

Pernille Due og Bjørn E. Holstein, red.

Skolebørnsundersøgelsen 2002

2. reviderede udgave



Københavns Universitet
Institut for Folkesundhedsvidenskab
2003

Skolebørnsundersøgelsen 2002

2. reviderede udgave, 1. juli 2003 (i 1. udgave var figurerne 5.1.C – 5.1.L forkerte)

© Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2003

www.pubhealth.ku.dk

Redaktion: Pernille Due og Bjørn E. Holstein

Manus: Anette Andersen, Pernille Due, Bjørn E. Holstein, Rikke Krølner,
Lis Hentze Poulsen, Mette Rasmussen

Figurer: Charlotte Ørsted Andersen

Tilrettelæggelse: Julie Jakobsen og Birgit Pallesen

Forsideillustration: Berardo Gonzales

Web publicering: Mogens Trab Damsgaard

Tryk: Diverse printere

Oplag: Dynamisk

ISBN 87-987441-1-9

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

Bogen kan frit kopieres under forudsætning af tydelig kildeangivelse

Bogen må ikke gøres til genstand for salg

Forord

Dette hæfte rummer resultaterne fra det sjette danske bidrag til det internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - a WHO Collaborative Research Project. Undersøgelsens danske navn er Skolebørnsundersøgelsen 2002.

Formålet med dette hæfte er at informere de mange skoler og elever, som i årenes løb har hjulpet os med undersøgelsen, og at informere andre interesserede og brugere af oplysninger om børns og unges sundhed. Hæftet beskriver tilstanden blandt 11-, 13- og 15-årige elever, men giver ingen forklaringer. Forsøg på forklaringer findes i de mere dybtgående analyser i de videnskabelige artikler, som kommer fra undersøgelsen.

Projektet hører hjemme på Københavns Universitets Institut for Folkesundhedsvidenskab, hvor en større forskergruppe arbejder med analysen af data. Pernille Due er den danske projektleder, Candace Currie fra universitetet i Edinburgh er den internationale projektleder, Oddrun Samdal fra universitetet i Bergen er leder af den internationale databank, og Erio Ziglio og Vivian Barnekow Rasmussen fra WHO er forskernetværkets kontaktpersoner i WHO.

Undersøgelsen fra 2002 er blevet mulig takket være bevillinger fra Socialministeriet og Sundhedsministeriet til Center for Empirisk Forskning om Børns Sundhed og Livsstil. Cenret er et samarbejde mellem en række forskere med interesse for børns helbred og sundhedsvaner fra Statens Institut for Folkesundhed, Danmarks Pædagogiske Universitet og Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet.

At deltage i undersøgelsen kræver engagement fra både elever, lærere og skoleledelse, og vi er derfor meget taknemmelige for den interesse og positive opbakning, undersøgelsen har fået. Næsten alle de skoler, vi har henvendt os til, har valgt at deltage, og eleverne har udvist stor omhu og seriøsitet i besvarelsen. Vi skylder derfor mange mennesker en stor tak for deres bidrag til undersøgelsen: Personale på de over 100 skoler, der har deltaget i undersøgelsen og de over 9.000 deltagende elever. Desuden en stor tak til Birgit Pallesen fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, som har stået for administrative opgaver og kontakten til alle skolerne, samt tak til de mange studerende, som har bidraget til at sikre en høj datakvalitet.

Rapporten er forfattet af undertegnede samt Anette Andersen, Rikke Krølner, Lis Hentze Poulsen og Mette Rasmussen. Charlotte Ørsted Andersen, Mogens Trab Damsgaard, Julie Jakobsen og Birgit Pallesen har udarbejdet de grafiske opstillinger og bidraget til rapportens layout og redaktion.

København, juni 2003

Pernille Due og Bjørn Holstein

Indholdsfortegnelse

Forord	i
Indholdsfortegnelse	iii
1 Interessens for børns og unges sundhed	1
1.1 Undersøgelsens baggrund og formål	1
1.2 Undersøgelsens organisation	2
1.3 Gennemførelse af landsundersøgelsen i Danmark 2002	3
1.4 Undersøgelsens teoretiske baggrund	5
1.5 Hvorfor et internationalt forskningsprojekt?	6
2 Helbred og trivsel	8
2.1 Introduktion: Måling af helbred og trivsel blandt børn	8
2.2 Selvvurderet helbred og trivsel	9
2.3 Symptomer	11
2.4 Lægemedler	20
2.5 Skader	22
2.6 Vægt og kropsofattelse	23
3 Sundhedsvaner	27
3.1 Rygevaner	27
3.2 Drikkevaner	31
3.3 Hash og ecstasy	35
3.4 Motion og fysisk inaktivitet.....	39
3.5 Tandbørstning.....	43
3.6 Kost- og måltidsvaner.....	45
4 Sociale relationer	56
4.1 Familiestrukturen.....	56
4.2 Relationer til venner og forældre.....	59
4.3 Ændrer de sociale relationer sig over tid?	64

5	Skole og lokalsamfund	68
5.1	Skoletrivsel	68
5.2	Mobning	77
5.3	Forhold til lokalsamfundet	78
6	Social ulighed	84
6.1	Fænomenet social ulighed i helbred	84
6.2	Måling af social ulighed	84
6.3	Social ulighed i helbred, trivsel og sundhedsadfærd	85
6.4	Social ulighed: Større eller mindre over tid?	87
7	Perspektiver	88
7.1	Hovedresultater	88
7.2	Metoderne	89
7.3	Om at bruge undersøgelsen til at skabe forbedringer	90
	Referencer	93
	Bilag	96

1 Interessen for børns og unges sundhed

Pernille Due og Bjørn E. Holstein

1.1 Undersøgelsens baggrund og formål

Dette hæfte handler om børns og unges sundhed. Sundhed er et stort og komplekst fænomen, som vi i praksis definerer ved fire dimensioner: 1) et godt helbred uden skader, symptomer og alvorlig sygdom, 2) en god funktionsevne i relation til familie, skole og kammerater, 3) velbefindende og trivsel i relation til livet, skolen og de nære omgivelser og 4) en god sundhedsadfærd.

Børns og unges sundhed er vigtig for folkesundheden (Currie et al 2000, Currie et al 2001). For det første er det en etisk udfordring for samfundet at sikre sunde og velfungerende børn og unge. For det andet er der en stor risiko for, at helbredsproblemer og risikoadfærd i barndom og ungdom fortsætter ind i voksenlivet. Det er baggrunden for et enestående forsknings samarbejde mellem børneforskere i mange lande, som nu har fungeret i tyve år med World Health Organization (WHO) som medspiller (Jørgensen et al 2001). Forskningsprojektets internationale navn er Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - a WHO Cross-National Study, det danske navn er Skolebørnsundersøgelsen. Det bygger på sammenlignelige undersøgelser af store repræsentative udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever med ca. fire års mellemrum i et stort antal lande.

Projektet har fire overordnede formål. For det første at give et samlet billede af børns og unges sundhedsadfærd, f.eks. ryge-, drikke-, motions-, kost- og tandplejevaner samt forebyggelse af skader. Da undersøgelsen gennemføres med jævne mellemrum, giver det mulighed for at følge ændringerne i de unges sundhedsadfærd over tid.

For det andet at skabe større indsigt i, hvorledes sundhedsvanerne hænger sammen med andre forhold i elevernes liv, fx deres sociale relationer, familieliv, skoleliv, almene levekår, helbred og almen trivsel. Det er på en gang grundforskning og forskning med tydelige anvendelsesmuligheder.

For det tredje at skabe større indsigt i unge menneskers opfattelse af eget helbred og trivsel. Undersøgelsen skal skabe større forståelse for sammenhængen mellem helbred, sundhedsadfærd, trivsel og levekår.

For det fjerde skal undersøgelsen producere ny viden, som kan anvendes i det sundhedsfremmende arbejde blandt børn og unge.

1.2 Undersøgelsens organisation

Det internationale samarbejde: En gruppe forskere fra England, Finland og Norge startede i 1983 et internationalt netværk af forskere fra ni lande, som gennemførte den første HBSC-undersøgelse i 1983-1985. Kort efter indledte forskerne et samarbejde med WHO som international samarbejdspartner, blandt andet for at lette samarbejdet mellem lande i vest- og østblokken. De følgende undersøgelser blev gennemført i 1986-1988 i 14 lande, i 1989-1991 i 17 lande, i 1993-1994 i 24 lande, i 1997-1998 i 28 lande, og i 2001-2002 i 35 lande. Danmark har deltaget i alle seks undersøgelser.

Dr. Candace Currie fra universitetet i Edinburgh blev valgt af forskergruppen til international koordinator i 1995. Den danske projektleder Pernille Due har været medlem af den internationale styregruppe siden 1999. Den internationale projektledelse sikrer undersøgelsens kvalitet. Under dens ledelse har et halvt hundrede forskere arbejdet i tre år med at planlægge undersøgelsen i 2002 og sikre, at den videnskabelige kvalitet er på et højt internationalt niveau. Forskningsprotokollen er tilgængelig på internetadressen www.hbsc.org. Ledelsen godkender i detaljer hvert enkelt lands planer for udvælgelse af skoler og elever, for dataindsamling, spørgeskemaets udformning, kvaliteten af oversættelsen fra den engelske standardversion til over 25 sprog, og kvaliteten af data. Lederen af den internationale databank, Dr. Oddrun Samdal fra universitetet i Bergen, sikrer opbygningen af et fejlfrit internationalt datasæt.

I hvert deltagerland skal forskerne udvælge et repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelever og derefter gennemføre dataindsamlingen anonymt og i skoler blandt ca. 4.500 elever på en så standardiseret måde, at data er sammenlignelige. I 2001/2002 deltog følgende lande: Belgien, Canada, Danmark, England, Estland, Finland, Frankrig, Grækenland, Grønland, Holland, Irland, Israel, Italien, Kroatien, Letland, Litauen, Makedonien, Malta, Norge, Polen, Portugal, Rusland, Skotland, Slovakiet, Slovenien, Spanien, Sverige, Schweiz, Tjekkiet, Tyskland, Ukraine, Ungarn, USA, Wales og Østrig.

Tabel 1.2.a HBSC-undersøgelsen 1983-2002.

Survey	International dataindsamling, skoleår	Antal lande	Antal elever, internationalt	Dataindsamling i Danmark	Antal elever i Danmark
1	1983/1984	9	ca. 35.000	Vinter 1984/85	679
2	1985/1986	14	ca. 55.000	Forår 1988	1.671
3	1989/1990	17	ca. 70.000	Forår 1991	1.860
4	1993/1994	26	102.000	Forår 1994	4.046
5	1997/1998	28	123.000	Forår 1998	5.205
6	2001/2002	36	163.000	Forår 2002	4.824

Det nationale samarbejde: Forskningsprojektet udføres i Danmark af Københavns Universitets Institut for Folkesundhedsvidenskab. Der er tætte samarbejdsrelationer til

andre forskergrupper ved Statens Institut for Folkesundhed, Danmarks Pædagogiske Universitet og Danmarks Farmaceutiske Universitet, og mange fagpersoner bruger data i det sundhedsfremmende arbejde med børn og unge. Brugen af data til forskning, sundhedsplanlægning og almen oplysning har været stigende igennem årene.

Hver eneste gang undersøgelsen er gennemført har vi mødt stor velvilje fra skolernes side. På trods af at mange skoler er trætte af at deltage i undersøgelser af elevernes forhold, har vi således hver gang opnået en høj deltagelsesprocent og dermed haft mulighed for at gennemføre landsrepræsentative undersøgelser. Tabel 1.2.b viser antallet af skoler og elever i de seks danske undersøgelser.

Tabel 1.2.b Antal skoler og elever i de seks danske undersøgelser.

	1984/85	1988	1991	1994	1998	2002
Antal udvalgte skoler	10	25	23	50	64	78
Antal deltagende skoler	10	18	19	45	55	69
Svarprocent	90	94	91	91	91	91
Antal deltagende elever	679	1.671	1.860	4.046	5.205	4.824
Statistisk usikkerhed	+/-8%	+/-6%	+/-6%	+/-4%	+/-3%	+/-3%

Delundersøgelser: Ud over landsundersøgelsen har vi gennemført en række lokale undersøgelser. I 1994 en supplerende undersøgelse i alle skolerne i Nordborg kommune (antal elever=457). I 1998 igen en supplerende undersøgelse i alle skolerne i Nordborg kommune samt i netværket af sundhedsfremmende skoler i Sønderjyllands amt (n=2.067). I 2002 en tilsvarende undersøgelse i Nordborg og Sønderjyllands amt (n=3.730), en undersøgelse i alle skolerne i Ballerup kommune (n=1.010), og en undersøgelse i Ribe amt (n=1.640). Alt i alt har ca. 25.000 elever deltaget i undersøgelserne i Danmark. Denne rapport handler kun om landsundersøgelsen, 2002.

1.3 Gennemførelse af landsundersøgelsen i Danmark 2002

Udvælgelse af skoler og elever: Vi henvendte os til et tilfældigt udsnit af landets skoler (separate breve til skolebestyrelse, skoleleder og elevråd) for at bede skolen deltage, og 69 af 78 skoler ønskede at medvirke.

I hver af de 69 skoler besvarede alle elever på femte, syvende og niende klassetrin det anonyme spørgeskema i en klassesstime. Eleverne fik instruktion af (klasse)læreren og fik blandt andet at vide, at undersøgelsen er anonym og at de derfor ikke måtte skrive navn eller fødselsdato på skemaet. De afleverede det udfyldte spørgeskema i en lukket konvolut til læreren, og skolen returnerede materialet til Københavns Universitet. Kun forskergruppen har haft adgang til at se de udfyldte spørgeskemaer. Undersøgelsen er fuldstændig anonym, da det ikke er muligt at identificere de enkelte elever.

Spørgeskemaet: Det er afgørende for undersøgelsens kvalitet, at eleverne kan og vil besvare spørgeskemaet ærligt. Vi har igennem årene gennemført et stort antal

pilotundersøgelser for at sikre, at spørgeskemaet fungerer godt, f.eks. fokusgruppe-interviews med elever, personlige interviews med elever efter udfyldning af skemaet, og prøvebesvarelser af nye spørgsmål i udvalgte klasser. Disse mange pilotundersøgelser har givet stor tryghed mht. de indsamlede oplysningers kvalitet. Det giver også tryghed, at mange deltagere tilkendegiver deres interesse ved at skrive ekstra oplysninger eller anerkendende ord til os i spørgeskemaet. Næsten ingen elever saboterer spørgeskemaet med useriøse svar. I 2002 var kun ti besvarelser tydeligt useriøse og måtte kasseres.

En anden udfordring er at sikre sammenlignelighed med de andre deltagerlande, og derfor er der en tæt kontrol med, hvordan landene oversætter det engelske standard-spørgeskema til deres eget nationale sprog. Endnu en udfordring er at sikre sammenlignelighed bagud i tid: Hvis man skal redegøre for udviklingen i fx ryge- eller motionsvaner fra den første undersøgelse i 1984/1985 til den seneste i 2002 skal spørgsmålene til eleverne være stillet på samme måde. Der er over 25 spørgsmål, som vi har stillet på nøjagtig samme måde i alle seks undersøgelser, og et tilsvarende antal har været stillet på nøjagtig samme måde i tre eller fire af de seks undersøgelser.

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

Spørgeskemaet har tre dele: 1) kernespørgsmål som anvendes i alle deltagerlande i hver undersøgelse, 2) fokusspørgsmål, som anvendes i alle lande, men varierer fra den ene undersøgelse til den anden, og 3) nationale spørgsmål.

Tabel 1.3.a Spørgeskemaets indhold i de seks danske undersøgelser.

År	Årets fokusspørgsmål	Året danske nationale spørgsmål
1984	Rygning; holdning til rygning	Socialt netværk
1988	Motionsvaner	Socialt netværk
1991	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: socialt netværk	Kontakt med sundhedsplejersken
1994	Skolens arbejdsmiljø; skader	Kontakt med sundhedsplejersken
1998	Skolens arbejdsmiljø; social ulighed; højde, vægt og kropsform; rygning og rygepolitik	Kontakt med sundhedsplejersken; handlekompetence
2002	Mange valgmuligheder. I Danmark valgte vi: social ulighed; social kapital; skolens arbejdsmiljø; familiekultur; astmasymptomer	Handlekompetence; rygepolitik; brug af lægemidler

1.4 Undersøgelsens teoretiske baggrund

Der er gennem tiderne fremsat mange teorier om udvikling af sundhedsvaner blandt unge mennesker, men ingen enkelt teori giver en entydig og fuldstændig forklaring. Forskergruppen har derfor valgt at lade sig inspirere af flere teoretiske retninger i arbejdet med denne undersøgelse (Glanz et al 1990).

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

Andre af teorierne har deres baggrund i socialpsykologien og handler om samspillet mellem mennesker. Et eksempel er The Social Cognitive Theory, en socialiseringsteori, som lægger vægt på at omgivelserne er rollemodeller for vores vaner, også sundhedsvaner. Teorien lægger også vægt på de erfaringer, vi hver især har med at opstille mål og nå dem. Den bagvedliggende antagelse er, at mennesker, der har held med at formuleres sådanne mål og nå dem, udvikler en tro på sig selv, en self-efficacy, som kan være en vigtig forudsætning for at vælge sunde vaner. Teorierne om Empowerment fremhæver kontrol over tilværelsen som grundlag for sunde handlinger. En sådan kontrol, og oplevelsen af at have kontrol, kan både forekomme hos individer og i kollektiver. I Danmark benyttes fx begrebet handlekompetence som udtryk for en sådan oplevelse af kontrol kombineret med en vision om og erfaring med at ændre sin omverden, en tro på sig selv som kompetent mht. både sociale relationer og selvstændige handlinger. Disse teorier har givet inspiration til andre dele af spørgeskemaet, fx spørgsmål om forældres og venners sundhedsvaner samt handlekompetence.

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

levestandard, fx familiestruktur, sociale relationer, forældrenes erhverv, familiens materielle velstand, og forhold i lokalsamfundet.

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

- 1) Familien, hvor vi især analyserer om familietype, forældrenes socialgruppe og social støtte fra familien har indflydelse på deres helbred og sundhedsvaner,
- 2) Kammeratgruppen, hvor vi bl.a. har analyseret betydningen af social støtte fra venner og gensidig påvirkning af sundhedsvaner blandt de unge,
- 3) Skolen. Vi har bl.a. analyseret betydningen af skoletrivsel, skolens rygepolitik og mobning i skolen som baggrund for helbred og sundhedsvaner, og der har været fokus på skolesundhedsplejens funktion.
- 4) Samfundet, både det nære lokalsamfund og nationen. Der er ofte store forskelle i helbred og sundhedsvaner fra det ene lokalsamfund til det andet, og fra det ene land til det andet.

1.5 Hvorfor et internationalt forskningsprojekt?

Det er meget kompliceret at gennemføre et fælles forskningsprojekt i en gruppe på mere end 50 forskere fra mere end 30 lande, forskere med vidt forskellig uddannelse, erfaring og interesse, men alle med et engagement og en interesse i at få indflydelse på undersøgelsens indhold og metoder. Det tager typisk fire år at planlægge og gennemføre hver ny runde af undersøgelsen, fra de første teoretiske overvejelser via de mange pilotundersøgelser til det endelige datasæt foreligger, og mange debatter og konflikter skal klares undervejs. Hvorfor alt det besvær? Hvorfor gennemfører vi ikke bare vores egen danske undersøgelse, som vi selv kunne udforme og bestemme over?

Der er flere grunde til at deltage i dette internationale forsknings samarbejde. De vigtigste fire er:

- 1) Det åbner vores øjne at arbejde i et internationalt netværk. Det som er naturligt og selvfølgelig for os kan være helt anderledes i andre lande. Vi tænker fx ikke meget over begrebet 'en klasse' herhjemme, det er så naturligt at skolens elever er organiseret i faste klasser, der følges ad igennem mange års skolegang. Men det kan være anderledes, fx skoler uden faste klasser men med varierende elevgrupper afhængigt af elevernes valg af fag, og skiftende fra år til år. Et andet eksempel er, hvor forskellige vilkår børn og unge mennesker har. Børn og unge fra de fattige lande i øst; børn og unge i krigspræget Israel; børn og unge i bygderne i Grønland; børn og unge i amerikanske storbyers slumkvarterer. Variationerne er enorme og lærerige.
- 2) Det er en erstatning for forsøg, som det vil være uetisk at gennemføre. I mange lande ville man fx anse det for uetisk at gennemføre forsøg med at tillade elever at ryge i

skolen. Men indtil for nyligt var det tilladt eleverne at ryge i mange danske skoler, dvs. vores kolleger i de andre lande kunne betragte Danmark som det laboratorium, hvor man kunne studere effekten af en slap rygepolitik.

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

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

2 Helbred og trivsel

Pernille Due og Bjørn E. Holstein

2.1 Introduktion: Måling af helbred og trivsel blandt børn

De fleste børn og unge er raske i medicinsk forstand (Nielsen et al. 1998), men mange har alligevel problemer med helbred og trivsel. Derfor må man bruge andre målinger end blot lægelige diagnoser, når man skal vurdere børns og unges helbred. Skolebørnsundersøgelsen anvender syv mål for helbred og trivsel. To af dem er såkaldt bløde mål alene baseret på selvvurderinger (selvvurderet helbred, almen trivsel), to andre er baseret på emner, man ofte taler med en læge om, nemlig selvrapportering af symptomer og selvrapporteret lægemiddelbrug. Det femte og sjette mål har en mere objektiv karakter, nemlig om man har været ude for skader, der skulle behandles af læge eller sygeplejerske i det seneste år, samt højde, vægt og BMI (Body Mass Index). Det syvende mål har relation til BMI og handler om kropsopfattelse. Næsten alle eleverne har svaret på disse spørgsmål, dog er der ca. 7%, som ikke har svaret på spørgsmålene om vægt og højde.

Selvvurderet helbred er et interessant mål, som baseres på ét enkelt spørgsmål i spørgeskemaet, "Synes du selv dit helbred er ... virkelig godt ... godt ... nogenlunde ... dårligt?". Blandt voksne ved man, at en del mennesker med langvarige og kroniske sygdomme selv vurderer, at de har et godt helbred, mens andre uden erkendte sygdomme mener, at de har et dårligt helbred. Men uanset objektivt helbred, så har voksne med dårligt selvvurderet helbred en større risiko for at få hjertesygdom og for at dø. Selvvurderet helbred afspejler altså en vigtig dimension i den samlede helbredsvurdering. Det er ikke undersøgt, om selvvurderet helbred hos børn og unge er prædikator for senere dødelighed, men det er tydeligt, at børn og unge har en mening om, hvordan deres helbred er.

Trivsel kan måles på mange måder, og trivsel i relation til skole og sociale relationer beskrives i andre kapitler i denne rapport. Her omtaler vi kun den almene måling af livskvalitet, som baseres på spørgsmålet: "Her er et billede af en stige. Trin 10 betyder 'det bedst mulige liv' for dig, og trin 0 betyder 'det værst tænkelige liv' for dig. Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden?". Det er en målemetode, der har været anvendt i mange undersøgelser, og som anbefales af Cantril (Currie et al 2002).

