ligner hinanden. Det gælder for eksempel andelen af elever, som har problemer med at falde i søvn, brug af hash og mobning.

3) Det tredje mønster er en dikotomi, som er omvendt af det andet mønster, og hvor andelen af elever med problemer er mindst i gruppen af børn, hvor forældrene har grundskole som længste uddannelse. Dette mønster findes kun tre steder: for andelen, som har prøvet at drikke alkohol, andelen, som har været fulde mindst to gange samt andelen der drikker ugentligt.

4) Til slut er der heldigvis også områder, hvor der ikke er særlig social ulighed. Det gælder for eksempel emotionelle symptomer, lavt selvværd, skader, langvarig fysisk og psykisk sygdom, andelen som har prøvet at ryge og bruge lægemidler.

På nogle områder er den sociale ulighed stor. Det gælder for eksempel på vigtige indikatorer af sundhedsadfærd som for eksempel fysisk aktivitet, for stort set alle indikatorerne for kost- og måltidsvaner og for søvnkvalitet og -kvantitet. På andre områder er den sociale ulighed lille, om end stadig statistisk signifikant. Men at der er sociale ulighed på så mange områder viser, hvor alvorligt og omfangsrigt problemet er, hvor tidligt den sociale ulighed i livet starter, og hvor langt vi er fra at have løst det.

Som noget nyt har vi i Skolebørnsundersøgelsen 2022 valgt at illustrere uligheden, så man kan se både *sammenhængen* og *omfanget* af den sociale ulighed (se evt. kapitel 2.3). Sammenhængen viser, hvordan forældreuddannelse hænger sammen med sundhed. Omfanget af den sociale ulighed viser derimod, hvor *mange* elever, der tilhører de forskellige uddannelsesgrupper, og siger således noget om problemets omfang i et folkesundhedsperspektiv. Som flere eksempler i rapporten viser, kan der på trods af betydelig social ulighed, være rigtig mange

børn og unge fra familier, hvor forældrene har lang uddannelse, som har helbredsproblemer. Således er problemet ikke kun væsentligt for gruppen af børn i den laveste eller de lave uddannelseskategorier. Denne viden har implikationer for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, som har til formål at reducere social ulighed i børn og unges sundhed. Den understreger, at det er vigtigt at arbejde både med universelle indsatser rettet mod hele børnepopulationen og selektive indsatser, hvor indsatsen er målrettet de særlige grupper af børn og unge i øget risiko (som for eksempel lever i fattigdom eller gruppen af børn, hvor forældrenes længste uddannelse er grundskole).

## Metodiske overvejelser

Resultaterne fra Skolebørnsundersøgelsen er baseret på et stort og landsrepræsentativt udsnit af danske skoler, og derfor udtaler vi os om danske børn i 5., 7. og 9. klasse. Som det har været tilfældet de seneste mange år, er det en stigende udfordring at sikre et tilstrækkelig antal deltagende skoler. Det afspejles i deltagerprocenten på skoleniveau, som er faldet over årene, og det er derfor vigtigt at være opmærksom på, om de skoler, som vælger at deltage, afviger fra de skoler, som takker nej. Derudover blev dataindsamlingen til Skolebørnsundersøgelsen som nævnt gennemført i kølvandet på COVID-19, hvilket havde betydning for svarprocenten på både skole- og elevniveau. Skolernes begrundelse for ikke at deltage var typisk tidspres og manglende overskud, et nødvendigt fokus på skolens kerneopgaver, i mange tilfælde at skolen lige havde deltaget i en lignende undersøgelse, håndtering af COVID-19 relaterede udfordringer og for nogle skoler også håndtering af nytilkomne flygtninge fra Ukraine. Det er vores vurdering, at deltagelsesprocent på skoleniveau ikke nødvendigvis introducerer større fejlkilder i

datamaterialet. På elevniveau er svarprocenten faldet til 70 % i 2022, og det afspejler højst sandsynligt et ekstraordinært højt sygefravær grundet COVID-19 og andre smitsomme sygdomme. Elever, som valgte ikke at besvare spørgeskemaet eller ikke var i skole den dag, data blev indsamlet, kan have andre kendetegn end de elever, som deltog i denne undersøgelse.

En stor styrke og værdi ved Skolebørnsundersøgelsen er, at den har været gennemført på samme måde med fire års mellemrum gennem knapt 40 år. Udvælgelsen af skoler er gennemført på tilnærmelsesvis samme vis gennem årene og har altid været baseret på et tilfældigt udtræk af landets skoler. Ligeledes har en lang række af de anvendte spørgsmål været inkluderet fra de helt tidlige runder af Skolebørnsundersøgelsen, og i både den internationale og nationale organisation omkring undersøgelsen har løbende sikret, at spørgsmålene gennem tiden fortsat var valide at anvende. Dermed giver Skolebørnsundersøgelsen en unik mulighed for at følge udviklingen over tid i en lang række af de mest centrale indikatorer for børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd.