Symptomer måles med HBSC-SCL-skalaen (HBSC Symptom Check List), som har god validitet (Haugland 2001). Den koncentrerer sig om symptomer, som er almindelige i disse aldersgrupper og baseres på spørgsmålet "Tænk på de sidste 6 måneder: Hvor ofte har du haft hovedpine ... haft mavepine ... haft ondt i ryggen ... været ked af det ... været irriteret eller i dårligt humør ... været nervøs ... haft svært ved at falde i søvn ... været svimmel. Skalaen giver også mulighed for at identificere grupper af elever med stor symptombelastning, fx mindst ét symptom dagligt, eller mindst fem symptomer ugentligt.

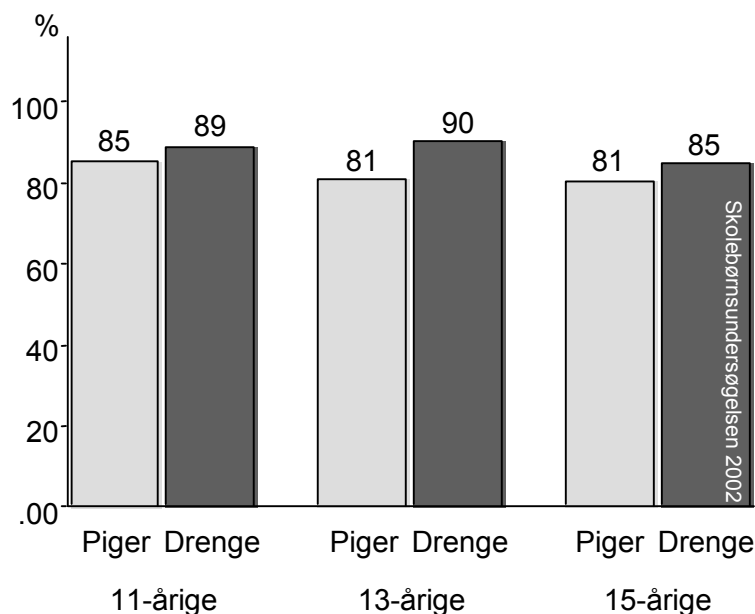
Lægemedelforbrug måles med fire spørgsmål om eleven inden for den seneste måned har anvendt piller mod 1) hovedpine, 2) mavepine, 3) vanskeligheder med at falde i søvn og 4) nervøsitet. Spørgsmålet omfatter både håndkøbsmedicin og receptmedicin, og styrken ved denne måde at spørge på er, at man koncentrerer sig om bestemte symptomer, ikke om bestemte former for lægemidler. Disse spørgsmål har vist sig at være glimrende til at afdække variationer i lægemiddelforbrug mellem piger og drenge i mange lande (Hansen et al. 2003).

Højde, vægt og BMI måles med spørgsmålene "Hvor meget vejer du uden tøj?" og "Hvor høj er du uden sko?" og BMI (*body mass index*) beregnes som vægten i kg divideret med kvadratet på højden i meter og er det mål, man normalt anvender til at beskrive, om folk har en normal vægt.

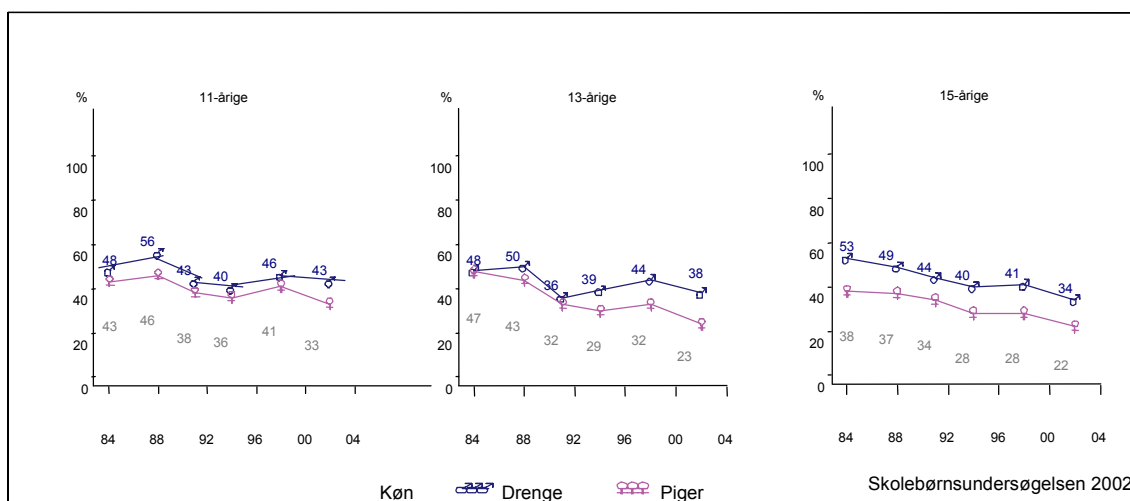
Kropsopfattelse måles med spørgsmålene "Synes du selv din krop er (alt for tynd, lidt for tynd, passende, lidt for tyk, alt for tyk)" og "Er du på slankekur, eller gør du noget andet for at tabe dig for tiden?"

2.2 Selvvurderet helbred og trivsel

Alt i alt har 32,4% svaret meget godt, 52,8% godt, 13,9% nogenlunde og 0,9% dårligt. Figur 2.2.a viser, at langt de fleste af eleverne synes, de har et godt helbred (svarkategorierne meget godt + godt). Lidt flere af eleverne i femte end i niende klasse synes, de har et godt helbred, og på hvert klassetrin er det lidt flere drenge end piger, der synes, de har et godt helbred.



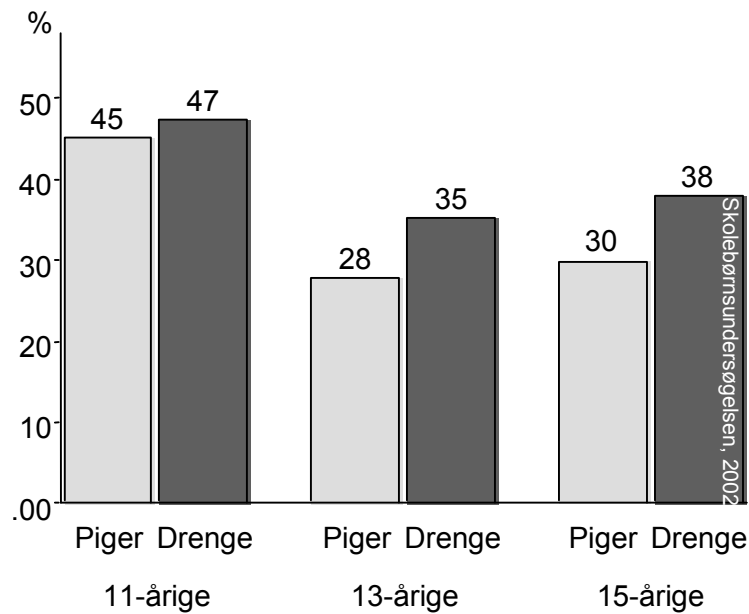
Figur 2.2.a Procent med meget godt/godt selvvurderet helbred.



Figur 2.2.b Procent med meget godt selv vurderet helbred.

Fra den første undersøgelse i 1984 til den seneste i 2002 er der sket et betydeligt fald i andelen, der synes, de har et meget godt helbred, se Figur 2.2.b. Spørgsmålet var stillet på helt samme måde i 1984 og 2002 med de fire samme svarkategorier, og der er et tydeligt fald i andelen med godt selv vurderet helbred fra 1984 til 2002. Spørgsmålet var stillet på samme måde men med kun tre svarkategorier (dvs uden den fjerde kategori 'dårligt') i 1988, 1991, 1994 og 1998, og også her ses et fald fra 1988 til 1998. Det skyldes næppe den lille ændring i antallet af svarkategorier, at der er sket et fald i andelen med 'meget godt helbred'.

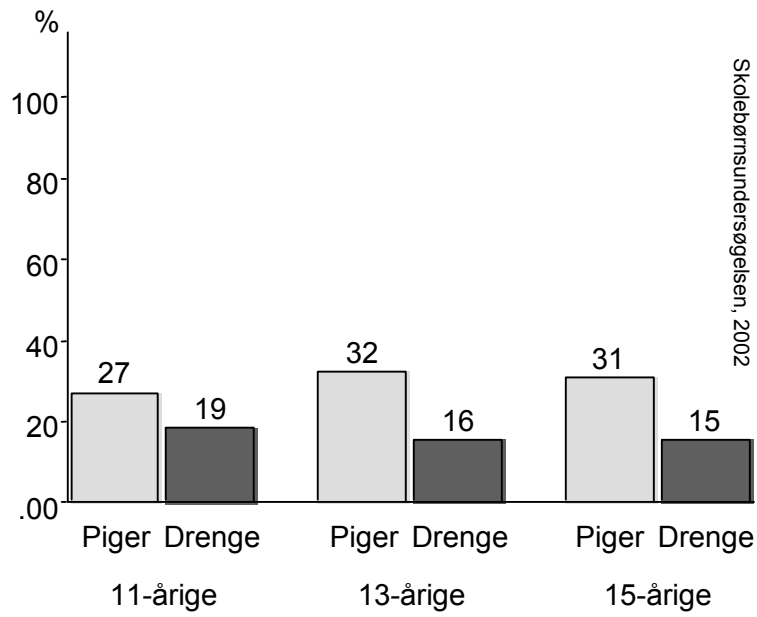
Spørgsmålet om almen trivsel er en stige med 10 trin, hvor trin 0 svarer til "det værste mulige liv", og trin 10 svarer til "det bedste mulige liv". Der er heldigvis kun få, som har placeret sig på trin 0-5, helt præcist 12,7%. Andre 49,8% har placeret sig lidt over midten på trin 6-8, og 37,5% har svaret helt i top på trin 9 eller 10. Trivslen er alt i alt faldende med stigende alder og større blandt drenge end piger. Det ses tydeligt i Figur 2.2.c, som viser andelen af piger og drenge i de tre aldersgrupper, som har svaret 9 eller 10.



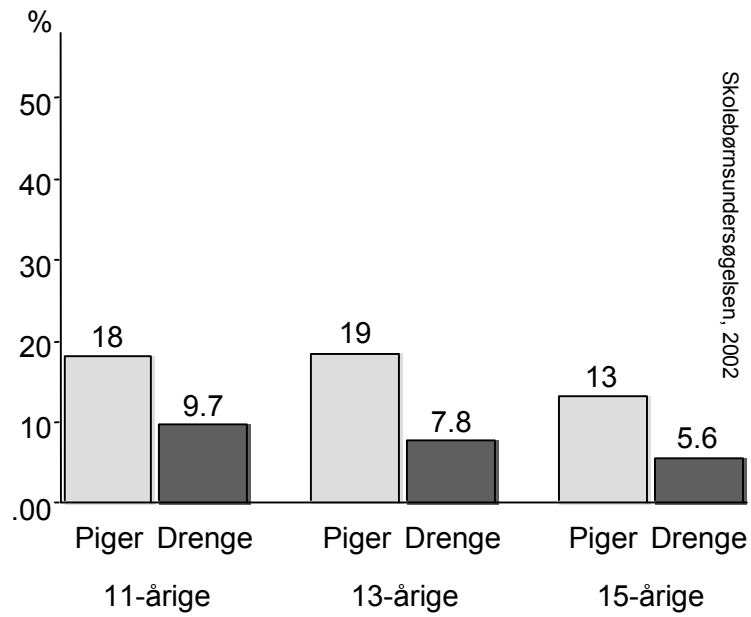
Figur 2.2.c Procent med 9 og 10 point på trivselsskalaen.

2.3 Symptomer

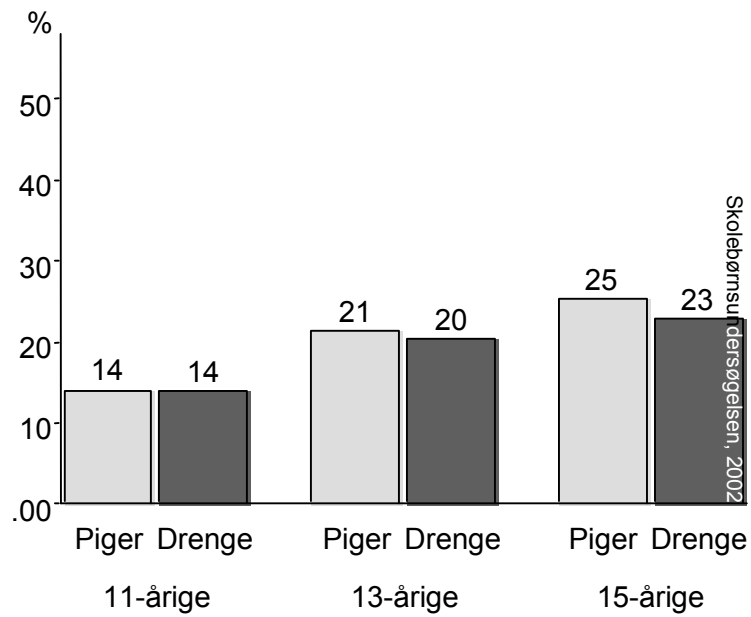
Der er en overraskende stor andel af eleverne, som har symptomer: 23,5%, 12,4% og 19,3% har haft henholdsvis hovedpine, mavepine og ondt i ryggen mindst en gang om ugen. Der er 25,0%, der har været i dårligt humør mindst en gang om ugen, 38,9% har været irritable eller i dårligt humør, 22,0% været nervøse, 32,1% haft svært ved at falde i søvn og 13,7% været svimle, ligeledes mindst en gang om ugen. Der er meget store forskelle i symptombelastning mellem piger og drenge. Der er lige mange piger og drenge, der har haft ondt i ryggen, men for de syv andre symptomer er der flere piger end drenge, der rapporterer dem, se Figur 2.3.a til Figur 2.3.h.



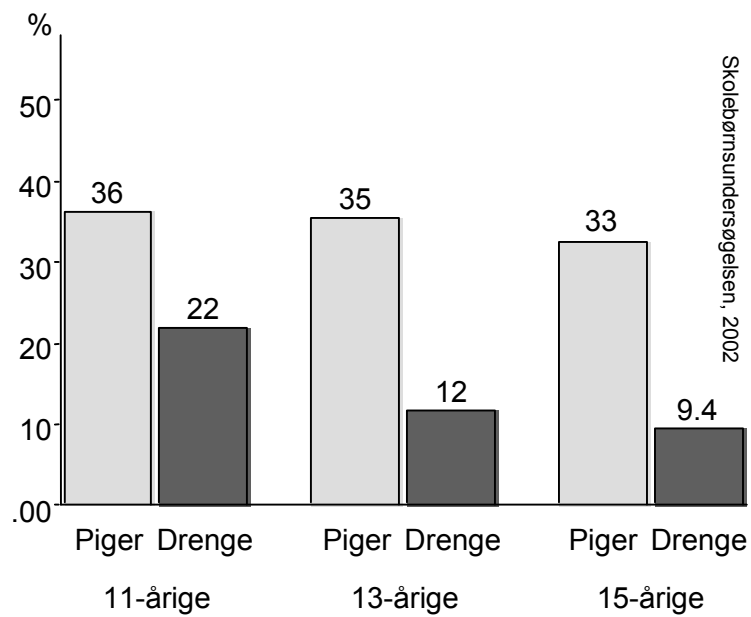
Figur 2.3.a Procent med hovedpine mindst ugentligt.



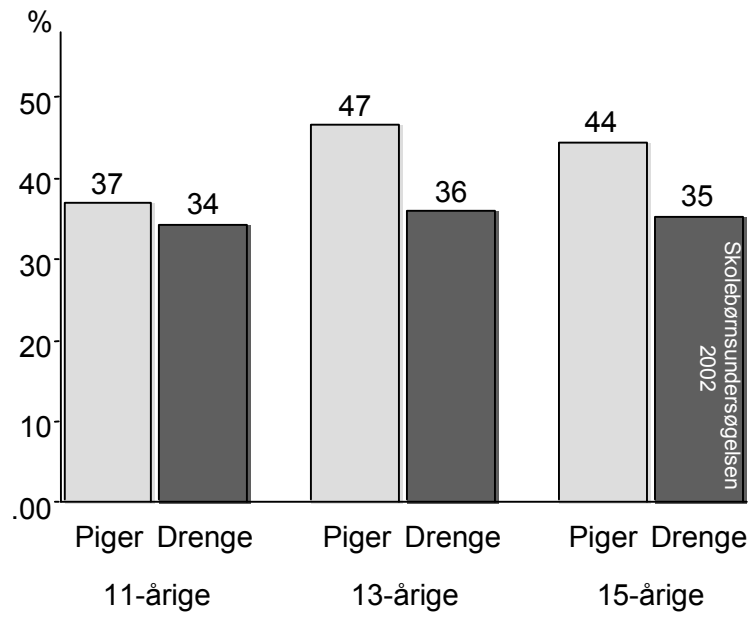
Figur 2.3.b Procent med mavepine mindst ugentligt.



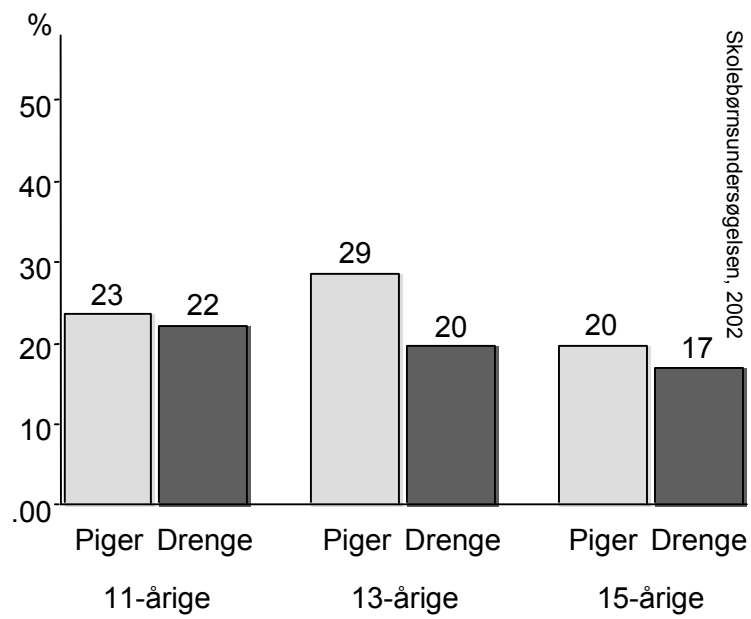
Figur 2.3.c Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt.



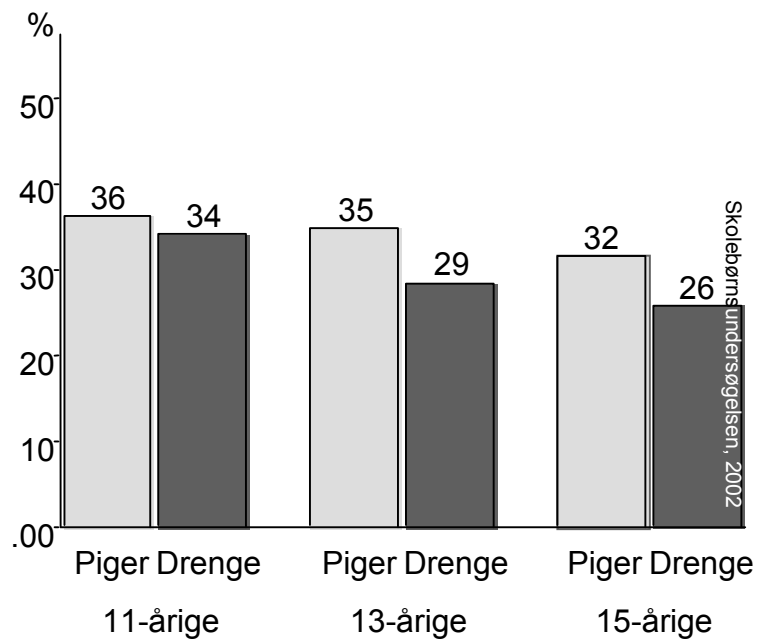
Figur 2.3.d Procent som er ked af det mindst ugentligt.



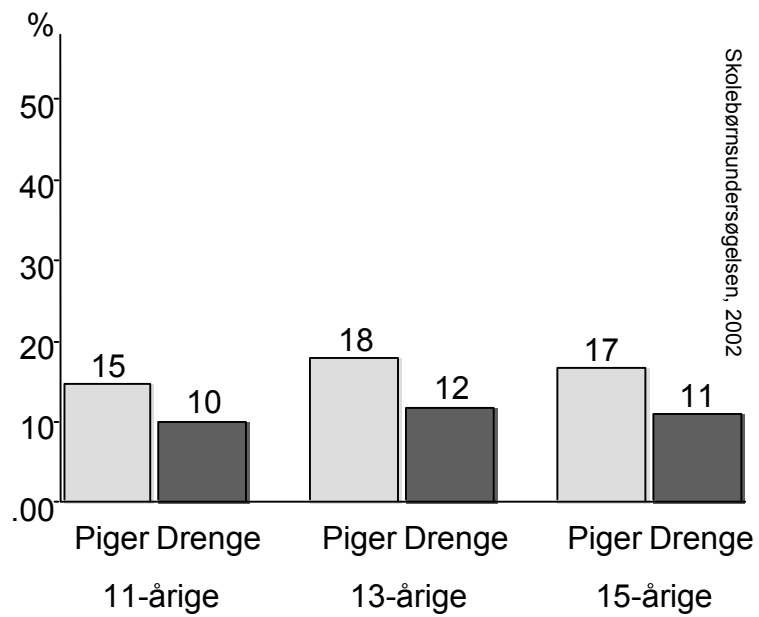
Figur 2.3.e Procent som er irriteret mindst ugentligt.



Figur 2.3.f Procent som er nervøs ugentligt.

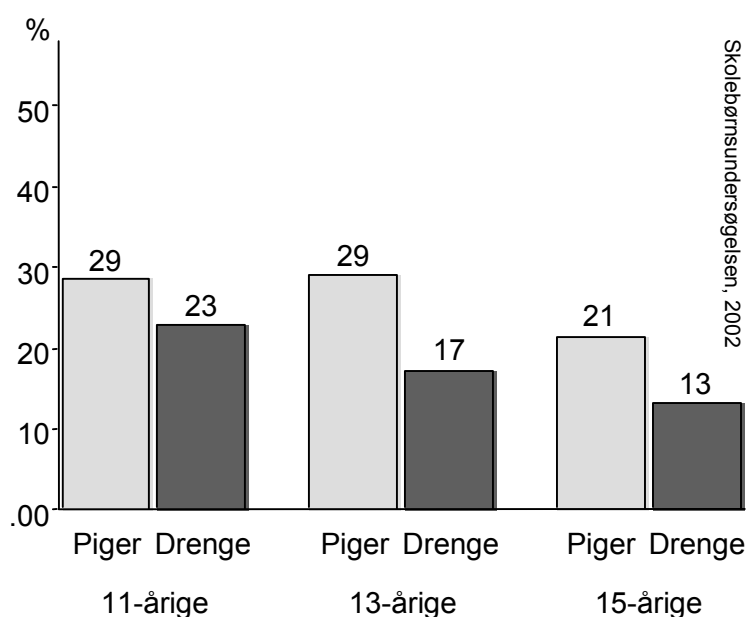


Figur 2.3.g Procent som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt.