Skolebørnsundersøgelsen baserer sig på besvarelser fra eleverne selv, og dette betragter vi generelt som en styrke. Det er elevernes synspunkter og deres egne oplevelser, vi indhenter information om, og det er afgørende, når vi ønsker at beskrive børn og unges liv og hverdag. Eleverne ved godt og bedst, hvordan de har det, og det er helt afgørende, at vi netop får indsigt i deres egen oplevelse af for eksempel relationer med familie og venner og oplevelse af skolen. For enkelte indikatorer er selvrapportering ikke helt optimalt. I Skolebørnsundersøgelsen gælder dette særligt målingerne af fysisk aktivitet, søvnkvantitet, skærmtid og højde og vægt.

En begrænsning ved Skolebørnsundersøgelsen er, at den er en tværsnitsundersøgelse. Det vil sige, at vi spørger eleverne på et givent tidspunkt, men vi følger ikke de samme elever over tid. Dermed kan vi ikke udtale os om årsagssammenhænge. Hvis vi for eksempel finder sammenhæng mellem sociale relationer med venner og rygning, kan vi ikke på den baggrund konkludere, om det er sociale relationer med venner, som leder til rygning, eller rygning, som fører til dannelsen af sociale relationer. Ønsker man at klarlægge årsagssammenhænge, er det nødvendigt at supplere med forløbsdata, hvor data over en periode indsamles gentagne gange fra de samme personer. Ved brug af tværsnitsdata er det derfor vigtigt at have en teoretisk forståelsesramme for de forskningsspørgsmål, som stilles, og for de sammenhænge, der undersøges. I den internationale forskningsprotokol er der derfor lagt stor vægt på at sikre en teoretisk ramme for forståelsen og analysen af hvert af de inkluderede temaer.

Endeligt er det relevant at fremhæve den styrke, som den internationale forankring af Skolebørnsundersøgelsen bibringer. Undersøgelsen muliggør, at vi kan sammenligne resultater om danske børn og unge med resultater fra børn og unge i en lang række andre europæiske og nordamerikanske lande og dermed vurdere, om vi på et givent område ligger godt eller dårligt placeret internationalt. Ligeledes giver den internationale forankring mulighed for at lave tværnationale sammenligninger. Sådanne er nødvendige, hvis vi for eksempel ønsker at vurdere effekten af forskellige nationale sundheds- og adfærdsanbefalinger, forskellige nationale forebyggende indsatser, uddannelses-systemer eller nationale økonomiske prioriteringer. Sådanne studier er ikke mulige, hvis kun nationale data er tilgængelige. Gennem internationale sammenlignende studier er det ligeledes muligt at kontrollere, om et givent fund i én kultur kan genfindes

under andre kulturelle betingelser og dermed teste sammenhængens robusthed. Endeligt er Skolebørnsundersøgelsens medlemskab af et stort internationalt forskningsnetværk naturligvis en styrke for undersøgelsens videnskabelige kvalitet. Den danske forskergruppe bag Skolebørnsundersøgelsen arbejder løbende tæt sammen med den store gruppe af internationale kolleger. I dette samarbejde sikres det, at det anvendte spørgeskema undergår en stadig udvikling og validering, og at den internationale protokol for dataindsamling og dataopbejldning løbende udvikles og optimeres. Resultater af de internationale sammenligninger af denne runde vil blive publiceret i løbet af det næste år.

## Implikationer for forskning

Det er umuligt at nævne alle de temaer, hvor det ville gavne at have mere viden. Men vi kan nævne fem hovedtemaer i en fremtidig forskningsindsats, som kunne hjælpe samfundet til at styrke sundheden blandt børn og unge.

Det første hovedtema er årsagssøgende forskning. Mange af de sundhedsproblemer, som rapporten dokumenterer, har et uafklaret og kompliceret årsagsnetværk, og vil få stor glæde af mere forskning om årsagerne. Hvad er det for eksempel, der er årsag til, at børn og unge er nervøse, og hvorfor er forekomsten steget så voldsomt? Hvad er det, som skaber den store sociale ulighed i fysisk aktivitet blandt børn og unge? Vi kender en del af årsagerne til, om man er fysisk aktiv, men hvad forklarer den store sociale ulighed i fysisk aktivitet blandt børn og unge i et land som Danmark?

Det andet hovedtema er mere viden om, hvordan man styrker børn og unges sundhed. Her tænker vi på både eksperimentel forskning og indgående analyser af, hvad der skaber positive udviklinger. Der er kort sagt

brug for viden om hvilke indsatser, der har stor effekt i forhold til at styrke børn og unges ressourcer og modstandskraft, og hvad skal der til for at indføre sådanne indsatser. Vi ved, at børn og unge med et stærkt socialt netværk på mange måder har bedre sundhed og særligt på lang sigt klarer sig bedre end andre børn og unge. Men hvordan støtter vi bedst børn og unge til at udvikle gode og stærke sociale relationer i en tid, hvor megen relationsdannelse sker i det virtuelle rum – og er det afgørende eller ubetydeligt, at børns sociale relationsfærer har forandret sig så markant, som det er tilfældet de seneste 20 år?

Det er veldokumenteret, at helbredsproblemer, risikoadfærd, svage sociale relationer og mobning i de unge år med stor risiko medfører alvorlige sundhedsudfordringer senere i ungdommen og voksenlivet. Det tredje hovedpunkt er derfor mere viden om, hvordan vi kan afbøde eller afbryde disse udviklingsspor, sådan at vi undgår langtidseffekterne af alle de risikofaktorer, der i rigelig mængde er dokumenteret i denne rapport. Det ved vi på langt de fleste områder fortsat meget lidt om.

Det fjerde hovedtema er forskning om konsekvenserne af multiproblemer. Det er veldokumenteret, at psykiske symptomer i barndommen og ungdommen øger risikoen for mentale problemer som voksen. Det er veldokumenteret, at mobning kan have forfærdelige konsekvenser for både dem, der mobber, og dem, der bliver mobbet. Det er veldokumenteret, at usund livsstil kan have alvorlige helbreds-konsekvenser. Men mange børn og unge har mange af sådanne problemer samtidig. Vi ved alt for lidt om, hvordan disse ophobninger præcist ser ud, og hvordan de kan undgås. Hvilke områder er det væsentligst at sætte ind på først, hvis vi skal bryde ophobningen og sikre en positiv udvikling? Vi ved alt for lidt om

konsekvenserne af sådanne ophobninger, og hvordan vi kan bryde mønstrene.

Det femte hovedtema relaterer sig til den sociale ulighed i børns sundhed som vi ser på tværs af virkelig mange indikatorer for sundhed. Vi ved efterhånden rigtig meget om disse mønstre, som er blevet dokumenteret i adskillige rapporter og videnskabelige artikler gennem årene. Men vi ved meget mindre om, hvorfor de sociale uligheder opstår og ikke mindst, hvordan vi bedst arbejder med at reducere denne ulighed. Som denne rapport understreger, starter den sociale ulighed tidligt i livet, og det er derfor nødvendigt, at vi får mere viden om disse forhold.

## Implikationer for praksis

Selv om de fleste børn og unge er sunde og lever forholdsvist sundt og trives, så dokumenterer rapporten, at der også er rigtig mange sundhedsproblemer relateret til både helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt elever i 5., 7. og 9. klasse, en befolkningsgruppe af børn og unge, som burde være raske og gennemsunde. Børn og unge med helbredsproblemer, dårlig trivsel, usund adfærd og svage eller belastede sociale relationer lever et liv, som gør det vanskeligt for dem at udvikle sig og udnytte deres potentiale til gavn for dem selv og for samfundet. En del af børn og unge i Danmark har allerede nu en helbredsstatus og en sundhedsadfærd, som giver dem en betydelig risiko for at få alvorlige helbredsproblemer i voksenlivet. Der er åbenlyst brug for en særlig sundhedspolitik for denne aldersgruppe og en prioritering af løsninger på aldersgruppens særlige sundhedsproblemer. Vi efterlyser en national sundhedspolitik for børn og unge, og vi efterlyser en lokalt tilpasset sundhedspolitik for børn og unge, for eksempel på kommunalt niveau eller endnu bedre for hver enkelt skole således, at indsatsen gøres helt tæt på det unge menneske.

# Referencer

- Ahrensberg H, Toftager M, Nørgaard S, Petersen CB (2023). Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år) Viden om sundhed og forebyggelse. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Ahrensberg H, Toftager M, Petersen CB (2023). Fysisk aktivitet for børn og unge (5-17 år) Viden om sundhed og forebyggelse. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Allgaier AK, Pietsch K, Frühe B, et al. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*. 34:234-241.
- Amnarsson A, Nygren, J Nyholm M, Torsheim T, Augustine L, Bjereld Y, Markkanen I, Schnohr CW, Rasmussen M, Nielsen L, Bendtsen P (2020). Cyberbullying and traditional bullying among Nordic adolescents and their impact on life satisfaction. *Scand J Public Health*. 48: 502-510.
- Ayonrinde OT, Ayonrinde OA, Adams LA, Sanfilippo FM, O'Sullivan TA, Robinson M, Oddy WH, Olynyk JK (2020). The relationship between abdominal pain and emotional wellbeing in children and adolescents in the Raine Study. *Sci Rep*. 10:1646.
- Bandura A (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Berge JM, Wall M, Hsueh TS, Fulkerson JA, Larson, Neumark-Sztainer N (2015). The protective role of family meals for youth obesity. *J Pediatr*. 166: 296-301.
- Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM (2014). eds. *Social Epidemiology* (2 edn). Oxford University Press.
- Birge M, Duffy S, Miler JA, Hajek P (2018). What Proportion of People Who Try One Cigarette Become Daily Smokers? A Meta-Analysis of Representative Surveys. *Nicotine Tob Res*. 20: 1427-1433.
- Bjørner JB (1996). *Self-rated health: A useful concept in research, prevention and clinical medicine*. The Research Council: Stockholm.
- Blain-Arcaro C, Vaillancourt T (2017). Longitudinal associations between depression and aggression in children and adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 45: 959-970.
- Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*. 40: 359-357
- Bonièl-Nissim M, Tabak I, Mazur J, Borraccino A, Brooks F, Gommans R, van der Sluijs W, Zsiros E, Craig W, Harel-Fisch Y, Finne E (2015). Supportive communication with parents moderates the negative effects of electronic media use on life satisfaction during adolescence. *Int J Public Health*. 60: 189-198.
- Breidablik HJ, Meland E, Lydersen S (2009). Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *Eur J Public Health*. 19: 73-78.
- Brooks F, Zaborskis A, Tabak I, Alcón MDCG, Zemaitiene N, de Roos S, Klemra E (2015). Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *Eur J Public Health*. 25: 46-50.
- Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clin Med (Lond)*. 17: 424-428.