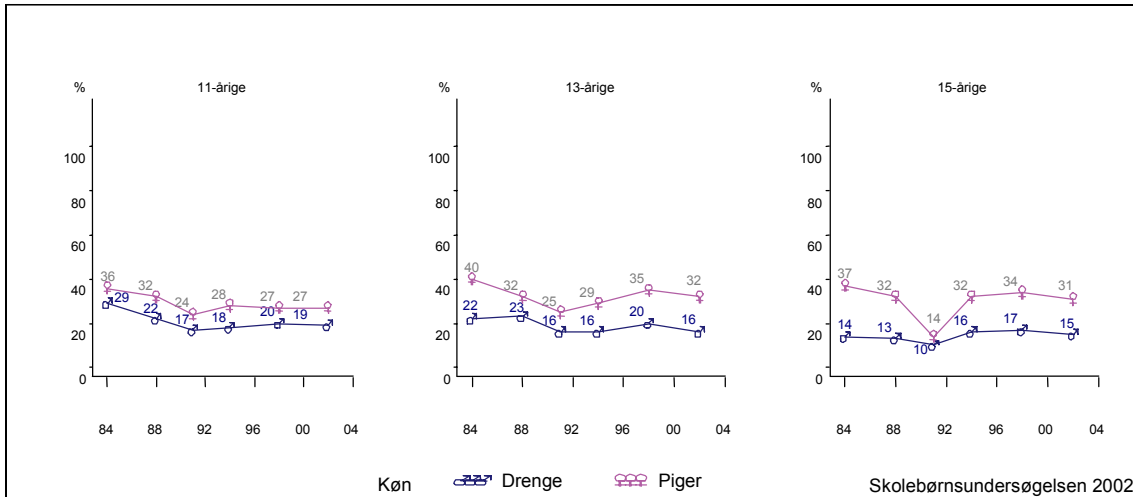
Figur 2.3.h Procent som har været svimmel mindst ugentligt.

Hvert af de otte symptomer giver måske ikke anledning til så stor bekymring, men elever i denne aldersgruppe, som har symptomer meget tit, eller som har mange symptomer, er alligevel belastede i den forstand, at det påvirker deres daglige trivsel, deres sociale funktion og deres indlæring i skolen. Derfor interesserer vi os for den gruppe, som har ophobet mange symptomer. Der er 15,4% af eleverne, som har ét af disse symptomer hver dag, og 7,0% har to eller flere af disse symptomer hver dag. Denne gruppe på i alt 22,4% betragter vi som særligt belastet. Figur 2.3.i viser, at der er flere elever i femte klasse end i niende klasse, som har symptomer dagligt, og at der på alle tre klassetrin er flere piger end drenge, som har symptomer dagligt.

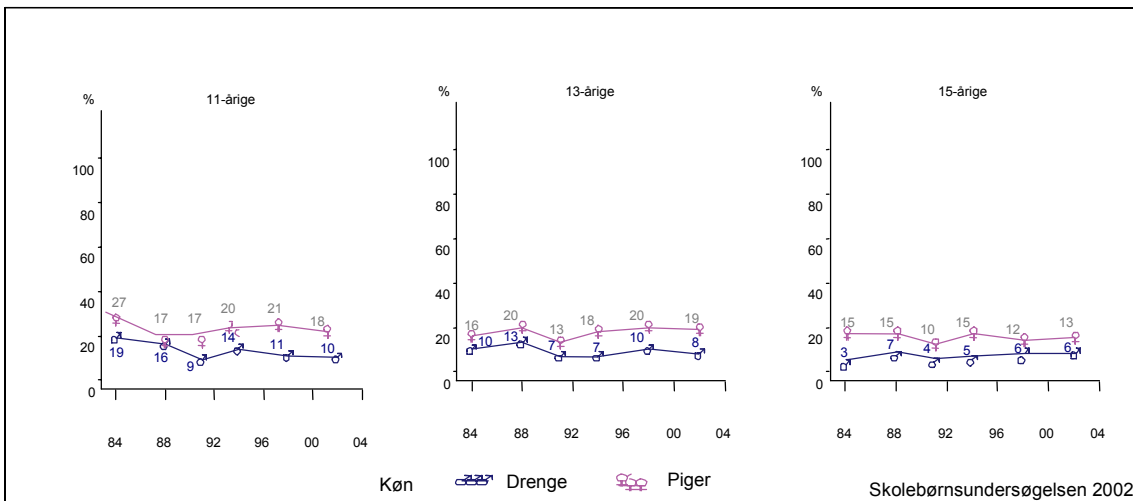


Figur 2.3.i Procent med symptomer dagligt.

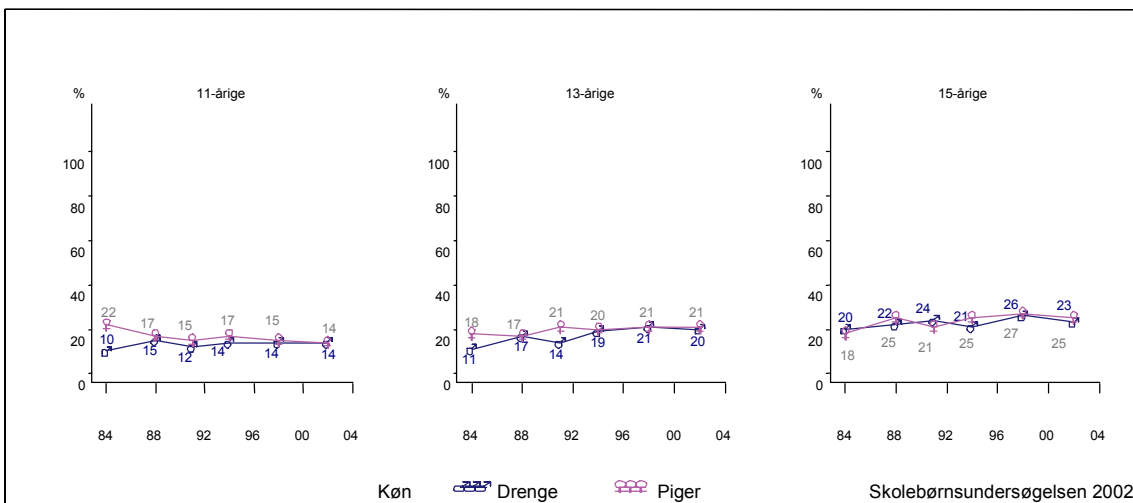
Spørgsmålet om symptomer er stillet på nøjagtig samme måde i alle seks Skolebørnsundersøgelser siden 1984. Figur 2.3.j til Figur 2.3.q viser trenden med hensyn til symptomer, nærmere bestemt hvor mange procent af piger og drenge på de tre klassetrin, som har rapporteret hvert af de otte symptomer mindst ugentligt i alle seks undersøgelser. Der er ikke tale om nogen generel tendens. I nogle aldersgrupper går forekomsten lidt op, i andre går den lidt ned, og for nogle af symptomerne svinger det lidt op og ned. Alt i alt ser det dog ud til, at symptombelastningen har været forholdsvis stabil i den nævnte 18-årige periode. Endelig viser Figur 2.3.r andelen af elever med mindst ét symptom i 1991, 1994, 1998 og 2002, og denne figur støtter billedet af en nogenlunde konstant symptombelastning blandt 11-15-årige igennem en længere årrække.



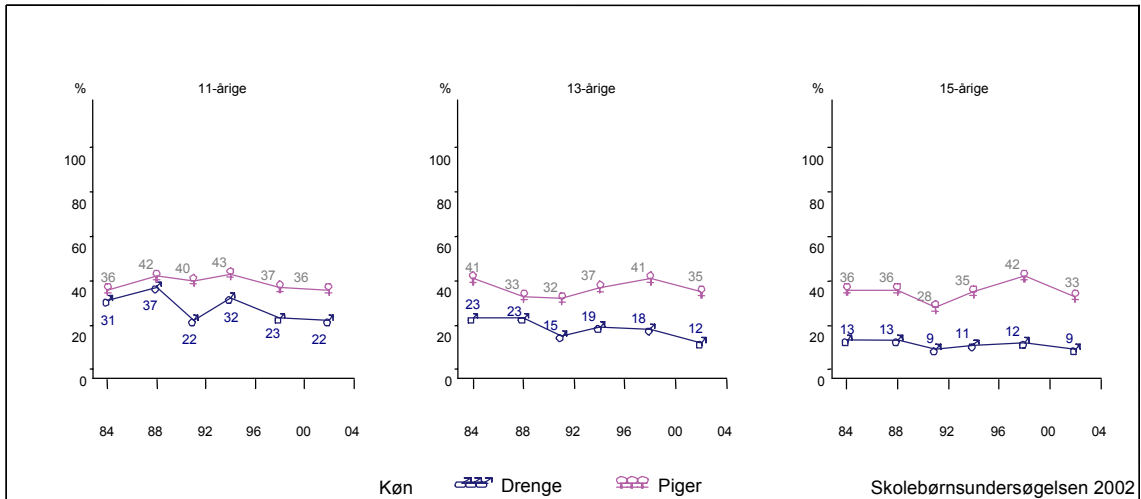
Figur 2.3.j Procent med hovedpine mindst ugentligt.



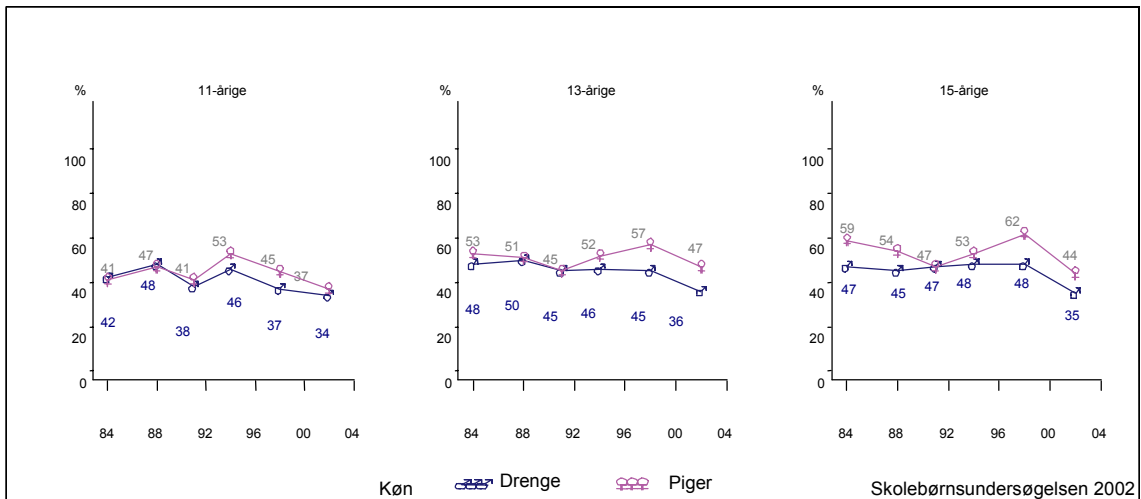
Figur 2.3.k Procent med mavepine mindst ugentligt.



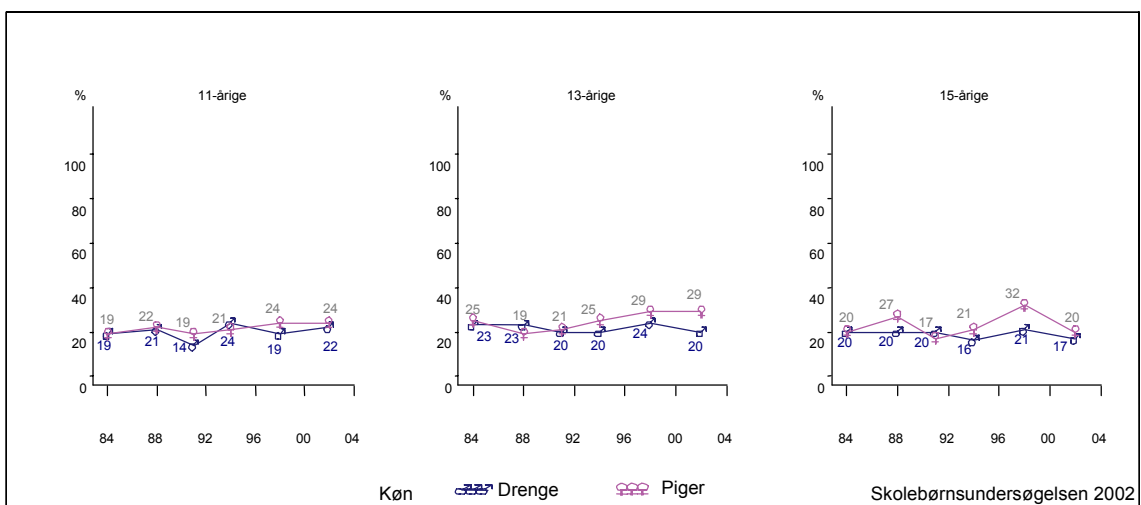
Figur 2.3.l Procent med ondt i ryggen mindst ugentligt.



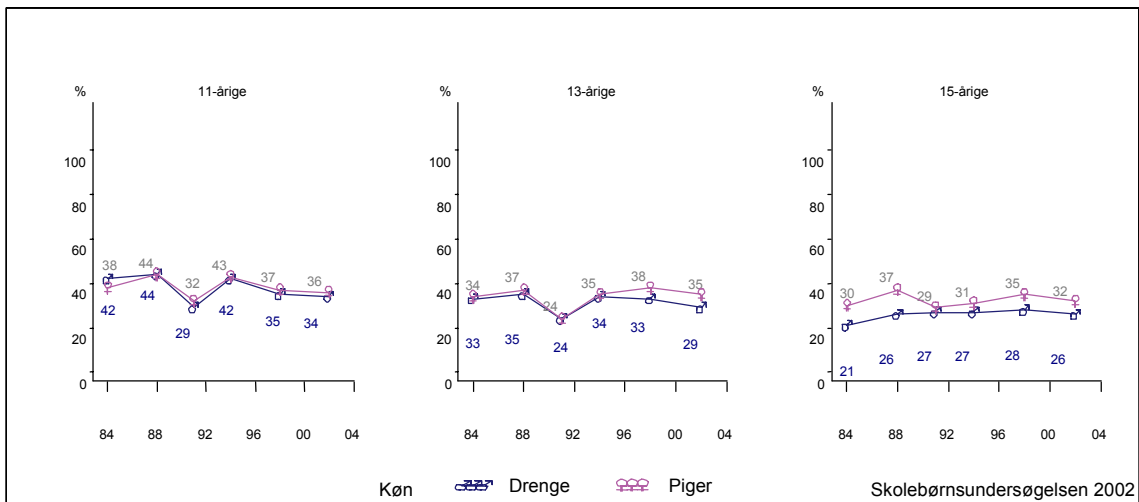
Figur 2.3.m Procent som er ked af det mindst ugentligt.



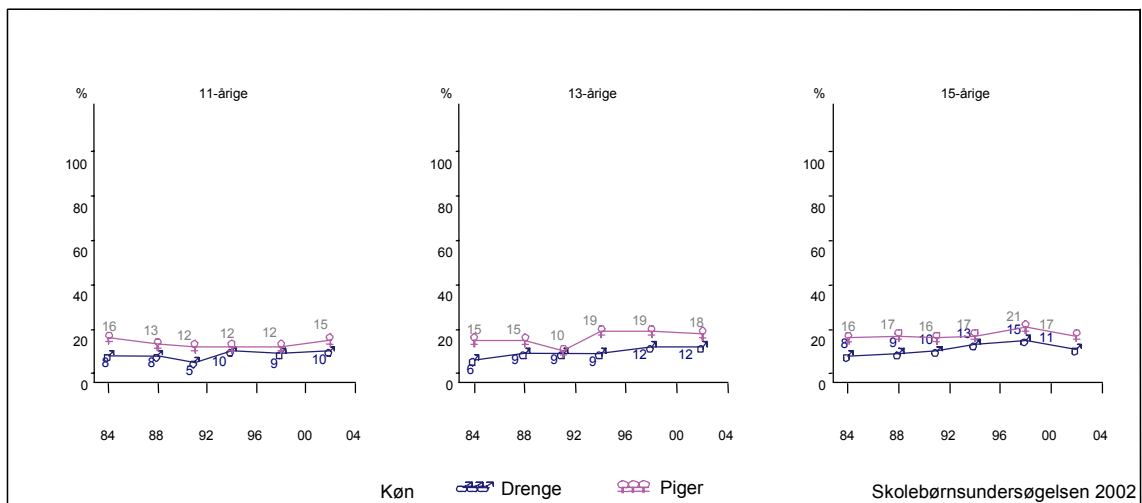
Figur 2.3.n Procent som er irriteret mindst ugentligt.



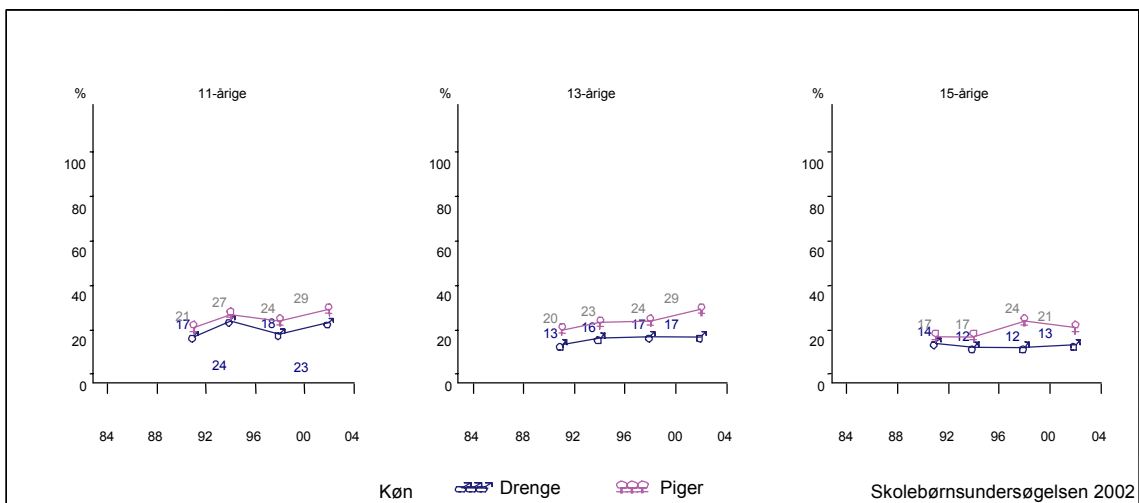
Figur 2.3.o Procent som er nervøs mindst ugentligt.



Figur 2.3.p Procent som har svært ved at falde i søvn mindst ugentligt.



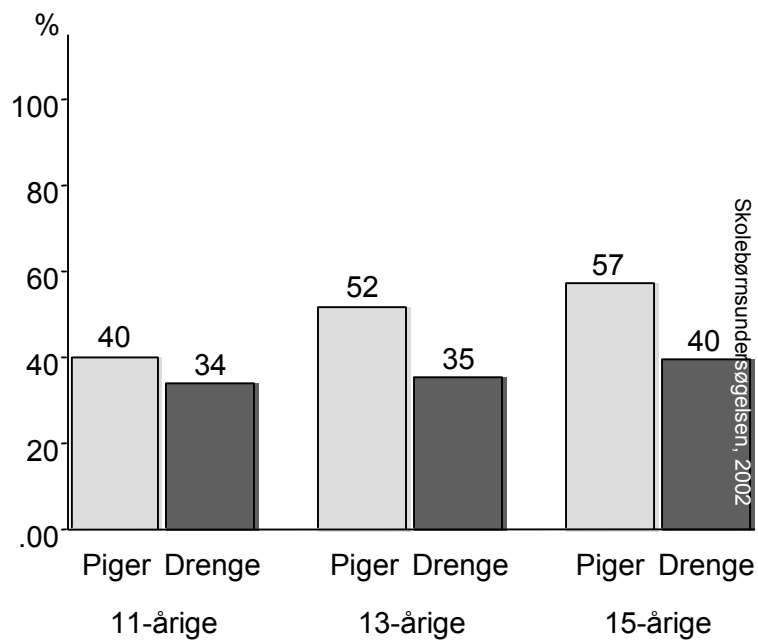
Figur 2.3.q Procent som har været svimmel mindst ugentligt.



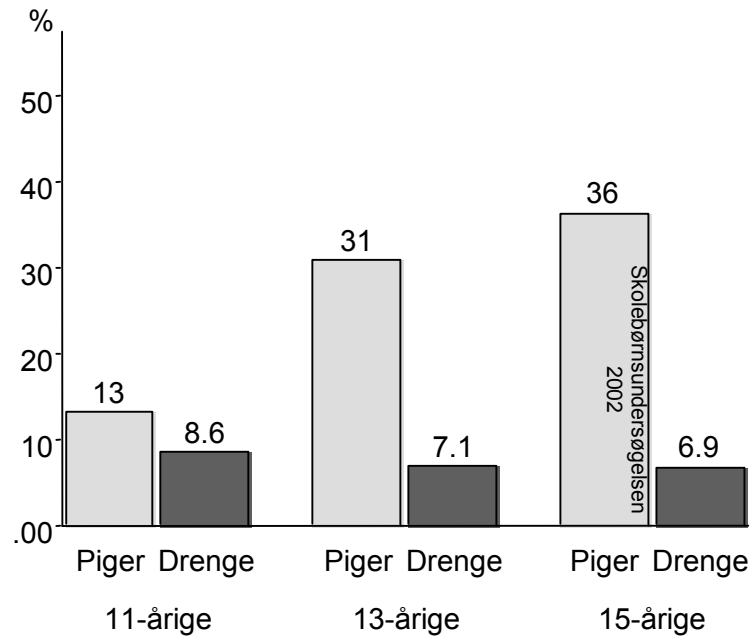
Figur 2.3.r Procent med mindst et dagligt symptom.

2.4 Lægemidler

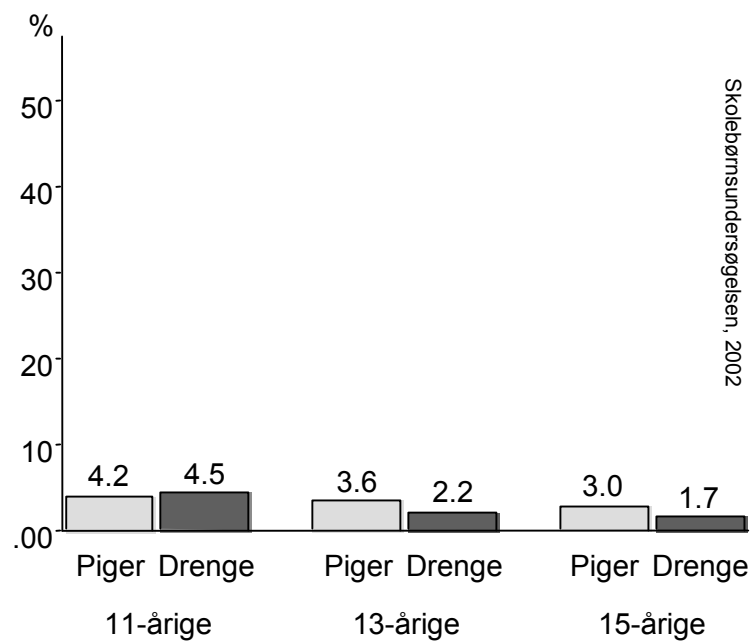
Der er en meget stor andel af eleverne, som har brugt hovedpinepiller eller medicin mod mavesmerter en eller flere gange i den sidste måned. Flere piger end drenge har brugt smertestillende midler. Blandt de 15-årige piger har ikke mindre end 57% brugt hovedpinepiller og 36% medicin mod mavepine. Kun en lille andel af eleverne har brugt medicin for at falde i søvn eller medicin mod nervøsitet, se Figur 2.4.a til Figur 2.4.d.



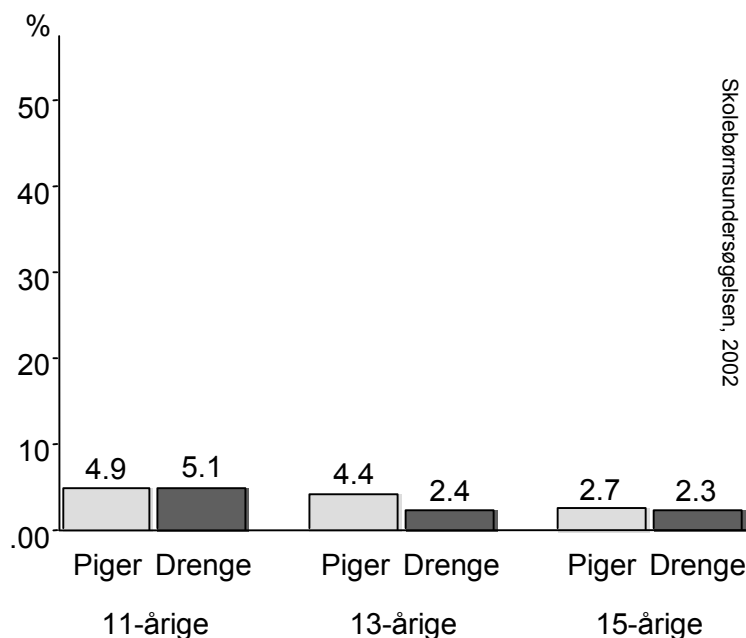
Figur 2.4.a Procent som bruger hovedpinepiller mindst månedligt.



Figur 2.4.b Procent med brug af medicin mod mavepine mindst månedligt.



Figur 2.4.c Procent med brug af medicin mod nervøsitet mindst månedligt.

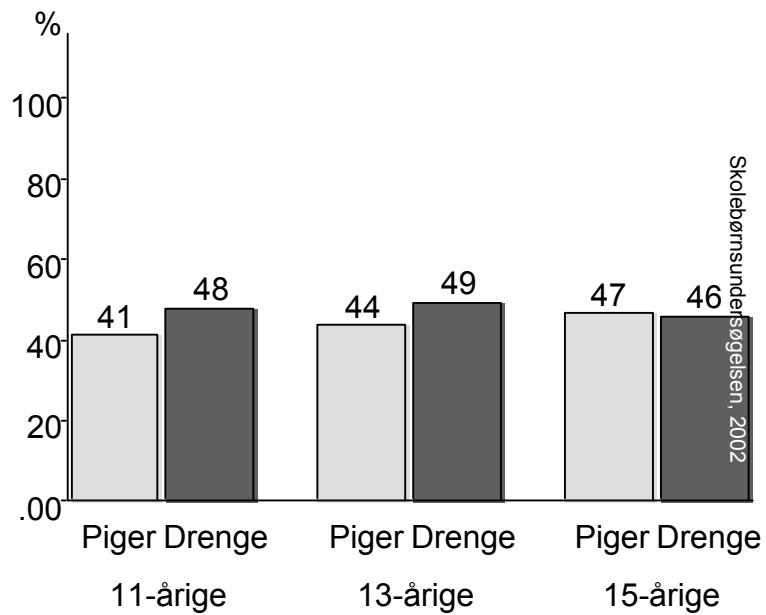


Figur 2.4.d Procent med brug af medicin mod søvnproblemer mindst månedligt.

2.5 Skader

Kun de færreste ulykker og skader registreres i den offentlige sundhedsstatistik, og selvrapporterede skader giver derfor et godt supplement til offentlig statistik på dette område. Skader er et stort helbredsproblem blandt børn og unge, fordi det giver anledning til megen lidelse og mange udgifter i sundhedsvæsenet. Desuden kan man mistænke, at børn der udsættes for mange skader, fx hjernerystelser, vil få helbreds- og funktionsmæssige problemer heraf igennem hele livet. Skolebørnsundersøgelsen interesserer sig kun for skader, som er så alvorlige, at de har medført behandling hos en læge eller sygeplejerske. Det betyder også at tandskader, der har medført behandling hos en tandlæge, ikke er medregnet.

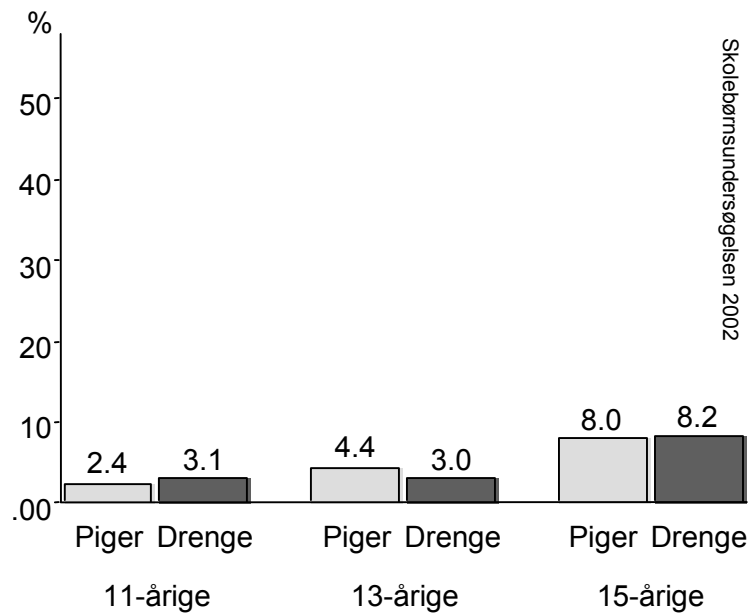
Tæt på halvdelen, 45,5% af eleverne, har været ude for mindst én skade i de seneste 12 måneder, halvdelen af disse har kun rapporteret én skade, og den anden halvdel har rapporteret flere skader. Figur 2.5.a viser, hvor mange procent af piger og drenge i de tre aldersgrupper, der er kommet til skade mindst én gang i de seneste 12 måneder. Blandt eleverne i femte og syvende klasse er der lidt flere af drengene end af pigerne, der er kommet til skade.



Figur 2.5.a Procent som er kommet til skade mindst en gang.

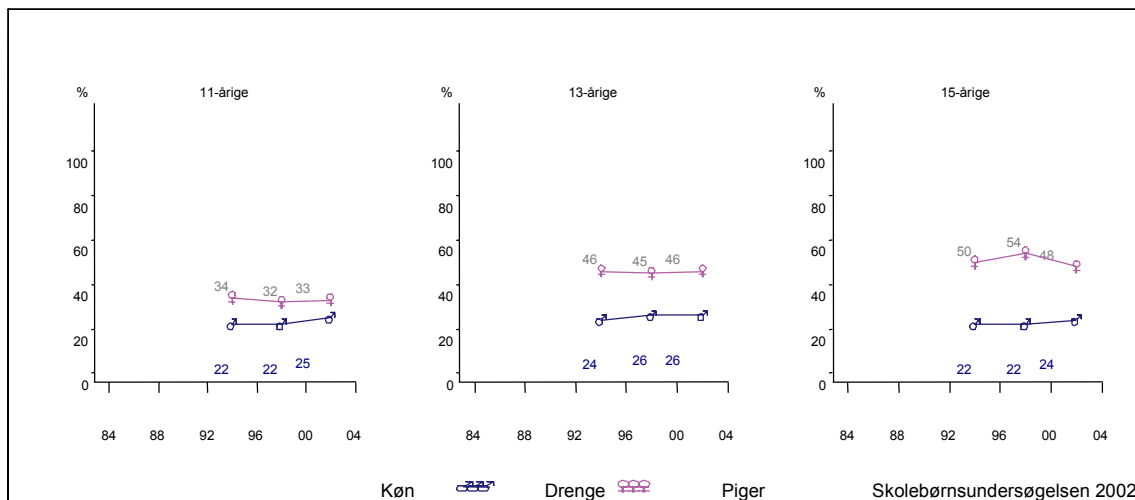
2.6 Vægt og kropsofattelse

Der tales meget i disse år om fedmeepidemien, og også af vores undersøgelse fremgår det, at en stor andel af danske børn er overvægtige. I forhold til en international standard er 13,9% af børnene i vores undersøgelse overvægtige, og andelen af overvægtige børn er steget fra vores 1998 undersøgelse, hvor andelen af overvægtige var 10,5%.

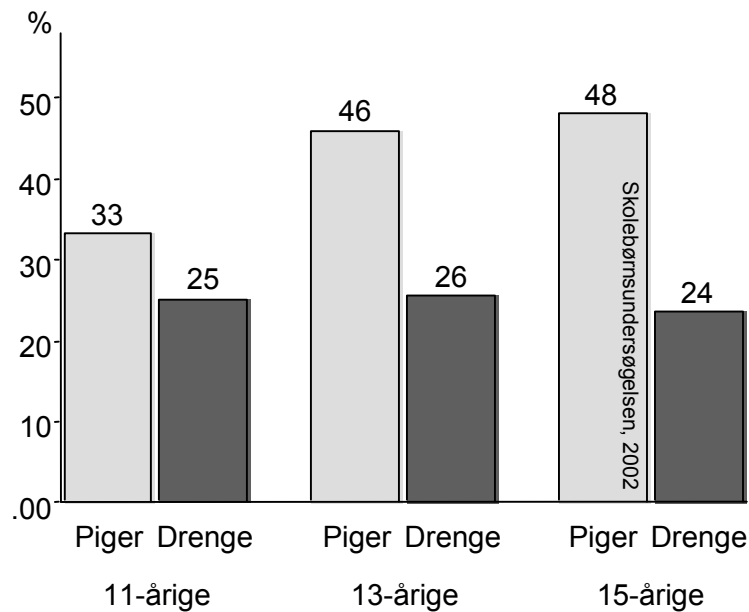


Figur 2.6.a Procent med BMI større end 25.

Til gengæld er der ikke sket nogen væsentlig ændring i den måde, børnene opfatter deres vægt på. Ca. hver fjerde dreng og hver 3. til hver 2. pige føler sig for tyk, og andelen som føler sig for tyk stiger med alderen blandt piger, men er nogenlunde den samme i alle aldersgrupper blandt drenge. Samtidig føler hver 10. pige sig for tynd og det samme gælder blandt 11- og 13-årige drenge, mens hele 17% af de 15-årige drenge føler sig for tynde.

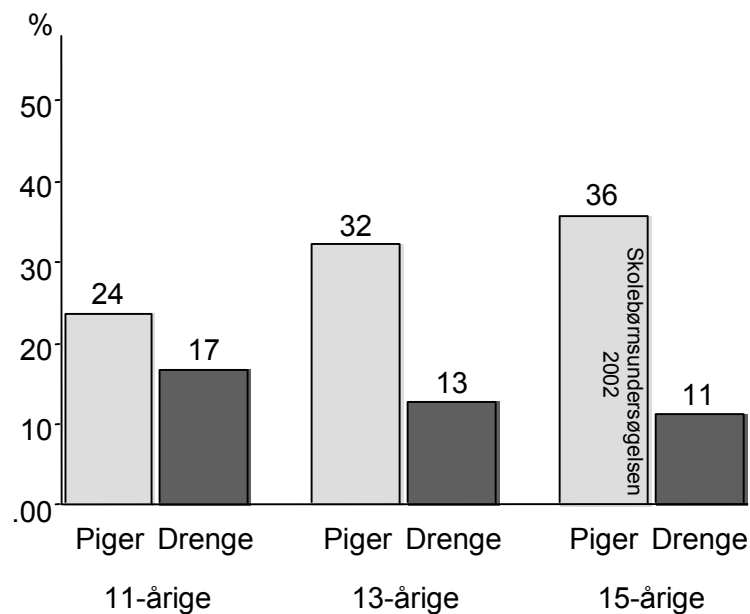


Figur 2.6.b Procent som synes de er for tykke.



Figur 2.6.c Procent som synes de er for tykke.

Hele 22% af de danske børn i denne alder var på slankekur i 2002, mens dette kun gjaldt 10% af børnene i samme aldersgruppe i 1998. Mange flere piger end drenge er på slankekur, og blandt piger stiger andelen med alderen, mens den blandt drenge falder med alderen. Kun i 2002 undersøgelsen var det muligt for børnene at svare, hvis de trængte til at tage på, og dette mente 8-10% i alle grupper, at de gjorde.



Figur 2.6.d Procent der er på slankekur.

Tabel 2.6.a viser elevernes gennemsnitlige vægt, højde og BMI i 1998 og 2002. En sådan sammenligning forudsætter, at eleverne har samme gennemsnitsalder i de to undersøgelser, og det er næsten tilfældet, idet eleverne fra 2002 var ca. 0,1 år yngre end eleverne fra 1998.

Tabel 2.6.a Gennemsnitlig vægt (kg), højde(cm) og BMI i 1998 og 2002 efter køn og alder.

	11-årige		13-årige		15-årige	
	Piger	Drenge	Piger	Drenge	Piger	Drenge
Vægt						
1998	39,7 (8,0)	39,8 (7,1)	49,7 (8,5)	52,1 (10,1)	57,5 (9,5)	63,8 (10,3)
2002	41,0 (8,3)	41,6 (8,9)	51,3 (9,1)	53,0 (9,9)	57,3 (9,0)	65,9 (11,0)
Højde						
1998	152,3 (7,9)	151,7 (8,3)	162,8 (7,1)	165,6 (9,1)	167,7 (6,2)	176,7 (7,9)
2002	152,1 (8,2)	151,8 (8,5)	163,2 (7,1)	166,8 (8,5)	167,1 (6,3)	177,3 (7,7)
BMI						
1998	17,2 (2,7)	17,3 (2,4)	18,7 (2,7)	18,9 (2,6)	20,5 (3,0)	20,4 (2,7)
2002	17,7 (3,0)	18,1 (3,6)	19,3 (2,7)	19,0 (2,6)	20,5 (2,9)	20,9 (2,7)
Stigning i BMI 1998-2002	0,5	0,8	0,6	0,1	0,0	0,5

Tabellen viser, at de 11-årige piger og drenge har næsten uændret højde fra 1998 til 2002, men de vejer i gennemsnit ca. halvandet kg mere, og deres BMI er steget med mindst 0,5. De 13-årige har lidt større gennemsnitshøjde i 2002 end i 1998, de er i gennemsnit ca. et kg tungere i 2002 end i 1998. For pigerne ser vi en stigning i BMI på 0,6, mens drengene har næsten uændret BMI fra 1998 til 2002. Blandt de 15-årige er der kun sket små forskydninger i legemshøjde fra 1998 til 2002. Pigerne har uændret vægt og dermed også uændret BMI, mens drengene er ca. 2 kg tungere i 2002 svarende til en øgning i BMI på 0,5.

Alt i alt er BMI ca. 0,5 højere i 2002 end i 1998, en stigning der især findes blandt 11-årige piger og drenge, 13-årige piger og 15-årige drenge. Selvom forskellene ikke er statistisk signifikante, peger de alle i retning af, at danske børn i denne alder er blevet tykkere – og kan være med til at bidrage til den øgede bekymring om, at overvægts-epidemien har ramt Danmark.

3 Sundhedsvaner

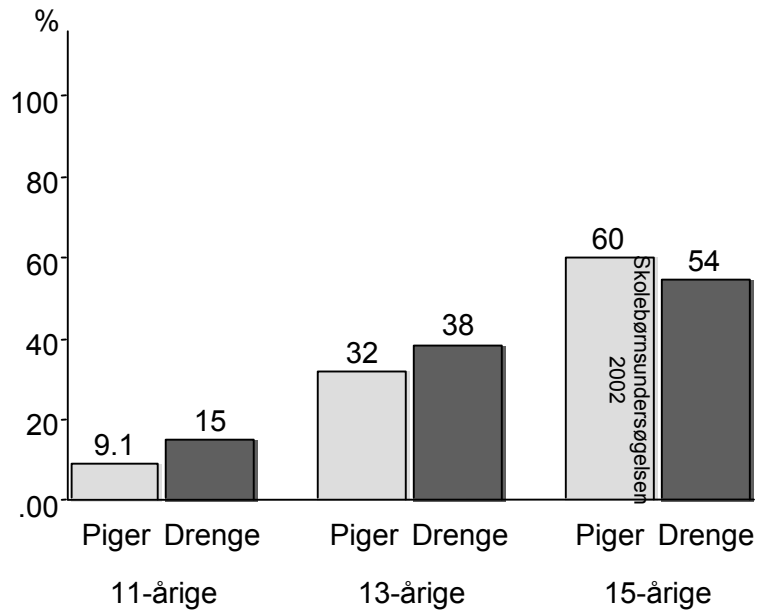
Anette Andersen, Pernille Due, Lis Hentze Poulsen og Mette Rasmussen

3.1 Rygevaner

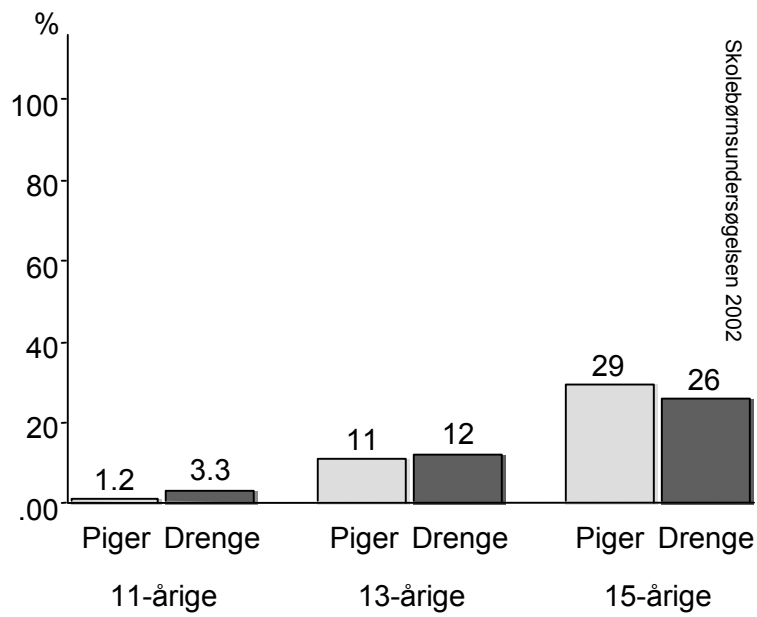
Der er i dag ingen tvivl om, at rygning er farligt for helbredet. Rygning er i vor del af verden den største årsag til for tidlig død og medfører en væsentlig forøget risiko for at blive syg – med en stærkt forringet livskvalitet til følge. Man ved, at jo tidligere et ungt menneske begynder at ryge, jo større er sandsynligheden for, at han/hun ender som storryger. Man ved også, at man i løbet af ganske kort tid bliver afhængig af nikotinen i tobakken, og så er det ikke let at stoppe igen. Et andet stort problem er, at de, der begynder at ryge tidligt, har sværere ved at holde op som voksne. Det har derfor en forebyggende effekt at udskyde rygestart. En af strategierne, som den fremtidige forebyggelse af tobaksskader bygger på i regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008, er således også at sikre at færre børn og unge begynder at ryge med et mål om, at andelen af 15-årige dagligrygere skal være nede på 9% fremover. Det er derfor vigtigt at kende og følge børn og unges rygemønstre.

Rygning blandt skoleelever har ændret sig markant gennem de sidste 30 år. I slutningen af 50'erne var det flertalsadfærd blandt 11-15-årige drenge at ryge mens ca. halvdelen af pigerne røg (Lambert et al 1961). Siden 1950'erne skete der et skift i rygemønstret, således at rygning blev mere udbredt blandt piger end blandt drenge. Andelen af rygere faldt jævnt fra starten af 70'erne til slutningen af firserne (Vilstrup 1973, Ibsen 1981, Holstein et al 1990, Due et al 1997). Denne udvikling vendte i 1990'erne med en stagnering af faldet i begyndelsen og en mindre stigning i slutningen af årtiet (Broholm et al 2002, Rasmussen et al 2000, Helweg-Larsen & Larsen 2002), og som det vil fremgå, viser denne undersøgelse fra 2002 igen en ændring i udviklingen med et tydeligt fald i rygeprævalensen blandt danske skoleelever og en tendens til, at forskellen imellem drenge og pigers rygevaner mindskes.

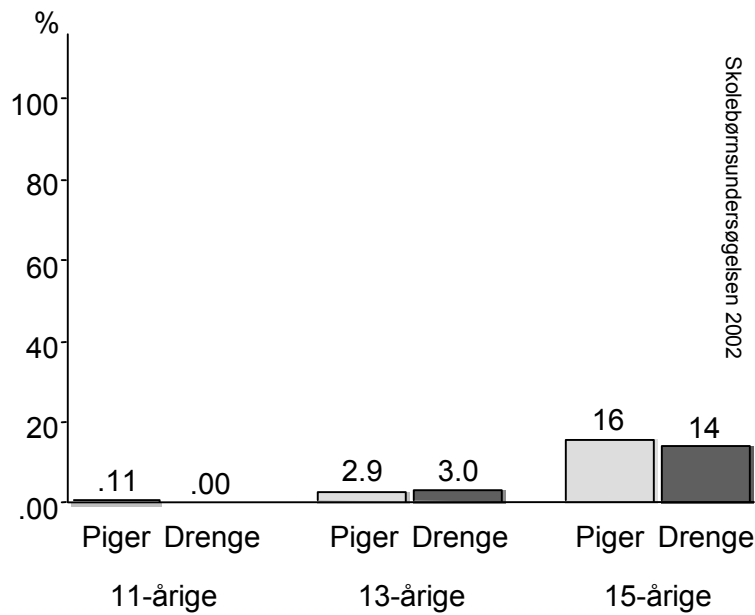
Drengenes rygedebut finder sted tidligere end pigernes. Denne undersøgelse viser, at blandt de 11-årige drenge har 15% prøvet at ryge mens 9% af pigerne har prøvet. I syvende klasse har 38% af drengene og 32% af pigerne prøvet at ryge. Derimod har 54% af drengene sammenlignet med 60% af pigerne prøvet at ryge i 9. klasse, se Figur 3.1.a.