- Cefai C, Camilleri L, Bartolo P, Grazzani I, Cavioni V, Conte E, Ornaghi V, Agliati A, Gandellini S, Vorkapic ST, Poulou M, Martinsone B, Stokenberga I, Simões C, Santos M, Colomeischi AA (2022). The effectiveness of a school-based, universal mental health programme in six European countries. *Front Psychol*.
- Christensen KS, Haugen W, Sirpal MK, Haavet OR (2015). Diagnosis of depressed young people--criterion validity of WHO-5 and HSCL-6 in Denmark and Norway. *Family Practice*. 32:359-63.
- Cimino S, Cerniglia L, Almenara CA, Jezek S, Erriu M, Tambelli R (2016). Developmental trajectories of body mass index and emotional-behavioral functioning of underweight children: A longitudinal study. *Sci Rep*. 6: 20211.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 385-396.
- Cohen S, Williamson G (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology Of Health: The Claremont Symposium On Applied Social Psychology*. SAGE Publications, Incorporated.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 335:194.
- Cole TJ, Lobstein T (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 7: 284-294.
- Collins WA, Laursen B (2004). Parent-adolescent relationships and influences. In: *Handbook of adolescent psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Colrain IM, Baker FC (2011). Changes in sleep as a function of adolescent development. *Neuropsychol Rev*. 21: 5-21.
- Cosma A, Stevens G, Martin G, Duinhof EL, Walsh SD, García-Moya I, Költö A, Gobina I, Canale N, Catunda C, Inchley J, de Looze M (2020). Cross-national time trends in adolescent mental well-being from 2002 to 2018 and the explanatory role of schoolwork pressure. *Journal of Adolescent Health*. 66: 50-58.
- Cosma A., Walsh SD, Chester KL, Callaghan M, Molcho M, Craig W, Pickett W (2020). Bullying victimization: time trends and the overlap between traditional and cyberbullying across countries in Europe and North America. *Int J Public Health*. 65: 75-85.
- Currie C, Alemán-Díaz AY (2015). Building knowledge on adolescent health: reflections on the contribution of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Eur J Public Health*. 25: 4-6.
- Damsgaard MT, Madsen KR (2020). Monitorering af børns mentale sundhed, Notat. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. <https://hbsc.dk/notater>
- De Vriendt T, Moreno LA, De Henauw S (2009). Chronic stress and obesity in adolescents: scientific evidence and methodological issues for epidemiological research. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 19: 511-519.
- Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM (2014). Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health promotion international*. 30: 77-87.
- Derogatis LR, Coons HL (1993). Self-report measures of stress.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological bulletin*. 125: 276-302.
- Dimitrova E, Kotzeva T, Alexandrova-Karamanova A (2020). Psychosocial school environment and health risk behaviours of adolescents in Bulgaria: results from multilevel analysis. *Int J Public Health*. 65: 1331-1344.
- Draper CE, Grobler L, Micklesfield LK, Norris SA (2015). Impact of social norms and social support on diet, physical activity and sedentary behaviour of adolescents: a scoping review. *Child Care Health Dev*. 41: 654-667.

- Drummond BK, Brosnan MG, Leichter JW (2017). Management of periodontal health in children: pediatric dentistry and periodontology interface. *Periodontol* 2000. 74: 158-167.
- Due P, Damsgaard MT, Madsen KR, Nielsen L, Rayce SB, Holstein BE (2019). Increasing prevalence of emotional symptoms in higher socioeconomic strata: Trend study among Danish schoolchildren 1991-2014. *Scand J Public Health*. 47: 690-694.
- Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C, The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *European journal of public health*. 15: 128-132.
- Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H, Holstein BE (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health*. 39: 62-78.
- Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM-population health*. 8:100425.
- Fonseca H, Matos MG, Guerra A, Pedro JG (2009). Are overweight and obese adolescents different from their peers? *Int J Pediatr Obes*. 4: 166-174.
- Forsberg C, Chiriac EH, Thornberg R (2021). Exploring pupils' perspectives on school climate. *Educational Research*. 63: 379-395
- Forste R, Moore E (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: perceptions of self, peers, family, and school. *Econ Hum Biol*. 10: 385-394.
- Freeman JG, Samdal O, Băban A, Bancila D (2012). The relationship between school perceptions and psychosomatic complaints: Cross-country differences across Canada, Norway, and Romania. *School Mental Health*. 4: 95–104
- Fulkerson JA, Larson N, Horning M, Neumark-Sztainer D (2014). A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *J Nutr Educ Behav*. 46: 2-19.
- Fødevarestyrelsen (2021). De officielle kostråd. <https://foedevarestyrelsen.dk/kost-og-foedevarer/alt-om-mad/de-officielle-kostraad>
- García-Moya I, Brooks F, Morgan A, Moreno C (2015). Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal*. 74: 641–654.
- Glasscock DJ, Andersen JH, Labriola M, Rasmussen K, Hansen CD (2013). Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BMC Public Health*. 13: 1-13.
- Gobina I, Villberg J, Välimaa R, Tynjälä J, Whitehead R, Cosma A, Brooks FM, Cavallo F, Ng K, Gasper de Matos M, Villerusa A (2019). Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *Eur J Pain*. 23: 316-326.
- Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM, Cheadle JE (2013). Adolescent Loneliness and Health in Early Adulthood. *Sociol Inq*. 83.
- Gorman E, Harmon C, Mendolia S, Staneva A, Walker I (2021). Adolescent School Bullying Victimization and Later Life Outcomes. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*. 83: 1048-1076.
- Gresham FM, Elliott SN (1984). Assessment and classification of children's social skills: a review of methods and issues. *School Psychology Review*. 13: 292-301.
- Groth MV, Christensen LM, Knudsen VK, Sørensen MR, Fagt S, Ege M, Matthiessen J (2013). Sociale forskelle. Børns kostvaner, fysiske aktivitet og overvægt & voksnes kostvaner. DTU Fødevareinstituttet.