Figur 3.1.a Procent som har prøvet at ryge.

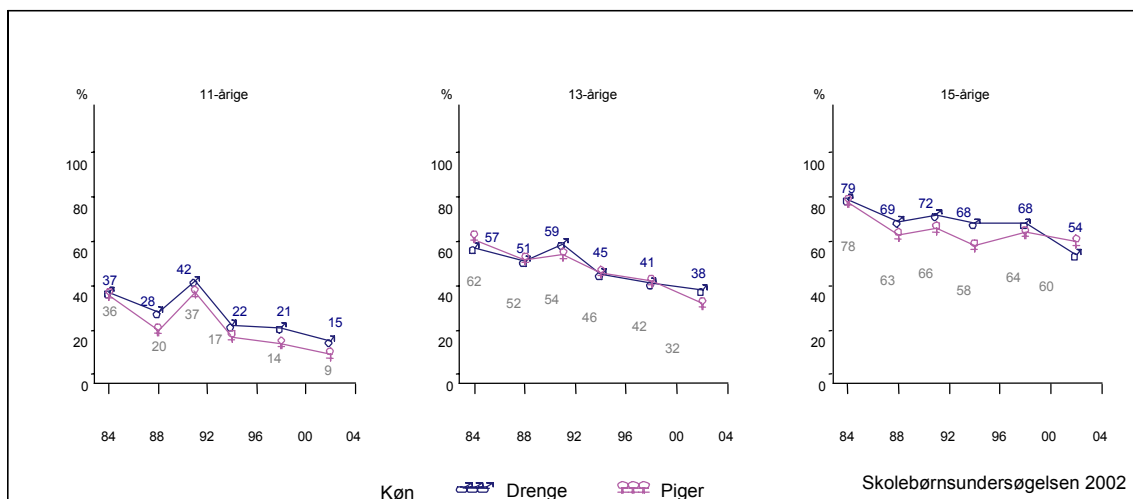


Figur 3.1.b Procent som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere.



Figur 3.1.c Procent som ryger dagligt.

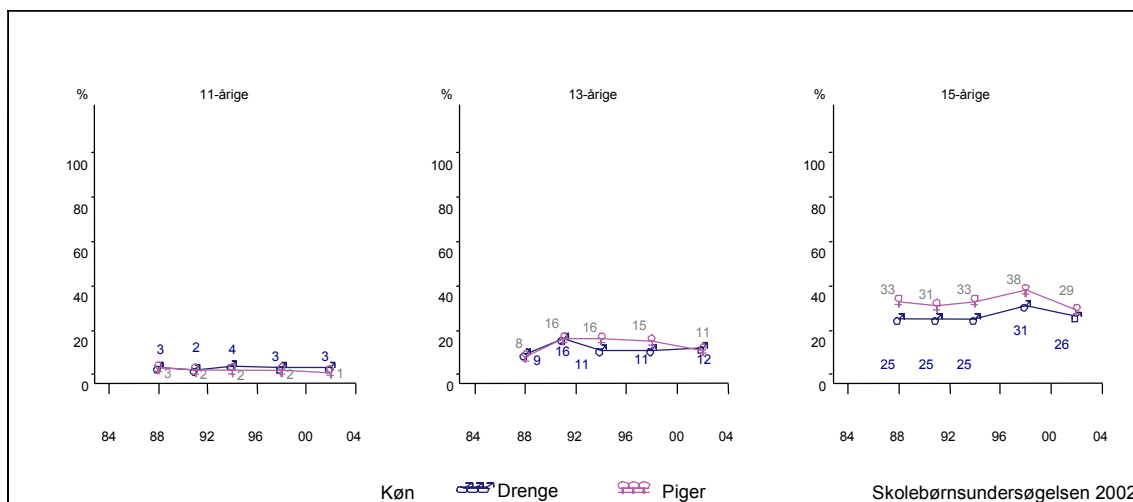
Figur 3.1.b og Figur 3.1.c viser, hvor stor en andel, som ryger dagligt, ugentligt eller en gang imellem, og hvor stor en andel, der ryger dagligt blandt drenge og piger på de tre klassetrin. Det ses, at lidt flere piger end drenge ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere i niende klasse, medens der næsten ingen forskel er i andelen af dagligrygere idet 14% af drengene og 16% af pigerne røg dagligt i niende klasse.



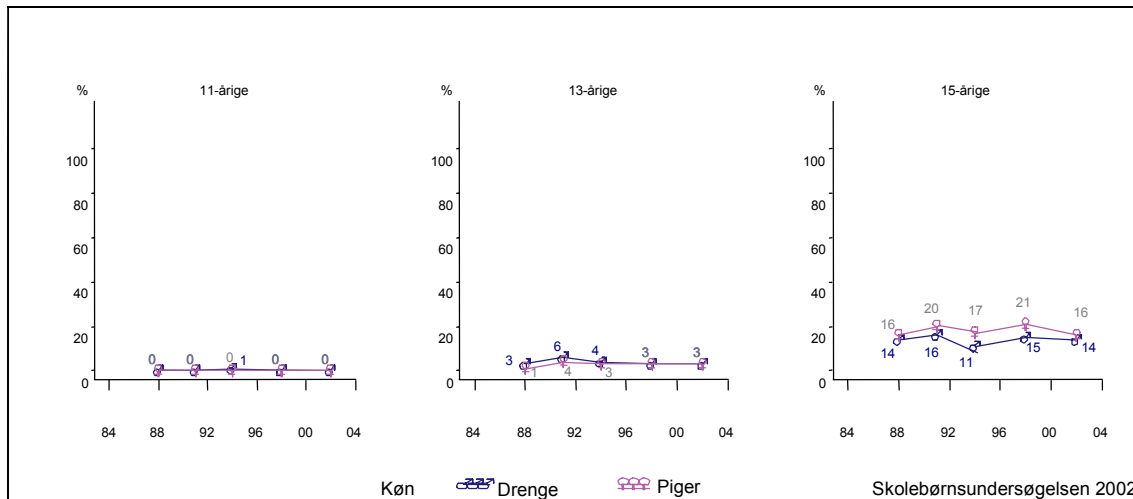
Figur 3.1.d Procent som har prøvet at ryge.

Ved de to sidste undersøgelsesrunder i 1994 og 1998 så vi, som det fremgår af Figur 3.1.d, et generelt fald i andelen af både piger og drenge, som har prøvet at ryge. Denne tendens ser ikke ud til at have ændret sig. Generelt kan det konkluderes, at danske skoleelevers rygedebut finder sted på et senere tidspunkt, end det var tilfældet ved gennemførelsen af første undersøgelse i 1984.

Andelen af rygere (dagligt, ugentligt eller sjældnere) samt andelen af dagligrygere har været næsten konstant gennem de første fire undersøgelser. I 1998 så der ud til at være en ændring i denne udvikling blandt de 15-årige, med en stigning i både rygning og dagligrygning. Men denne undersøgelse viser et næsten tilsvarende fald i begge grupper af rygere tilbage til niveauet for de fire første undersøgelser. Det største fald ses blandt pigerne, og den forskel imellem drenge og pigers rygeprævalens, som har været næsten konstant siden første undersøgelse i 1984, ser ud til at mindskes (Figur 3.1.e og Figur 3.1.f).



Figur 3.1.e Procent som ryger dagligt, ugentligt eller sjældnere.



Figur 3.1.f Procent som ryger dagligt.

Indenfor de sidste årtier er der gennemført mange undersøgelser omkring rygning blandt børn og unge. Man ved at børn som regel begynder at ryge fordi andre i deres omgangskreds ryger. Kammeraterne vejer tungest, men rygevaner i hjemmet har også stor indflydelse. Børn og unge, hvis forældre og søskende er rygere, og hvis bedste ven/veninde er ryger, har langt større risiko for selv at blive rygere, end andre som lever i omgivelser, hvor der ikke bliver røget. Man ved også at skoleomgivelserne spiller en stor rolle. Der er således stor forskel i andelen af rygere imellem skolerne, imellem de enkelte klasser og imellem grupper af drenge og piger i de enkelte klasser. I nogle klasser er der ingen eller meget få rygere. I andre klasser ryger mere end halvdelen.

Samtidig viser vores tidligere analyser, at rygning er udbredt blandt elever, som tilbringer meget tid sammen med deres kammerater, som trives dårligt på skolen, som har vanskeligheder med at tale med deres forældre og som føler sig ensomme.

3.2 Drikkevaner

Alkoholforbruget blandt danske unge er alarmerende højt. Når man sammenligner de unge i Danmark med unge andre steder i Europa, har fx flest 15-årige danskere været fulde to eller flere gange, henholdsvis 63% og 71% piger og drenge, og de danske unge havde det højeste indtag af ren alkohol ved sidste drikkeepisode (Hibell et al 2000).

Det er ikke uden konsekvenser, at de unge drikker store mængder alkohol og bliver fulde. Langtidskonsekvenserne med alkoholisme og de dertil relaterede sygdomme bekymrer nok de færreste unge eller deres forældre. Dog er der flere undersøgelser der viser, at de unge, der tidligt har et stort forbrug, også senere i livet er blandt dem med det største alkoholforbrug (Pape & Hammer 1996, Andersen et al 2003). Dertil kommer, at de unges store alkoholforbrug har en række umiddelbare konsekvenser. Blandt de alvorligste er en større risiko for at blive involveret i trafikulykker og dermed risiko for lemlæstelse og død. Men også øget risiko for forgiftninger, at blive involveret i

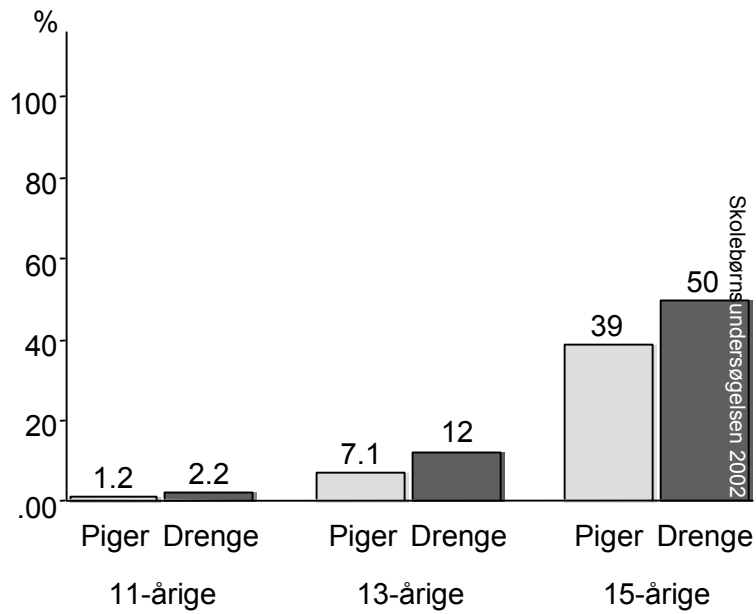
slagsmål, at have ubeskyttet samleje og opleve sociale eller familiære problemer er bekræftet i en lang række internationale studier.

Både for de unge selv og for samfundet er det derfor vigtigt, at man forebygger storforbrug af alkohol. Hvis man vil lave en målrettet indsats, er det vigtigt at vide, hvad der karakteriserer de unge, der drikker meget. Da det er en flertalsadfærd i Danmark at drikke alkohol, er langt de fleste unge med et stort forbrug veltilpassede og velfungerende. De storforbrugende drenge og piger tilbringer meget tid med deres kammerater og med kammerater, der også har et stort alkoholforbrug. De har gode relationer til deres forældre og trives godt i skolen. Sandsynligvis er det ikke dem, der er i risiko for at udvikle et egentligt alkoholmisbrug. Men der findes en lille gruppe, som begynder at drikke tidligt og som tidligt drikker meget. Det er især mere utilpassede unge med en ringe kontakt til forældre og lærere, dårlig trivsel i skolen og lavt selvværd. Disse unge kan have en reel risiko for at udvikle et egentligt alkoholmisbrug. Og da de har ringe kontakt med lærere og forældre, kan man være bekymret for, om deres problemer opdages i tide.

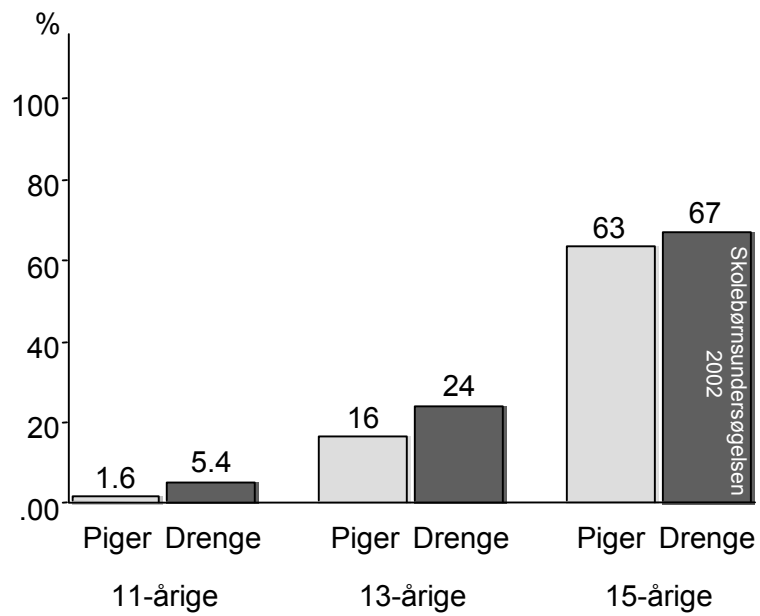
Forældrenes eget alkoholforbrug og deres normer omkring de unges alkoholforbrug har vist sig at have stor betydning for, hvor meget de unge drikker, og hvor tidligt de begynder at drikke. Jo mere forældrene drikker, jo mere drikker de unge. Unge, der oplever, at deres forældre accepterer, at de drikker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

Erfaringsmæssigt er det svært at måle børn og unges alkoholforbrug med et spørgeskema. Generelt kan man have tillid til alkoholdata indhentet ved anvendelse af spørgeskemaer, der kan dog være tendens til underrapportering. En årsag hertil kunne være at begrebet 'en genstand' er uklart for mange. I denne undersøgelse har vi derfor valgt ikke at spørge til alkoholforbrugets størrelse. I stedet beskriver vi de unges drikkevaner ved at spørge 1) om de har prøvet at drikke alkohol, 2) hvor ofte de drikker alkohol, 3) hvor mange gange de har været rigtigt fulde og i den nyeste undersøgelse, 4) hvornår de første gang var fulde.

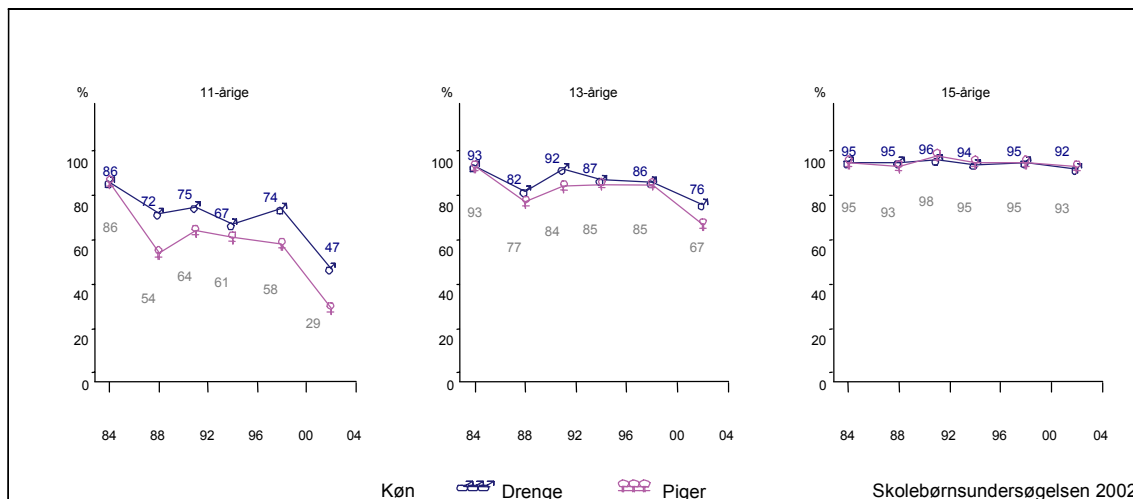
På Figur 3.2.a og Figur 3.2.b kan man se, hvor mange procent af pigerne og drengene i henholdsvis femte, syvende og niende klasse der drikker alkohol mindst én gang om ugen, og hvor mange procent, der har været rigtigt fulde mere end to gange. De unges alkoholforbrug stiger markant fra 11-15-års alderen, især er stigningen stor fra syvende til niende klasse. Generelt er drengenes forbrug større end pigernes.



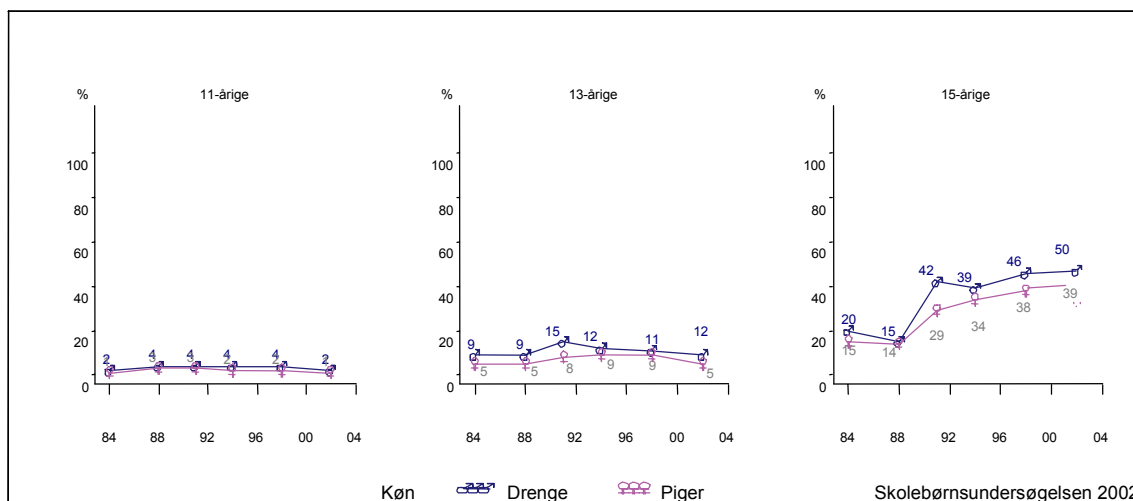
Figur 3.2.a Procent som drikker alkohol mindst ugentligt.



Figur 3.2.b Procent som har været fulde mindst 2 gange.



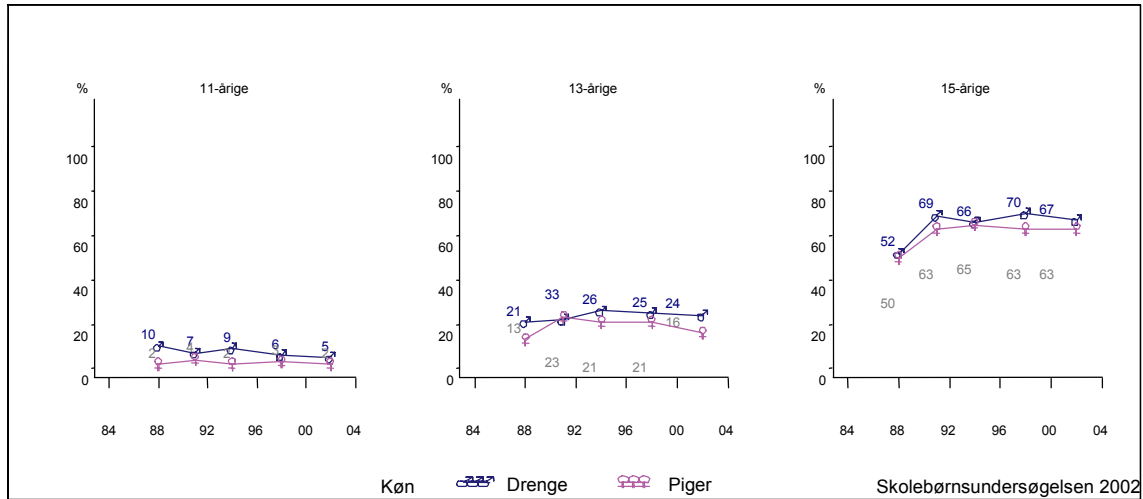
Figur 3.2.c Procent som har prøvet at drikke alkohol.



Figur 3.2.d Procent som drikker alkohol mindst ugentligt.

Kigger man på udviklingen i de unges alkoholforbrug, er det interessant at bemærke, at andelen af 11-årige og 13-årige, der har prøvet at drikke alkohol (Figur 3.2.c), er faldet markant i år 2002 i forhold til de andre år. Der har siden 1984 været svingninger i andelen, men tallene er nu de laveste gennem de 18 år, vi har fulgt udviklingen. Dette kunne tyde på, at den fokusering, der har været på at forebygge helt unges alkoholforbrug bl.a. ved hjælp af påvirkning af forældrenormer, har haft effekt på introduktionen af alkohol til de yngste. De 15-årige ligger fortsat på et konstant højt niveau. Siden 1984 har andelen af unge, der drikker alkohol hver uge, ligget næsten konstant for de 11- og 13-årige, mens den for de 15-årige er steget markant frem til 1998 for så i 2002 nogenlunde at holde niveauet (Figur 3.2.d). Det skal her nævnes, at svarkategorien i den første undersøgelse var lidt anderledes end i de efterfølgende, og sammenligning med resultatet fra 1984 er derfor ikke helt gyldigt. Udviklingen siden 1988 (data eksisterer ikke fra 1984) viser også, at det niveau andelen af unge, der har prøvet at være rigtigt fulde, kom op på i 1991, ikke har ændret sig markant siden (Figur

3.2.e). Generelt kan det konkluderes, at blandt de 15-årige er alkoholforbruget steget betydeligt siden 1984. Blandt de 11- og 13-årige ser vi nu et fald i andelen der har prøvet at drikke alkohol, men ikke i hverken ugentligt forbrug eller i andelen, der har været fulde. Der er således stadig et behov for at finde relevante forebyggende redskaber, når det gælder forsøg på at nedsætte alkoholforbruget blandt danske unge.