- Hammami N, Gobina I, Lukoševičiūtė J, Kostičová M, Lyyra N, Garipey G, Šmigelskas K, Baban A, Malinowska-Cieślak M, Elgar FJ (2022). Socioeconomic inequalities in adolescent health complaints: A multilevel latent class analysis in 45 countries. *Current Psychology*.
- Harrison ME, Norris ML, Obeid N, Fu M, Weinstangel H, Sampson M (2015). Systematic review of the effects of family meal frequency on psychosocial outcomes in youth. *Can Fam Physician*. 61: 96-106.
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Manniche C (2006). The course of low back pain from adolescence to adulthood: eight-year follow-up of 9600 twins. *Spine (Phila Pa 1976)* 31: 72.
- Hetlevik Ø, Meland E, Hufthammer KO, Breidablik HJ, Jahanlu D, Vie TL (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of 'multi-illness' in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM Popul Health*. 11: 100604.
- Hjern A, Alfvén G, Ostberg V (2008). School stressors, psychological complaints and psychosomatic pain. *Acta Paediatr*. 97: 112-117.
- Holstein BE, Ammitzbøll J, Damsgaard MT, Pant SW, Pedersen TP, Skovgaard AM (2020). Difficulties falling asleep among adolescents: Social inequality and time trends 1991-2018. *J Sleep Res*. 29: 12941.
- Holstein BE, Damsgaard MT, Due P, Krølner RF, Pedersen TP, Rasmussen M (2020). Intake of sugar sweetened soft drinks among adolescents: Trends and social inequality in Denmark 2002-2018. *Nutr Health*. 26: 3-8.
- Holstein BE, Damsgaard MT, Madsen KR, Rasmussen M (2020). Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002–2018. *Children and Youth Services Review*. 116: 105097.
- Horanicova S, Husarova D, Geckova AM, Klein D, van Dijk JP, de Winter AF, Reijneveld SA (2020). Teacher and classmate support may keep adolescents satisfied with school and education. Does gender matter? *Int J Public Health*. 65: 1423-1429.
- Horanicova S, Husarova D, Gecková DM, De Winter AF, Reijneveld SA (2022). School Satisfaction and Its Associations with Health and Behavioural Outcomes among 15-Years Old Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 19: 11514.
- Huntley ED, Campo JV, Dahl RE, Lewin DS (2007). Sleep characteristics of youth with functional abdominal pain and a healthy comparison group. *J Pediatr Psychol*. 32: 938-949.
- Inchley J, Currie D, Budisavljević S, Torsheim T, Jaastad A, Cosma A, Kelly C, Arnarsson A, Samdal O, Weber M (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Injuries and violence: the facts (2014). Geneva: World Health Organization.
- Jarlstrup N, Pedersen M, Lund L, Bast L (2023). §RØG – En undersøgelse af tobak, adfærd og regler. Udvalgte tendenser 2022, rapport 4.
- Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. (2020). Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder.
- Jiang X, Huebner ES, Siddall J (2013). A short-term longitudinal study of differential sources of school-related social support and adolescents' school satisfaction. *Soc. Indic. Res*. 114: 1073-1086.
- Keijsers L, Frijns T, Branje SJ, Meeus W (2009). Developmental links of adolescent disclosure, parental solicitation, and control with delinquency: moderation by parental support. *Dev Psycho*. 45: 1314-1327.
- Khan A, Lee EY, Horwood S (2022). Adolescent screen time: associations with school stress and school satisfaction across 38 countries. *Eur J Pediatr*. 181: 2273-2281.