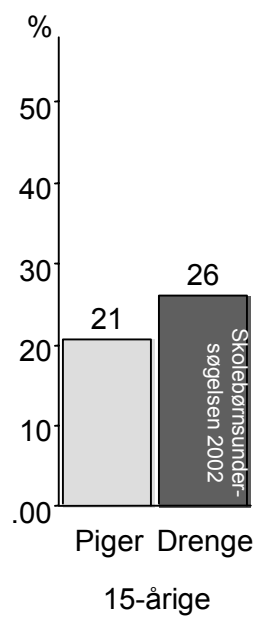


Figur 3.2.e Procent som har været fulde mindst 2 gange.

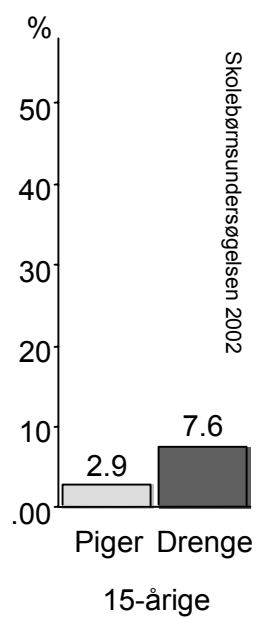
3.3 Hash og ecstasy

Skolebørnsundersøgelsen har igennem årene studeret mange former for sundheds- og risikoadfærd blandt 11-15-årige: ryge-, drikke- og motionsvaner, kostvalg, tandbørstning og beskyttelse mod ulykker. Derimod har undersøgelsen aldrig haft fokus på brugen af ulovlige euforiserende stoffer, først og fremmest fordi der er så mange andre gode undersøgelser, som har fokus på dette område. I Danmark har vi blandt andet gode data herom fra de af Sundhedsstyrelsen koordinerede undersøgelser MULD. (Broholm et al 2002) eller det internationale ESPAD-projekt (Hibell et al 2000).

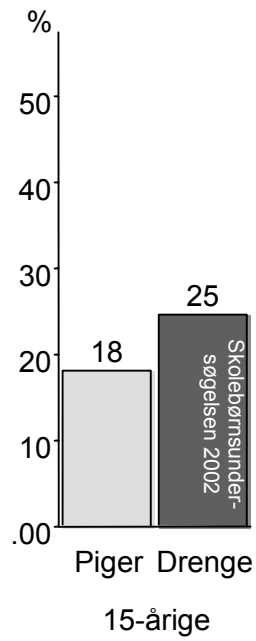
I 2002-undersøgelsen har vi for første gang stillet spørgsmål til eleverne i niende klasse, om de nogensinde har røget hash og taget ecstasy, og hvor mange gange i de seneste 12 måneder, de har røget hash. Det er fortsat ikke et tema, som Skolebørnsundersøgelsen fordyber sig i, men det er godt at have enkelte data herom, når man skal beskrive hele spektret af risikoadfærd blandt unge.



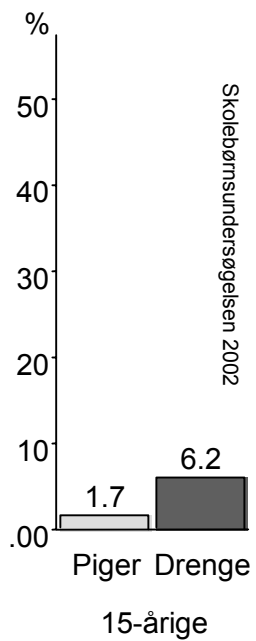
Figur 3.3.a Procent som har røget hash mindst 1 gang.



Figur 3.3.b Procent som har røget hash mindst 10 gange.



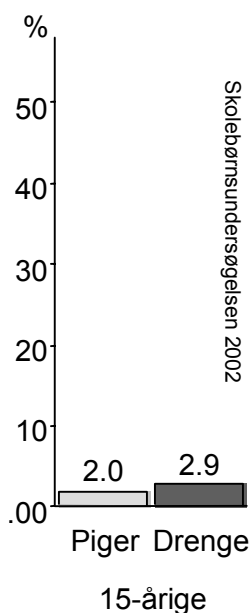
Figur 3.3.c Procent som har røget hash mindst 1 gang indenfor 12 måneder.



Figur 3.3.d Procent som har røget hash mindst 10 gange indenfor 12 måneder.

Figur 3.3.a og Figur 3.3.b viser, hvor mange procent af eleverne i niende klasse, som nogensinde har røget hash, og som har røget hash mindst 10 gange i deres liv. Der er 26% af drengene og 21% af pigerne, som har prøvet, 8% henholdsvis 3% har prøvet at ryge hash mindst ti gange i deres liv. Figur 3.3.c og Figur 3.3.d viser de tilsvarende tal for de seneste 12 måneder, henholdsvis 25%, 18%, 6% og 2%. Tallene er så tæt på svarene for 'nogensinde', hvoraf vi slutter, at der kun er ganske få, som har røget hash første gang før de blev 14 år gamle (dvs. 12 måneder inden undersøgelsestidspunktet, hvor de i gennemsnit var 15,5 år gamle).

Endelig viser Figur 3.3.e, at det er en meget lille minoritet, 2,9% af drengene og 2,0% af pigerne på niende klassetrin, som har prøvet ecstasy.

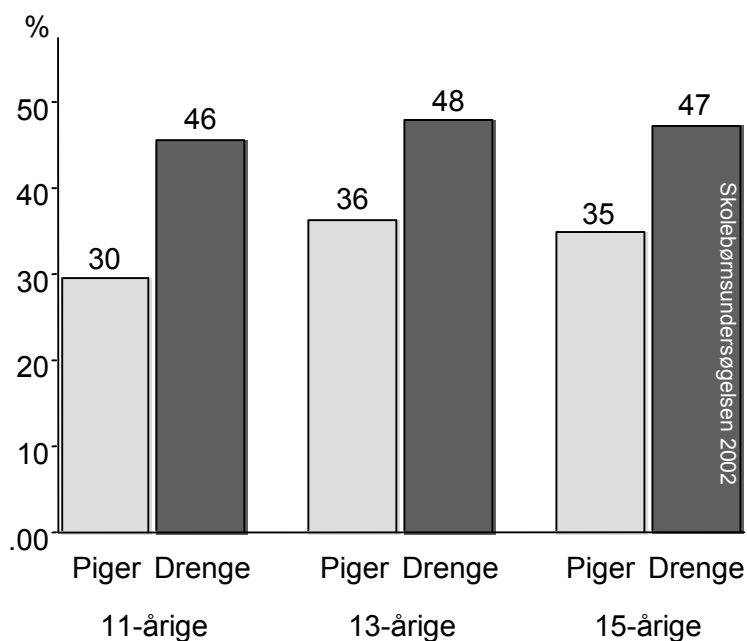


Figur 3.3.e Procent som har prøvet ecstasy.

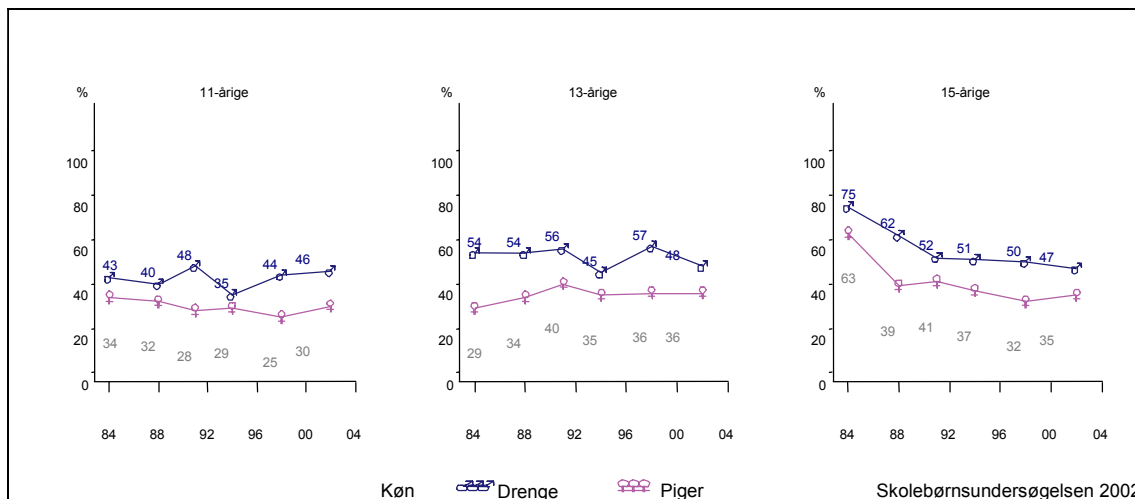
3.4 Motion og fysisk inaktivitet

Forskningen viser, at motion er væsentligt for den almene trivsel og for helbredet, og ny forskning har de senere år peget på motionsaktiviteten i børnealderen som mere væsentlig end hidtil antaget for senere udvikling af sygdomme som bl.a. sukkersyge og knogleskørhed.

Vi har alle de år skolebørnsundersøgelsen er blevet foretaget, spurgt børnene om deres motionsvaner. Vi har kunnet konstatere, at når det gælder hård fysisk aktivitet på det anbefalede niveau (ca. 4 timer om ugen), er kun ca. halvdelen af de danske børn i disse aldersgrupper tilstrækkeligt aktive. Af kurven fremgår, at der har været mindre udsving og ikke nogen særlig markant udvikling på dette område blandt 11 og 13-årige siden 1984. Mens der blandt 15-årige har været en faldende andel tilstrækkeligt aktive for hver gang, undersøgelsen er gennemført. Blandt de 15-årige drenge fortsættes denne tendens i 2002, hvor andelen er faldet til 47%, det hidtil laveste niveau. Blandt 15-årige piger er 35% af dem aktive 4 timer eller mere om ugen, hvilket er en lille stigning i forhold til 1998, så der er måske et håb her om, at ”kurven er knækket”.



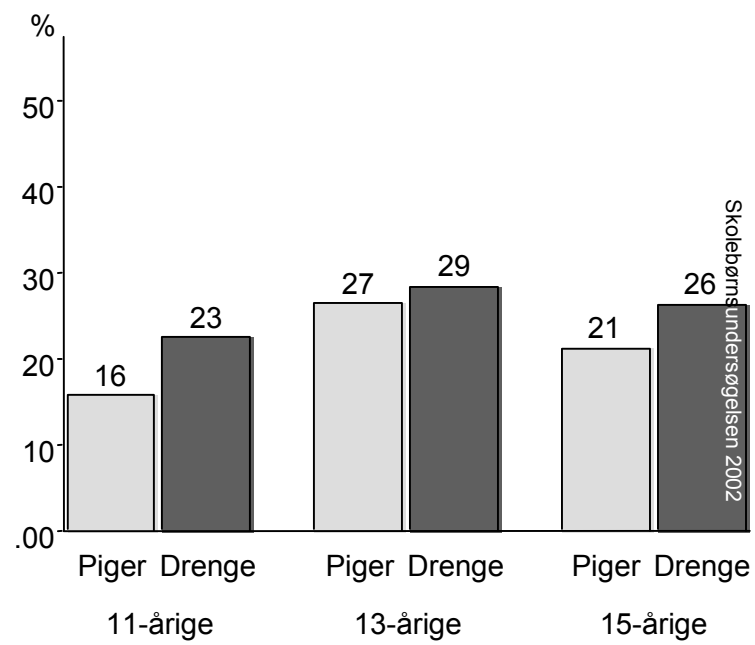
Figur 3.4.a Procent som dyrker hård motion mindst 4 timer ugentligt.



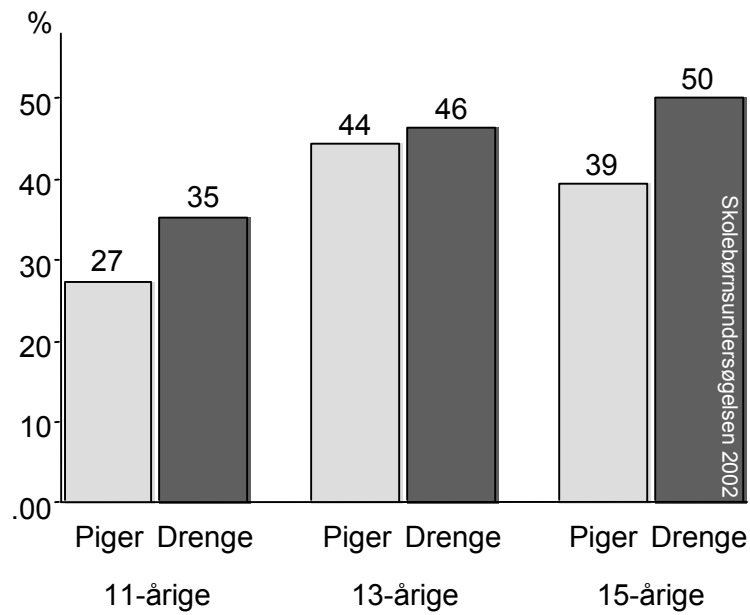
Figur 3.4.b Procent som dyrker hård motion mindst 4 timer ugentligt.

I forskningen om fysisk aktivitet og i diskussionen af fedme epidemien er der sat stadig større fokus på fysisk inaktivitet. Børn i alle aldre har i langt højere grad end tidligere mulighed for stillesiddende aktiviteter, som de finder sjove og spændende. Fjernsynet bringer flere kanaler og flere timer med programmer, som er rettet mod børn, og computerens indførelse i flertallet af danske hjem er en anden stor udfordring for aktivitetsniveauet. Vi har spurgt børnene, hvor mange timer de bruger foran fjernsynet og ved computeren hver dag. Resultatet er delt op på hverdage og weekends og viser, at flere drenge end piger bruger mindst 4 timer foran fjernsynet, og mange flere drenge bruger mindst 4 timer ved computeren både på hverdage og i weekender.

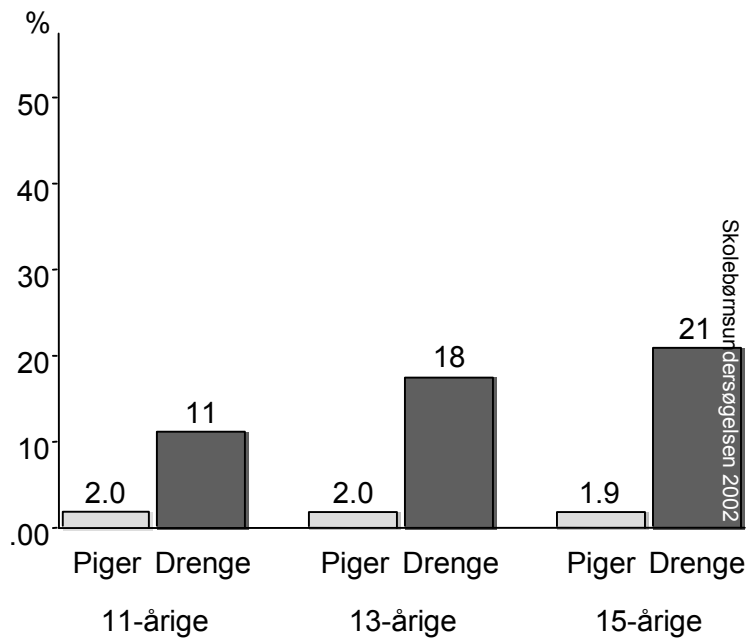
Børnene bruger på hverdage i gennemsnit 1 time om dagen foran computeren og 2½ time foran fjernsynet. Sammenholder man disse timers fysisk inaktivitet med, at børnene tilbringer mellem 6 og 8 timer i skolen – også her langt hovedparten af tiden med at sidde stille – en del anden tid stillesiddende med lektie læsning, måltider og 8-10 timers søvn giver det et samlet antal stillesiddende timer dagligt, som er bekymrende højt. De 13 og 15-årige bruger i gennemsnit flest timer foran fjernsynet, og den gennemsnitlige tid foran computeren er lavest (ca. ½ time) blandt 11-årige piger og højest (ca. 2 timer) blandt 15-årige drenge.



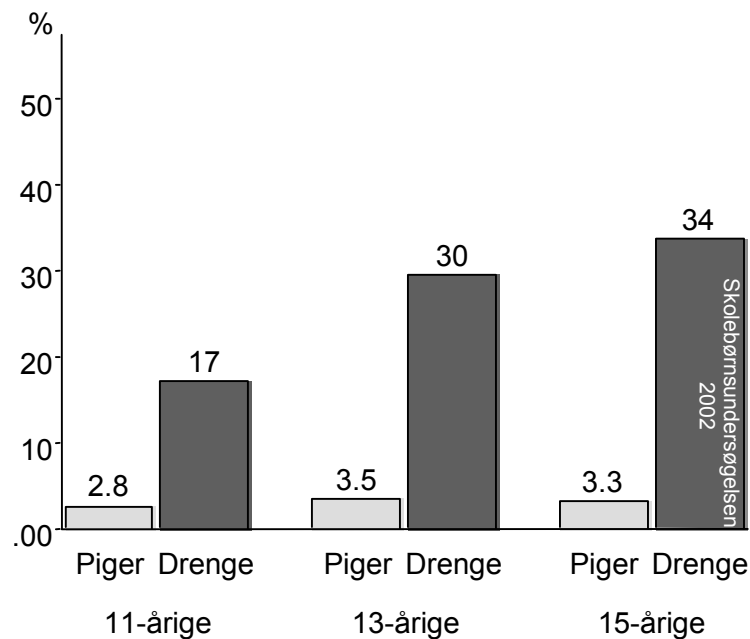
Figur 3.4.c Procent som ser mindst 4 timers fjernsyn på hverdage.



Figur 3.4.d Procent som ser mindst 4 timers fjernsyn i weekenden.



Figur 3.4.e Procent som bruger computer mindst 4 timer dagligt på hverdage.

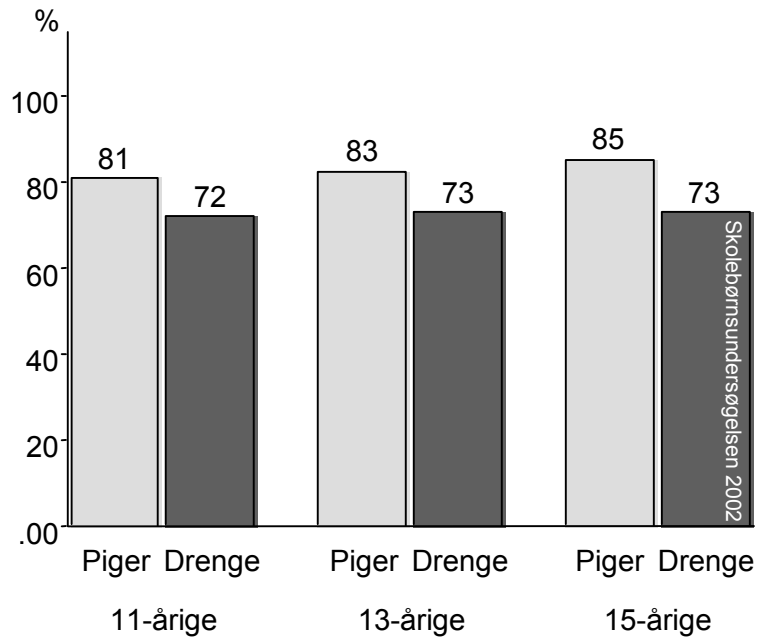


Figur 3.4.f Procent som bruger computer mindst 4 timer dagligt i weekenden.

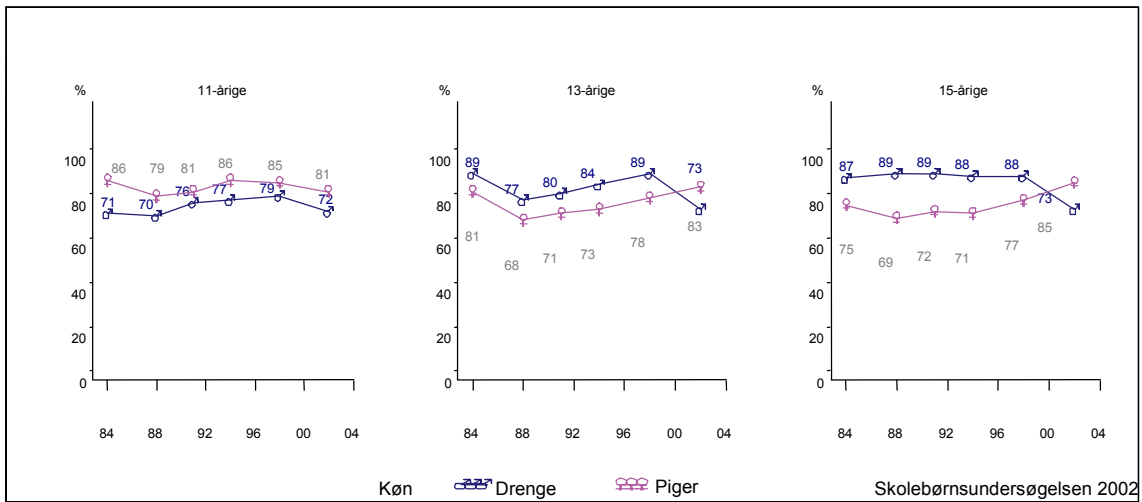
3.5 Tandbørstning

Spørgsmålet “Hvor ofte børster du tænder?” har været med i Skolebørnsundersøgelserne lige siden 1984. Man ved, at svarene er usikre, fordi mange børn svarer det, der sker på en god dag, men glemmer de dage, hvor de glemmer at børste tænder. Alt i alt kan man dog regne med, at de elever, som svarer, at de børster tænder mindst to gange om dagen, også er flittigere med tandbørsten end elever, der angiver en mindre hyppig tandbørstning. Og de elever, som selv svarer, at de kun børster tænder en gang imellem, de har virkelig ringe tandhygiejnevaner. Alt i alt svarer 78,0% af eleverne, at de børster tænder mindst to gange om dagen, 17,4% én gang om dagen, og 4,6% mindre hyppigt eller aldrig.

Figur 3.5.a viser, hvor mange procent af eleverne som siger, de børster tænder mindst to gange dagligt. På alle tre klassetrin er der lidt flere piger end drenge, som på denne måde passer på deres sundhed. Trendkurven i Figur 3.5.b viser, hvor mange procent som svarede på denne måde i alle seks undersøgelser. Der er ikke nogen tydelig trend. Blandt de 13-årige gik det fremad fra 1988 til 1998, men fra 1998 til 2002 er der et betydeligt dyk i andelen af 13-årige drenge, som børster tænder mindst to gange om dagen. Det samme kan ses for de 15-årige drenge.



Figur 3.5.a Procent som børster tænder mindst 2 gange dagligt.



Figur 3.5.b Procent som børster tænder mindst 2 gange dagligt.

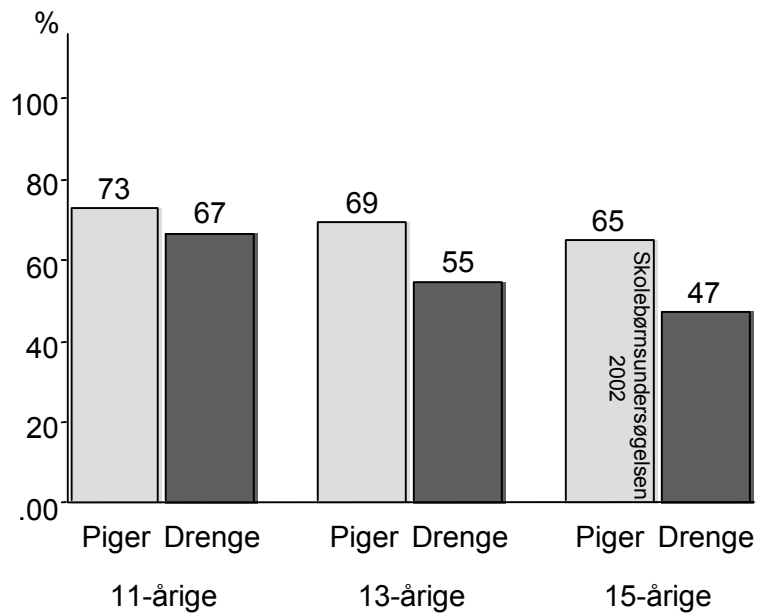
3.6 Kost- og måltidsvaner

Efter flere år med intens forskning i sammenhængen mellem kost og sygdom ved man i dag, at kostens sammensætning har afgørende betydning for udvikling af sygdom. Langsigtede kostrelaterede sygdomme er f.eks. kræft, hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge, mens caries, fedme og mangel på mikronæringsstoffer er nogle af de kortsigtede konsekvenser af en forkert sammensat kost. At udvikle sunde kostvaner allerede i barndommen er derfor afgørende for at forebygge helbredsproblemer og alvorlig sygdom både tidligt og senere i livet.

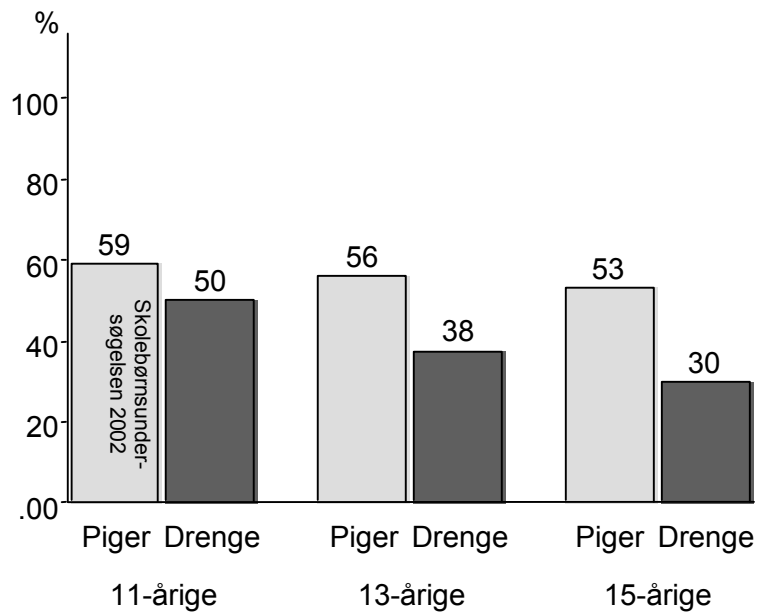
Med baggrund i den øgede viden om de alvorlige helbredsmæssige og psykosociale konsekvenser af usunde kostvaner har der derfor gennem de seneste år været udarbejdet en række nationale og lokale kampagner for at forbedre danskernes kostvaner. En del af disse tiltag omfatter en række officielle kostbefalinger. For eksempel har man i Danmark med baggrund i de nordiske næringsstofsrekommandationer (Sandström et al, 1996) formuleret en række kostråd. Disse lyder: spis meget brød og gryn, spis frugt og mange grøntsager hver dag, spis kartofler, ris eller pasta hver dag, spis ofte fisk og fiskepålæg, vælg mælkeprodukter og ost, kød og pålæg med lavt fedtindhold, brug kun lidt smør, olie og margarine – og spar i øvrigt på sukker og salt (Bedre kost og mindre motion 1999).

Ønsker man med et spørgeskema at give et fuldstændigt billede af kostindtaget, kræver det, at man anvender et stort og omfattende kostspørgeskema. At give en detaljeret beskrivelse af danske skolebørns kost er derfor ikke hensigten med Skolebørnsundersøgelsen. Med hensyn til kost har undersøgelsen som formål at beskrive, hvor ofte eleverne spiser en række udvalgte fødeemner. Disse fødeemner indikerer, i hvilken udstrækning eleverne har en fornuftig sammensat kost.

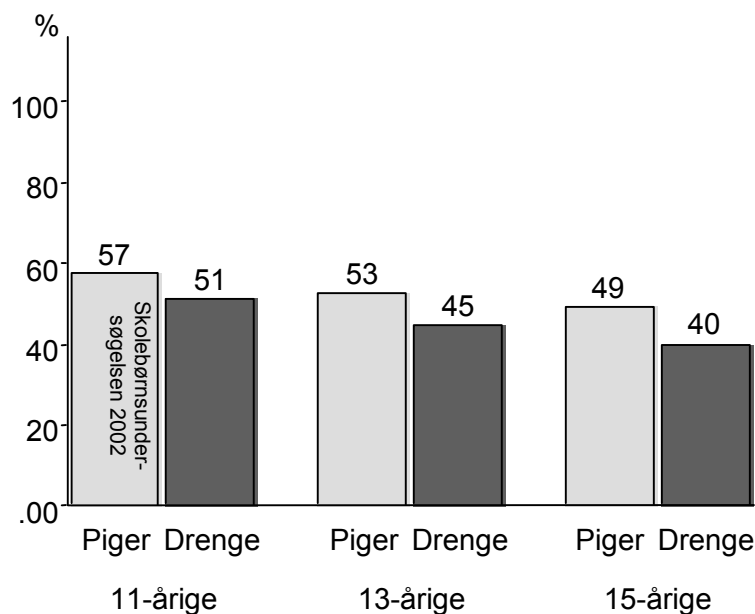
De udvalgte fødeemner inkluderer blandt andet frugt og grøntsager, og af Figur 3.6.a ses det, at for alle tre aldersgrupper er andelen, som spiser frugt eller grøntsager dagligt, større blandt pigerne end blandt drengene. Samtidigt ses det, at andelen, som dagligt spiser frugt eller grøntsager, er faldende med alderen. Det største fald ses blandt drengene, hvor cirka to tredjedele dagligt spiser frugt eller grøntsager i femte klasse, mens dette kun gælder for hver anden dreng i niende klasse. Betragtes indtaget af frugt og grøntsager hver for sig, ses det samme billede (Figur 3.6.b og Figur 3.6.c). Pigerne ligger højere end drengene, og for både frugt og grøntsager falder andelen af børn, som spiser det dagligt, med alderen.



Figur 3.6.a Procent som spiser frugt eller grønt dagligt.



Figur 3.6.b Procent som spiser frugt dagligt.

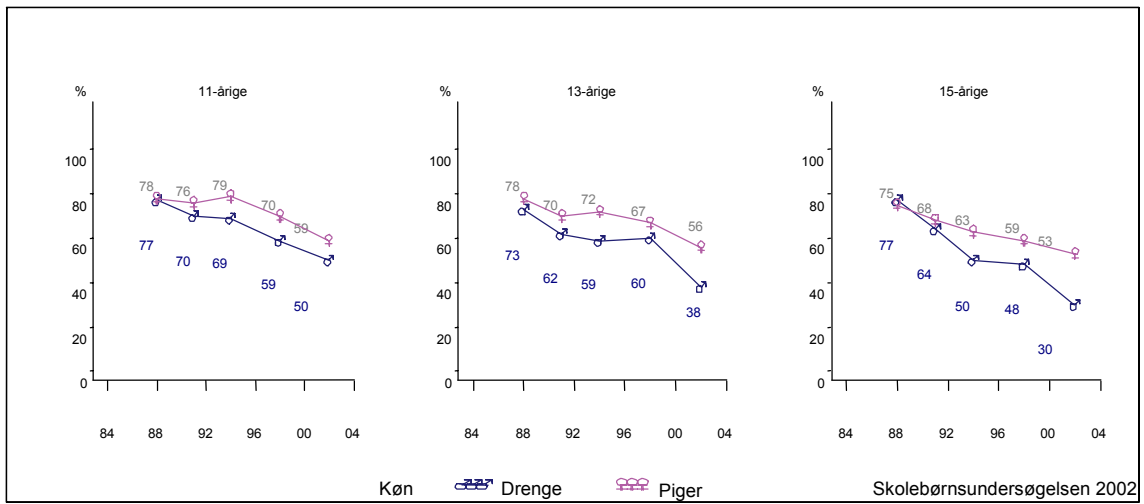


Figur 3.6.c Procent som spiser grønt dagligt.

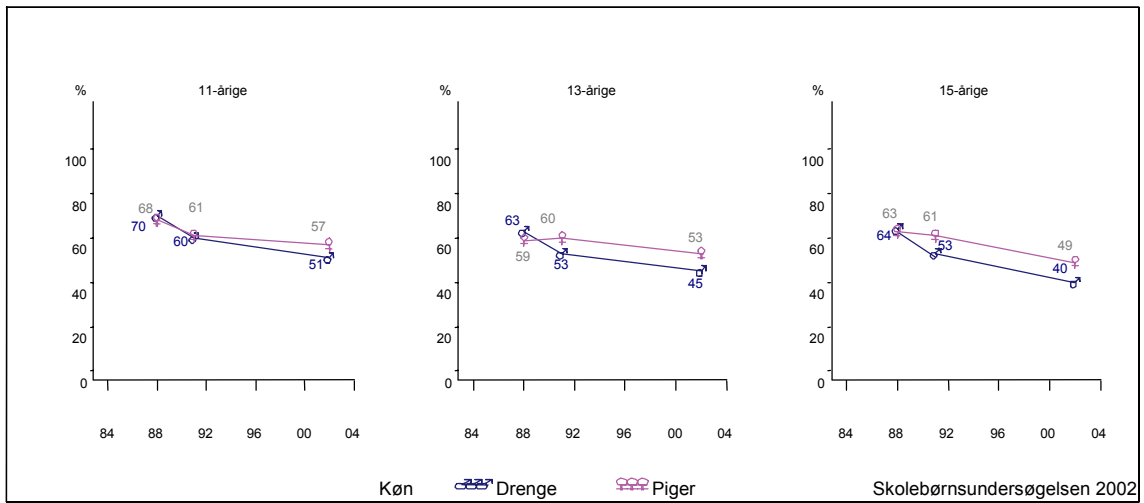
Den officielle anbefaling i Danmark angående indtagelse af frugt og grøntsager kom i 1998. Denne lyder på et samlet dagligt indtag på 600 g. – f.eks. 3 frugter og 3 grøntsager – de såkaldte '6 om dagen'. For børn mellem 4 og 10 år lyder anbefalingen på 400 g om dagen (Trolle et al 1998). Af figurerne fremgår det, at danske børn og unge langt fra indtager den anbefalede mængde af frugt og grøntsager, idet en stor del slet ikke indtager disse fødeemner dagligt.

I takt med gennemførelsen af '6 om dagen'-kampagnen er der de senere år set en stigning i den voksne befolknings indtag af frugt og grøntsager, selvom denne dog stadig er langt fra det anbefalede (Fagt et al 2002). Men der er noget der tyder på, at denne effekt på ingen måde er slået igennem blandt børn og unge. Figur 3.6.d viser udviklingen over tid i dagligt indtag af frugt, og for både drenge og piger i alle tre aldersgrupper ses det samme kedelige billede. Siden slutningen af 1980'erne er andelen, som spiser frugt dagligt faldet stødt – en udvikling som desværre er fortsat helt frem til i dag. Det skal nævnes, at spørgsmålet angående kost i denne undersøgelse afviger en smule fra det tidligere anvendte spørgsmål. Resultaterne fra denne undersøgelse er derfor ikke direkte sammenlignelige med resultaterne fra de tidligere undersøgelser. Der vil dog i denne undersøgelse sandsynligvis være tale om en overestimering af indtaget i forhold til tidligere, og det observerede fald i dagligt indtag af frugt kan derfor ikke tilskrives den ændrede spørgsmålskonstruktion.

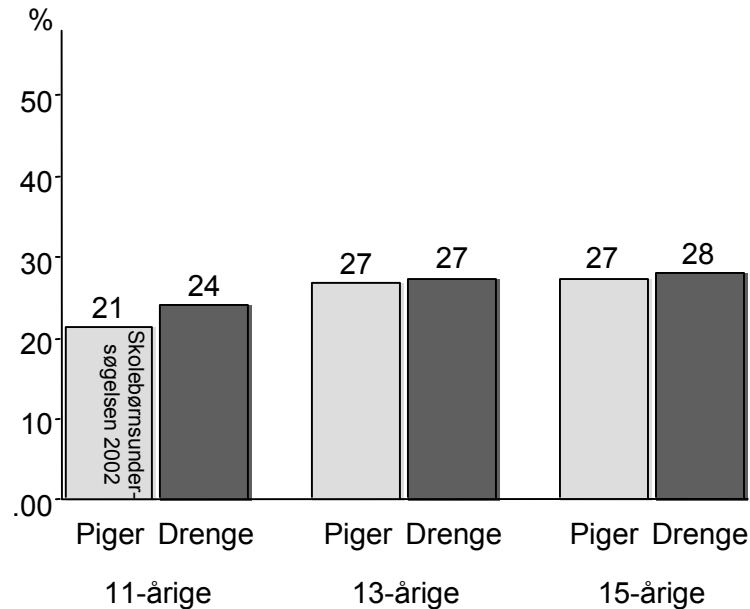
Spørgsmålet angående indtagelse af grøntsager har gennem tiden været stillet på forskellig vis, og vi har kun sammenlignelige data fra 1988, 1992 og 2002. Resultaterne fra disse tre undersøgelser viser, at både drenge og piger i alle tre aldersgrupper spiser færre grøntsager i dag end for ti år siden (Figur 3.6.e).



Figur 3.6.d Procent som spiser frugt dagligt.

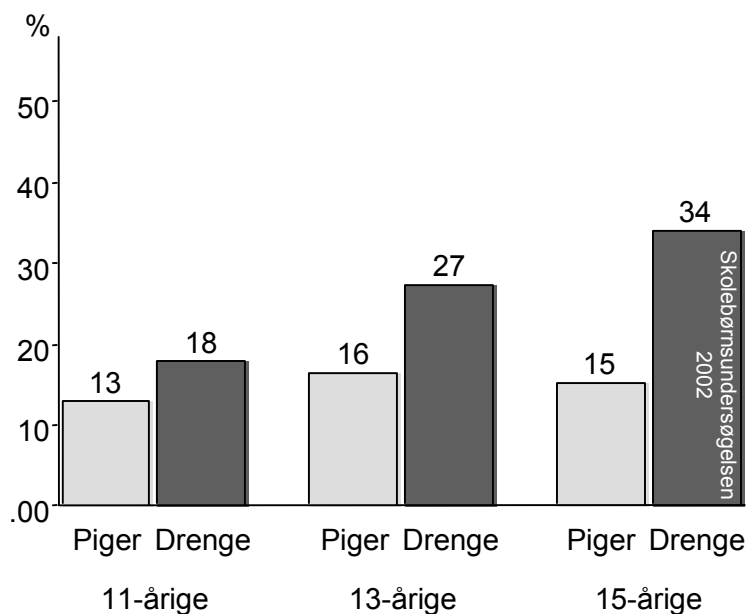


Figur 3.6.e Procent som spiser grønt dagligt.



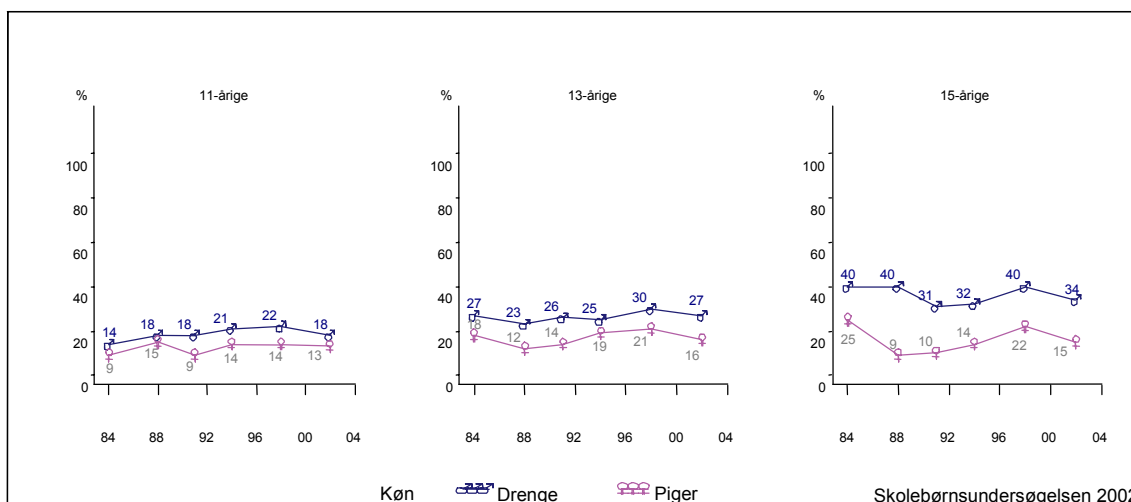
Figur 3.6.f Procent som spiser slik/chokolade dagligt.

En stor del af danske børn spiser mere sukker, end det anbefales (Lyhne og Ovesen, 1999), og en stor del af den spiste sukkermængde er såkaldte tilsatte raffinerede sukkerstoffer, som f.eks. findes i slik, chokolade og sodavand. Børn med et stort forbrug af fødeemner med højt sukkerindhold risikerer at fortrænge mere sunde fødeemner fra kosten, således at denne kommer til at indeholde for få vitaminer, mineraler og kostfibre (Børn, mad og måltider, 2000). Vi har spurgt eleverne, hvor tit de spiser slik eller chokolade, og hvor tit de drikker sodavand. Af Figur 3.6.f ses det, at der ikke er de store forskelle i indtaget af slik og chokolade mellem drenge og piger, og mellem de deltagende aldersgrupper. Cirka hver fjerde elev spiser slik eller chokolade hver dag. Med hensyn til det daglige indtag af sodavand finder vi i alle aldersgrupper, at drengene drikker mere sodavand end pigerne, og at andelen af drenge, som drikker sodavand dagligt, er stigende med alderen. Således drikker hver femte dreng i femte klasse og hver tredje dreng i niende klasse sodavand dagligt. Cirka hver syvende pige drikker sodavand dagligt, og der ses kun lidt variation mellem aldersgrupperne (Figur 3.6.g).

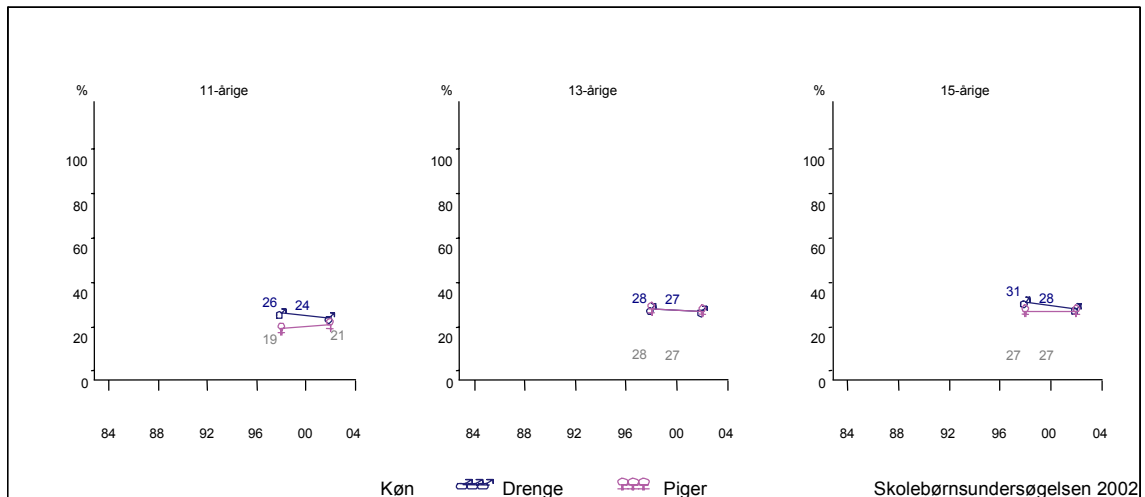


Figur 3.6.g Procent som drikker cola/sodavand dagligt.

Hvis vi betragter udviklingen over tid i indtagelse af sodavand, ser vi, at dette har ligget relativt konstant gennem de sidste årtier (Figur 3.6.h). Mellem de sidste to undersøgelser ses der for både drenge og piger i alle aldersgrupper en lille tendens mod mindre indtag. Som nævnt kan der i denne undersøgelse være tale om en overestimering af indtaget i forhold til tidligere, og i givet fald vil den observerede tendens mod mindre indtag af sodavand være tydeligere end angivet. Indtaget af slik og chokolade har vi kun spurgt til i de to sidste undersøgelsesrunder, og af Figur 3.6.i ses det, at det daglige indtag af slik og chokolade ikke har ændret sig markant siden 1998. Et eventuelt fald i indtaget kan dog være skjult i den sandsynlige overestimering i 2002-undersøgelsen.

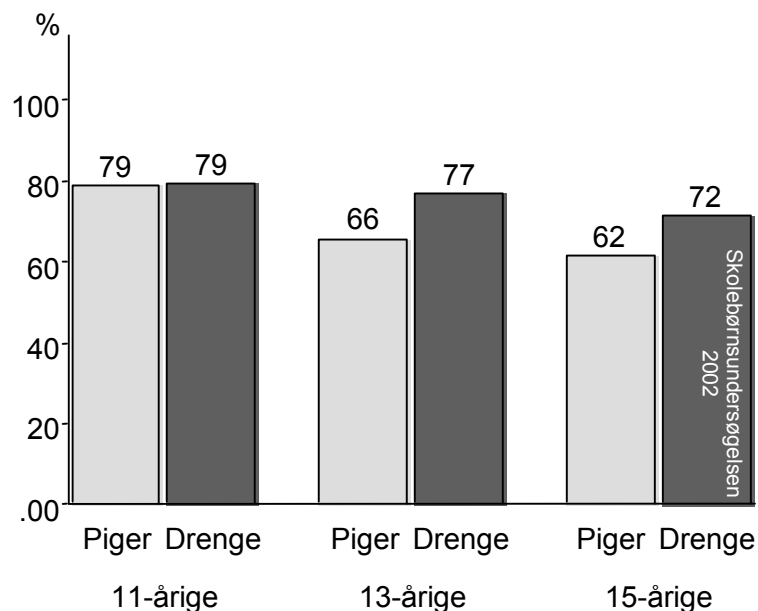


Figur 3.6.h Procent som drikker cola/sodavand dagligt.