- Kierkegaard L, Pommerencke LM, Flensburg S, Bonnesen CT, Madsen KR, Pant SW, Thorhauge AM (2020). Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge - en litteraturgennemgang.
- Kierkegaard L, Pommerencke LM, Flensburg S, Bonnesen CT, Madsen KR, Pant SW, Thorhauge AM (2020). Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Kjelgaard HH, Holstein BE, Due P, Brixval CS, Rasmussen M (2017). Adolescent Weight Status: Associations With Structural and Functional Dimensions of Social Relations. *J Adolesc Health*. 60: 460-468.
- Klomek AB, Sourander A., Elonheimo H (2015). Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *The Lancet Psychiatry*. 2: 930-941.
- Knoop HH, Holstein BE, Viskum H, Lindskov JM (2017). Elevernes fællesskab og trivsel i skolen - Analyser af Den Nationale Trivselsmåling. D. Trivselsforum.
- Kumar, Tadakamadla, Johnson N (2016). Effect of toothbrushing frequency on incidence and increment of dental caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of dental research*, 95: 1230-1236.
- Kuntsche E, Ravens-Sieberer U (2015). Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *Eur J Public Health*. 25: 1-3.
- Lazarus RS, Folkman S (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.
- Lazzeri G, Ahluwalia N, Niclasen B, Pammolli A, Vereecken C, Rasmussen M, Pedersen TP, Kelly C (2016). Trends from 2002 to 2010 in daily breakfast consumption and its socio demographic correlates in adolescents across 31 countries participating in the HBSC study. 11: e0151052
- Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, Caan W (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 152: 157-171.
- Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*. 2: 524-531.
- Li C, Wang P, Martin-Moratinos M, Bella-Fernández M, Blasco-Fontecilla H (2022). Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
- Liu J, Zhang A, Li L (2012). Sleep duration and overweight/obesity in children: review and implications for pediatric nursing. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 17: 193-204.
- Lund L, Michelsen SI, Due P, Andersen A (2019). Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge med kronisk sygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Lund L, Sølvhøj IN, Danielsen D, Folker AP, Andersen S (2020). Digitale enheders betydning for søvn hos 0-15-årige børn og unge. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L (2020). Medicinsk sociologi: Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. (1 ed.) Munks-gaard.
- Löfstedt P, García-Moya I, Corell M, Paniagua C, Samdal O, Välimaa R, Lyyra N, Currie D, Rasmussen M (2020). School Satisfaction and School Pressure in the WHO European Region and North America: An Analysis of Time Trends (2002-2018) and Patterns of Co-occurrence in 32 Countries. *J Adolesc Health*. 66: 59-69.
- Madsen KR, Holstein BE, Christensen AI. Sundhedsadfærd og sundhedsprofiler. Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S (2021). Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave. København: Munksgaard. 81-100.

- Mark L, Värnik A, Sisask M (2019). Who Suffers Most From Being Involved in Bullying-Bully, Victim, or Bully-Victim? *J Sch Health*. 89: 136-144.
- Matos MG, Barrett P, Dadds M, Shortt A (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*. 18: 3–14.
- Matricciani L, Paquet C, Galland B, Short M, Olds T (2019). Children's sleep and health: A meta-review. *Sleep Med Rev*. 46: 136-150. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.04.011>
- Mazur J, Szkultecka-Dębek M, Dzielska A, Drozd M, Małkowska-Szkutnik A (2018). What does the Cantril Ladder measure in adolescence? *Arch Med Sci*. 14: 182-189.
- McCarty CA, Rhew IC, Murowchick E, McCauley E, Stoep AV (2012). Emotional health predictors of substance use initiation during middle school. *Psychology of Addictive Behaviors*. 26: 351-357.
- Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri (2021). De officielle Kostråd – godt for sundhed og klima. Glostrup: Fødevarestyrelsen.
- Moore SE, Norman RE, Suetani S, Thomas HJ, Sly PD, Scott JG (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World J Psychiatry*. 7: 60-76.
- Moreno C, Sánchez-Queija I, Muñoz-Tinoco V, de Matos MG, Dallago L, Bogt TT, Camacho I, Rivera F (2009). Cross-national associations between parent and peer communication and psychological complaints. *Int J Public Health*. 54: 235-242.
- Muscarà M, Pace U, Passanisi A, D'Urso G, Zappulla C (2018). The transition from middle school to high school: the mediating role of perceived peer support in the relationship between family functioning and school satisfaction. *J. Child Fam. Stud*. 27: 2690–2698.
- Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J and Perry CL (2003). Family meal patterns: as sociations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Ass*. 103: 317-322.
- Ng M, Fleming T, Robinson M et al (2014) Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 384: 766-781.
- Nielsen L, Damsgaard MT, Voss I, Madsen KR (2023). Veje til social ulighed i børn og unges sundhed. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Nielsen L, Holstein B (2021). Sociale relationer, fællesskab og social kapital. In *Forebyggende sundhedsarbejde* (7. udgave ed.). Munksgaard.
- Nielsen L, Stewart-Brown S, Vinther-Larsen M, Meilstrup C, Holstein BE, Koushede V (2016). High and low levels of positive mental health: are there socioeconomic differences among adolescents?. *Journal of Public Mental Health*. 15: 37-49.
- Nielsen NH, Kristensen TS (2007). Stress i Danmark-hvad ved vi?
- Nordentoft M, Ege P, Erritzøe D, Hjortshøj C, Lange P, Perdersen MU (2015). *Cannabis og Sundhed*. 1. udgave. København: Vidensråd for Forebyggelse. 150.
- Nutbeam D, Aar L, Catford J (1989). Understanding childrens' health behaviour: the implications for health promotion for young people. *Social Science & Medicine*. 29: 317-325.
- Olesen LG, Kristensen PL, Rasmussen MG, Grøntved A (2020). Sammenhængen mellem skærmtid og fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos børn – EN SYSTEMATISK LITTERATURGENNEMGANG. Forskningsenheden Exercise Epidemiology & Center for Forskning i Børn og Unges Sundhed (RICH). Institut for Idræt og Biomekanik, SDU.

- Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS (2016). Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. *J Clin Sleep Med.* 12: 1549–1561.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 369: 1302-1313.
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, Arora M, Azzopardi P, Baldwin W, Bonell C, Kakuma R, Kennedy E, Mahon J, McGovern T, Mokdad AH, Patel V, Petroni S, Reavley N, Taiwo K, Wandfogel J, Wickremarathne D, Arroso C, Bhutta Z, Fatusi AO, Mattoo A, Diers J, Fang J, Fergusom J, Ssewa, aæa F, Viner RM (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet.* 387: 2423–2478.
- Pavot W, Diener E (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment.* 5: 164-172.
- Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, Rivara FP, Bartolomeos K (2008). World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization.
- Pedersen J (2022). Recreational screen media use and its effect on physical activity, sleep, and mental health in families with children.
- Pedersen MT, Lund L, LS. B (2022). Brug af røgfri nikotinprodukter blandt unge. *SRØG – en undersøgelse af forbrug af snus, tyggetobak og nikotinposer.* København: Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen.
- Peplau L, Perlman D (1982). Loneliness. A Source Book of Current Theory, Research, and Therapy. New York: John Wiley & Sons.
- Perloff RM (2014). Social media effects on young women's body image concerns: theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles.* 71: 363–377.
- Perra O, Fletcher A, Bonell C, Higgins K & McCrystal P (2012). School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence.* 35: 315-324.
- Pinquart M (2020). Health-Related Quality of Life of Young People With and Without Chronic Conditions. *Journal of pediatric psychology.* 45: 780-792.
- Pisinger C, Vestbo J, Borch-Johnsen K, Jørgensen T (2005). Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. *Prev Med.* 40: 285-292.
- Polinder S, Haagsma JA, Toet H, Brugmans MJP, van Beeck EF (2010). Burden of injury in childhood and adolescence in 8 European countries. *BMC Public Health.* 10: 45.
- Pommerencke LM, Pant SW, Madsen KR, Laursen B, Pedersen TP (2022). Social ulighed i børn og unges udvikling, sundhed og trivsel. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Poulsen A, Brot C (2019). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Forebyggende-sundhedsydelse-til-b%C3%B8rn/Vejledning-om-Forebyggende-sundhedsydelse-3-udg.ashx?la=da&hash=C1CFF30B5D2172708E6272AA114A85B5B990FE1F>
- Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L, Bangee M, Munn P (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: predictors and health outcomes. *J Adolesc.* 36: 1283-1293.
- Quinn CA, Fitzpatrick S, Bussey K, Hides L, Chan GCK (2016). Associations between the group processes of bullying and adolescent substance use. *Addictive Behaviors.* 62: 6-13.
- Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J and Metz J (2005). Review - Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Ass.* 105: 743-60.

- Rasmussen M, Holstein BE, Melkevik O, Damsgaard MT (2013). Validity of self-reported height and weight among adolescents: The importance of reporting capability. *BMC Medical Research Methodology*. 13: 85.
- Rasmussen M, Pedersen TP, Johnsen NF, Krølner RF, Holstein BE (2018). Persistent social inequality in low intake of vegetables among adolescents, 2002-2014. *Public Health Nutr*. 21: 1649-1653.
- Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, Alikasifoglu M, Välimaa R, Ottova V, Erhart M, the HPHFG (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*. 54: 151-159.
- Reilly JJ, Kelly J (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 35: 891-898.
- Román JEI, Madsen KM, Toftager M, Damsgaard MT, Due P, Rasmussen M, Pedersen TP, Holstein BE og Madsen KR (2023). Udvikling og validering af items til Skolebørnsundersøgelsen 2022. Resultater fra pilotundersøgelsen 2021. København. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Rapporten er under udgivelse.
- Rosenberg M (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.
- Ruiz JR, Castro-Piñero J, Artero EG, Ortega FB, Sjörström M, Suni J, Castillo MJ (2009). Predictive validity of health-related fitness in youth: a systematic review. *British journal of sports medicine*. 43: 909-923.
- Sallis JF (2018). Needs and Challenges Related to Multilevel Interventions: Physical Activity Examples. *Health Educ Behav*. 45: 661-667.
- Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Goldfield GS, Janssen I, Wang J, Podinic I, Tremblay MS, Saunders TJ, Sampson M, Chaput JP (2020). Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 17: 1-16.
- Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT (2007). Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet*. 369: 1481-1489.
- Saydah S, Bullard KM, Imperatore G, Geiss L, Gregg EW (2013). Cardiometabolic risk factors among US adolescents and young adults and risk of early mortality. *Pediatrics*. 131: 679-686.
- Schwarzer R, Jerusalem M (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In Weinman J, Wright S, & Johnston M (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, UK. 35-37
- Seidell JC, Halberstadt J (2015). The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann Nutr Metab*. 2: 7-12.
- Shenaz SI, Agarwal AK, Khan N (2014). A systematic review of self-medication practices among adolescents. *J Adolesc Health*. 55: 467-483.
- Sheth C, McGlade E, & Yurgelun-Todd D (2017). Chronic stress in adolescents and its neurobiological and psychopathological consequences: an RDoC perspective. *Chronic Stress*, 1, 2470547017715645.
- Siddall J, Huebner ES, Jiang X (2013). A prospective study of differential sources of school-related social support and adolescent global life satisfaction. *Am J Orthopsychiatry*. 83: 107-114
- Silva N, Pereira M, Otto C, Ravens-Sieberer U, Canavarro MC, Bullinger M (2019). Do 8- to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? a meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 28: 1725-1750.
- Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 17: 95.

- Smith PK (2016). Bullying: Definition, types, causes, consequences and intervention. *Social and Personality Psychology Compass*. 10: 519-532.
- Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, Yang J, Primack BA, Andrews JA, Miech RA, Spindle TR, Dick DM, Eissenberg T, Hornik RC, Dang R, Sargent JD (2017). Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 171: 788-797.
- Sonmark K, Godeau E, Augustine L, Bygren M, Modin B (2016). Individual and contextual expressions of school demands and their relation to psychosomatic health a comparative study of students in France and Sweden. *Child Indicators Research*. 9: 93–109.
- Stansfield S, Head J, Bartley M, Foray P (2008). Social position, early deprivation and the development of attachment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 43: 516-526.
- Stiglic N, Viner RM (2019). Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 9: e023191.
- Stuart-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 Study. *Health and Quality of Life Outcome*. 7: 15.
- Suldo SM and Shaffer EJ (2008). Looking beyond psychopathology The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*. 37: 52-68.
- Sundhedsstyrelsen (2022). Mental sundhed. <https://sst.dk/da/viden/Mental-sundhed>
- Svedberg P, Eriksson M, Boman E (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes*. 11: 176.
- Takizawa R, Maughan B, Arseneault L (2014). Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatr*. 171: 777-784.
- Tetens I, Biloft-Jensen A, Hermansen K, Mølgaard C, Nyvad B, Rasmussen M, Sabinsky M, Toft U, Wistoft K (2018). Fremme af sunde mad- og måltidsvaner blandt børn og unge. København: Vidensråd for Forebyggelse. 1-138.
- The U.S. Surgeon General's Advisory (2023). Social media and youth mental health. The U.S. Public health service.
- Thomsen EL, Boisen KA, Andersen A, Jørgensen SE, Teilmann G, Michelsen SI (2023). Low Level of Well-being in Young People With Physical-Mental Multimorbidity: A Population-Based Study. *The journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*.
- Timlin MT, Pereira MA, Story M and Neumark-Sztainer D (2008). Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (eating among teens). *Pediatrics*. 121: 638-645.
- Toftager M, Brønd JC (2023). Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15-årige 2018-22. National monitorering med objektive målinger. SDU.
- Tolstrup J, Demant J, Grønbaek M, Møller S, Pedersen M, Pisinger V (2019). Unges alkoholkultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse. 1-124.
- Tolstrup J, Moller SP, Gronbaek M, Hviid SS, Askgaard G (2021). Harmful consequences of heavy episodic drinking in young people in Denmark. *Ugeskr Laeger*. 14.
- Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy & Psychosomatics*. 84: 167-176.
- Torsheim T, Samdal O, Danielson AG et al. (2001). HBSC Protocol for 2001/02 Survey: Chapter 12 Positive Health, focus area rationale. In: Currie, C., Samdal, O., Boyce, W. and Smith, B. (eds.). *Health Behaviour in School-Aged*

Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/02 Survey. Scotland: University of Edinburgh.

Torsheim T, Wold B (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*. 24:701–713.

Uzogara S (2016). Underweight, the less discussed type of unhealthy weight and its implications: a review. *Am J Food Sci Nutr Res*. 3: 126-142.

Van den Eijnden RJ, Lemmens JS, Valkenburg PM (2016). The social media disorder scale. *Computers in human behavior*. 61: 478-487.

Vestbo J, Andreassen JT, Bast LS, Lund L, Pisinger CH (2022). Nikotinfbrug blandt børn og unge. Konsekvenser og forebyggelse. 1. udgave udg. København: Vidensråd for Forebyggelse. 1-96.

Vestbo J, Pisinger C, Bast L, Gyrd-Hansen D (2018). Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? Vidensråd for Forebyggelse. 1-124.

Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnich M, Fatusi A, Currie C (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. 379: 1641-1652.

Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: Current perspectives *Adolesc Health Med Ther*. 6: 149-158.

Wagner G, Karwautz A, Philipp J, Truttmann S, Dür W, Waldherr K, Berger G, Zeiler M (2023). Mental Health and Health-Related Quality of Life in Austrian Adolescents with Chronic Physical Health Conditions: Results from the MHAT Study. *J Clin Med*. 12: 1927.

Wahlström J, Låftman SB, Modin B, Löfstedt P (2021). Psychosocial Working Conditions in School and Life Satisfaction among Adolescents in Sweden: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 18: 5337.

Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ (2014). The role of friends and peers in adolescent body dissatisfaction: a review and critique of 15 years of research. *J Res Adolesc*. 24: 564–590.

Whitehead R, Berg C, Cosma A, Gobina I, Keane E, Neville F, Ojala K and Kelly C (2016). Trends in Adolescent Overweight Perception and Its Association With Psychosomatic Health 2002–2014: Evidence From 33 Countries. *Journal of Adolescent Health*. 60: 204-211.

World Health Organization (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Toward Achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe—Leaving No One Behind, Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.