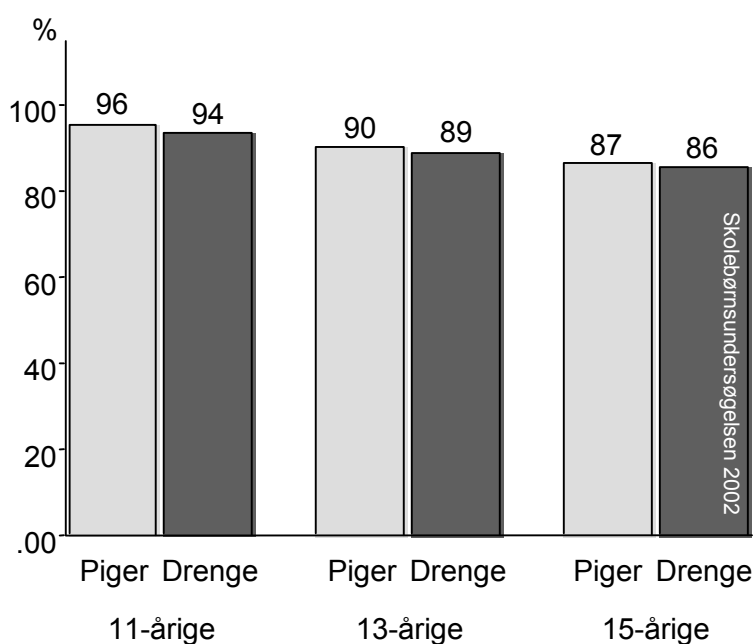
Figur 3.6.i Procent som spiser slik/chokolade dagligt.

Den øgede opmærksomhed på kost, som har kendetegnet de sidste årtier, har ikke kun fokuseret på de næringsstofrelaterede aspekter, men også på rammerne for indtagelse af den daglige kost i form af måltider og måltidsstrukturer. De strukturelle og sociale rammer omkring børn og unges måltider betragtes i dag som centrale for opbygningen af sociale tilhørsforhold. Fællesskabet omkring indtagelsen af et måltid bliver et sted for socialt samvær og dermed et sted for etablering og fastholdelse af sociale relationer (Børn, mad og måltider 2000).



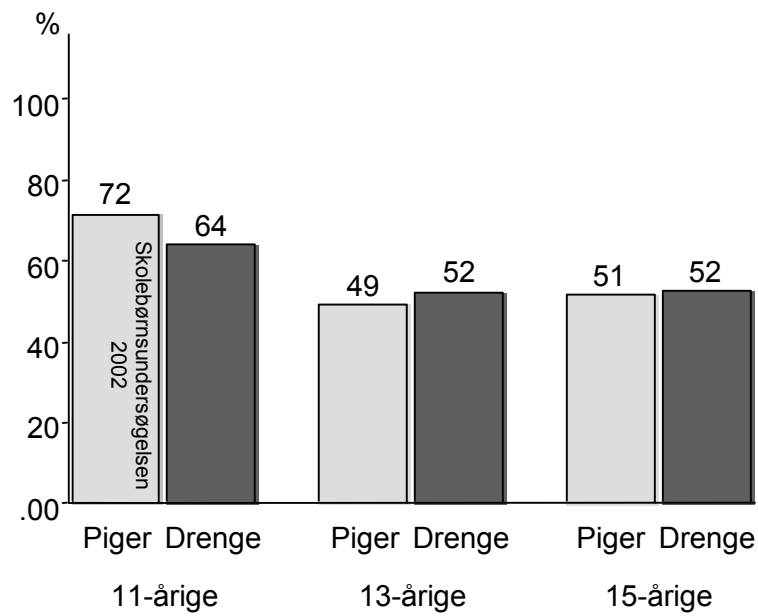
Figur 3.6.j Procent som spiser morgenmad alle hverdage.

Vi har i denne undersøgelse spurgt eleverne, hvor ofte de spiser henholdsvis morgenmad, frokost og aftensmad. Som det ses af Figur 3.6.j spiser hver femte elev i femte klasse ikke morgenmad på alle hverdage, mens mere end hver tredje pige i niende klasse skipper morgenmaden en gang i mellem. I de ældre klasser ses en tendens til at pigerne i højere grad end drengene springer morgenmaden over. Andelen af elever, som spiser morgenmad i weekenden er generelt højere end for hverdage, og der er ingen forskel mellem drenge og piger (Figur 3.6.k).

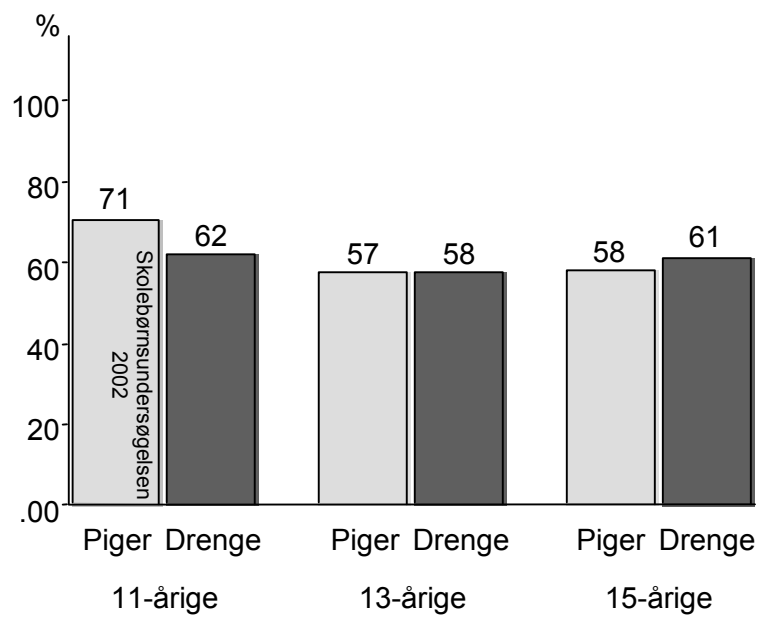


Figur 3.6.k Procent som spiser morgenmad lørdag og søndag.

Vores resultater tyder på, at det måltid, som oftest springes over, er frokosten. Allerede i femte klasse dropper mere end hver tredje dreng frokosten på mindst én hverdag. I syvende og niende klasse er det cirka halvdelen af eleverne, som ikke spiser frokost alle hverdage (Figur 3.6.l). For de ældre elever er andelen, som spiser frokost, lidt højere i weekenden, men det er stadig mere end hver tredje, som springer frokosten over lørdag eller søndag (Figur 3.6.m).

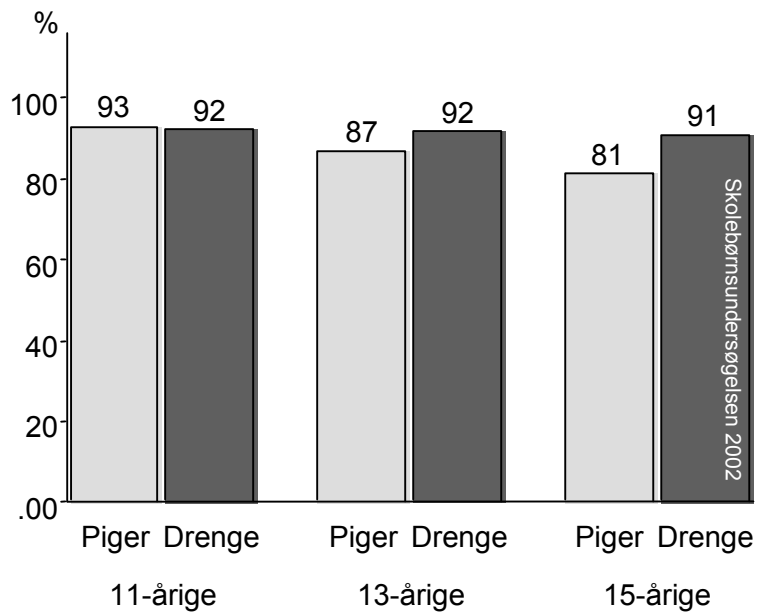


Figur 3.6.l Procent som spiser frokost alle hverdage.

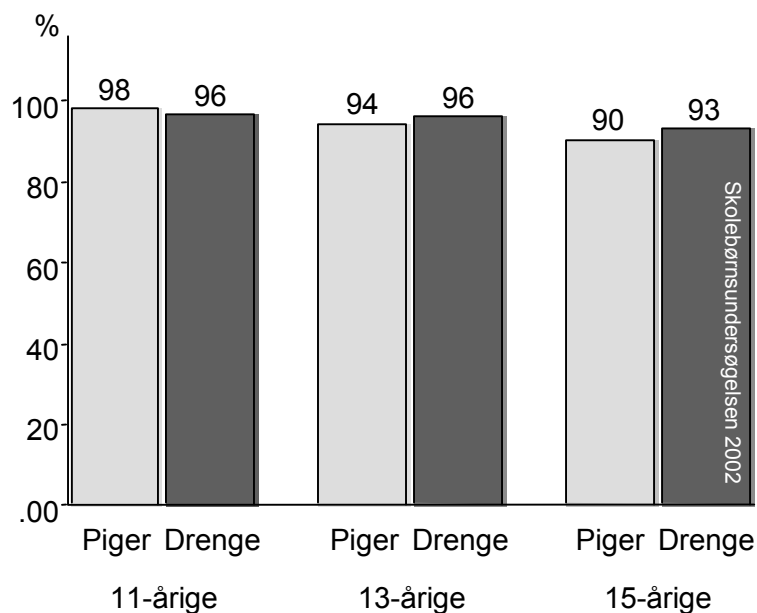


Figur 3.6.m Procent som spiser frokost lørdag og søndag.

Aftensmad er det måltid, som oftest indtages. Cirka ni ud af ti elever spiser aftensmad på alle hverdage – dog lidt færre blandt de ældste piger (Figur 3.6.n). I weekenden spiser næsten alle elever i femte og syvende klasse aftensmad, mens cirka ti procent af eleverne i niende klasse springer dette måltid over lørdag eller søndag (Figur 3.6.o).



Figur 3.6.n Procent som spiser aftensmad alle hverdage.



Figur 3.6.o Procent som spiser aftensmad lørdag og søndag.

Der er noget, der tyder på, at danske skoleelever overvejende springer frokosten over, som indtages uden for hjemmet, mens aftensmaden, som ofte er stærkt knyttet til hjemmet, ikke fravælges i samme udstrækning. Dette er naturligvis en positiv tendens, idet fælles måltider udgør en vigtig del af det familiære sociale samvær.

Alligevel er det foruroligende, at så mange børn og unge ikke dagligt spiser morgenmad og frokost. Megen forskning har haft fokus på den omsætningsregulerende og sunde effekt af morgenmaden. Som nævnt kan det have en række sociale konsekvenser. Samtidigt udgør et uregelmæssigt måltidsmønster en risiko for, at der i stedet spises meget usund mad mellem måltiderne. En droppet frokost kan derfor let komme til at betyde, at den samlede kost indeholder for meget sukker og fedt.

Samtidigt ved man også, at kostens sammensætning spiller en vigtig rolle for generel trivsel og velbefindende. Vores tidligere undersøgelser viser, at børn med usunde kostvaner har en dårligere trivsel end børn med sunde kostvaner. Børn med usunde kostvaner føler sig hyppigere trætte om morgenen, de føler sig i dårlig form, de beskriver deres helbred som dårligt, de trives dårligt i skolen og de føler sig ensomme.

Der er ingen tvivl om, at der blandt folk, som beskæftiger sig med kost og med konsekvenserne af denne, er bred enighed om, at kostens sammensætning og indtagelsesmønster har stor helbredsmæssig og social betydning. Desværre må vi konkludere, at danske skolebørns kost- og måltidsvaner, på trods af en stor forebyggende indsats gennem de senere år, langt fra lever op til de officielle anbefalinger, og at der nogle steder er lang vej endnu.

4 Sociale relationer

Pernille Due og Bjørn E. Holstein

Som nævnt i kapitel 1.4 giver undersøgelsen et indblik i de vigtigste arenaer for unge menneskers daglige tilværelse: familien, kammeratgruppen og skolen. Dette kapitel giver basale oplysninger om elevernes familiestruktur og relationer til forældre og venner. Man kan få udmærkede oplysninger om børns og unges familieforhold fra Danmarks Statistik (Børns levevilkår, 2002), oplysninger om hvem børn og unge formelt bor sammen med. Men virkeligheden er ofte anderledes end det, som formelt er registreret i folkeregistret, og elevernes svar på spørgsmål om hvem, de bor sammen med, giver dermed mulighed for en mere nuanceret beskrivelse af familieforholdene.

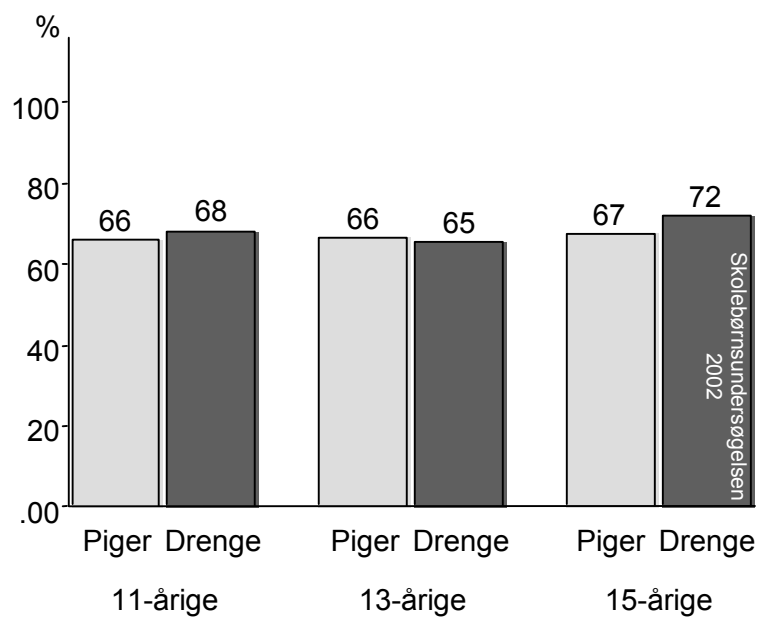
4.1 Familiestrukturen

Det er en erfaring fra den allerførste gang, vi gennemførte undersøgelsen i 1984, at mange elever har svært ved at besvare spørgsmålene om hvem, de bor sammen med. Det er uden sammenligning de spørgsmål, der giver størst problemer. Elever, der bor i en kernefamilie med far og mor og eventuelle søskende har ingen vanskeligheder, men det er svært for de mange deltagere, hvis familieforhold ser anderledes ud. I 2002-undersøgelsen har vi forsøgt gennem forudgående pilotundersøgelser at stille spørgsmålene på andre måder, og sammen med de øvrige deltagerlande er vi blevet enige om at stille spørgsmålene på en anden måde end tidligere. Vi spørger, hvem der bor i den familie, eleven bor i det meste af tiden (eller hele tiden), og hvem der bor i den familie, eleven eventuelt bor i en del af tiden.

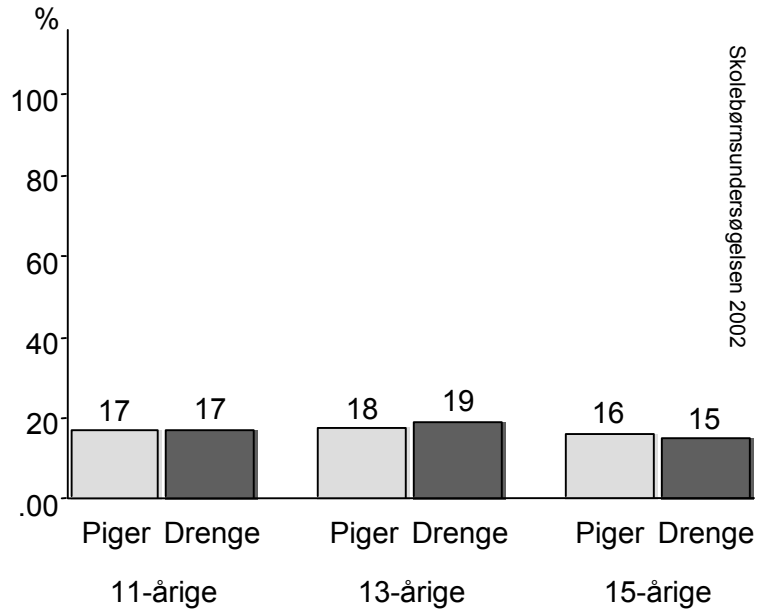
Der er 67,5% af eleverne, der bor i en traditionel familie med far og mor, 17,1% bor (det meste af tiden) hos en eneforsørger, 13,3% bor (det meste af tiden) i en rekonstrueret familie, og de resterende 2,2% bor på anden måde, fx kostskole eller institution. Tabel 4.1.a giver oplysningerne på en anden måde, hvoraf det fremgår, at 81,8% af eleverne bor i én familie, 16,1% bor i to familier, og 2,2% på anden vis. Yderligere viser Figur 4.1.a til Figur 4.1.c, hvor mange procent af piger og drenge på de tre klassetrin, der bor sammen med både far og mor, i eneforsørgerfamilie, og i sammenbragte familier.

Tabel 4.1.a Eleverne fordelt efter familieform.

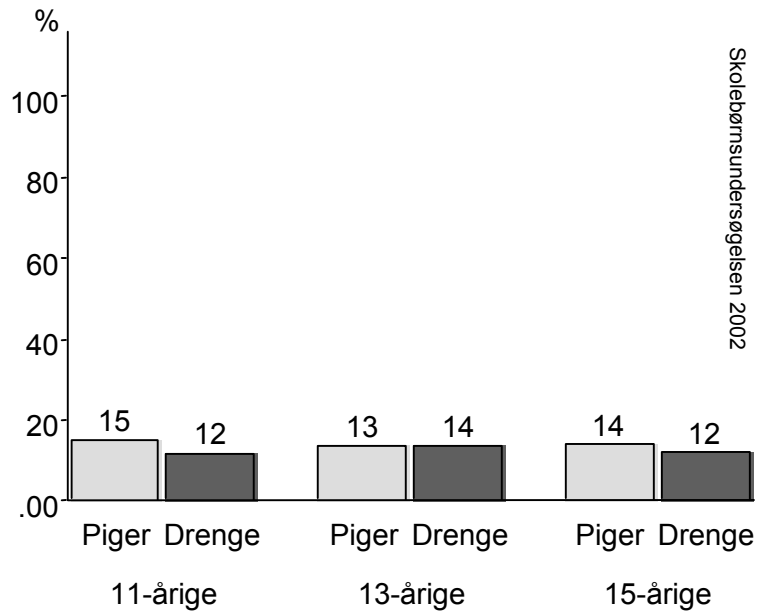
En eller to familier	Hvem bor eleven sammen med	Procent
Bor i én familie	Bor med to forældre hele tiden	67,5%
	Bor med eneforsørger hele tiden	8,7%
	Bor i sammenbragt familie hele tiden	5,6%
Bor på skift i to familier	På skift i to eneforsørgerfamilier	8,4%
	På skift i én eller to sammenbragte familier	7,7%
Andet	Fx institution, kostskole, familiepleje	2,2%
Total		100,0%



Figur 4.1.a Procent som bor med far og mor.



Figur 4.1.b Procent som bor med en forælder.



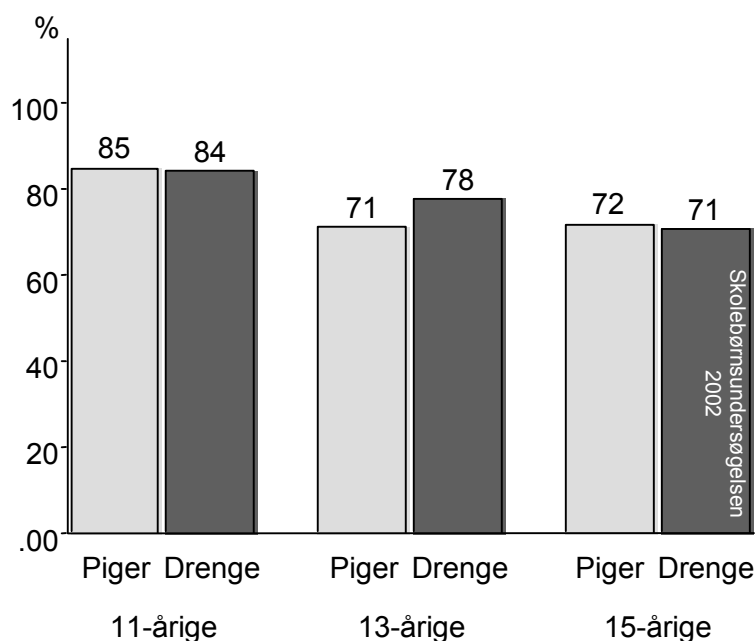
Figur 4.1.c Procent som bor i sammenbragt familie.

4.2 Relationer til venner og forældre

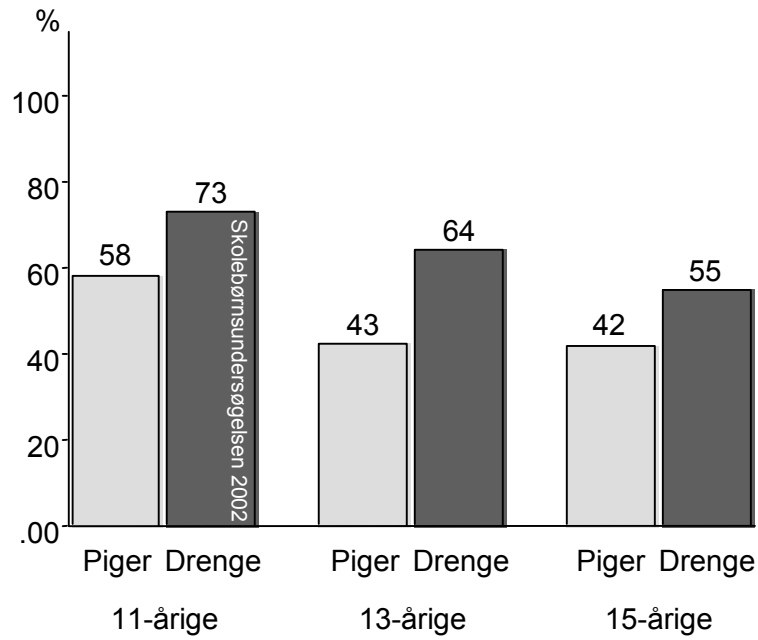
Det har vist sig igennem årene, at et af de spørgsmål, der giver de mest relevante oplysninger om deltagernes sociale relationer, er spørgsmålet "Hvor nemt eller svært er det for dig at tale med følgende personer om noget, der virkelig plager dig?" med mulighed for at krydse af ud for far og mor, eventuel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

Figur 4.2.a viser, hvor mange procent, som har nemt ('meget nemt' plus 'nemt') ved at tale fortroligt med deres mor, og det har langt de fleste, omend færre i niende end i femte klasse. Der er kun små forskelle på piger og drenge.

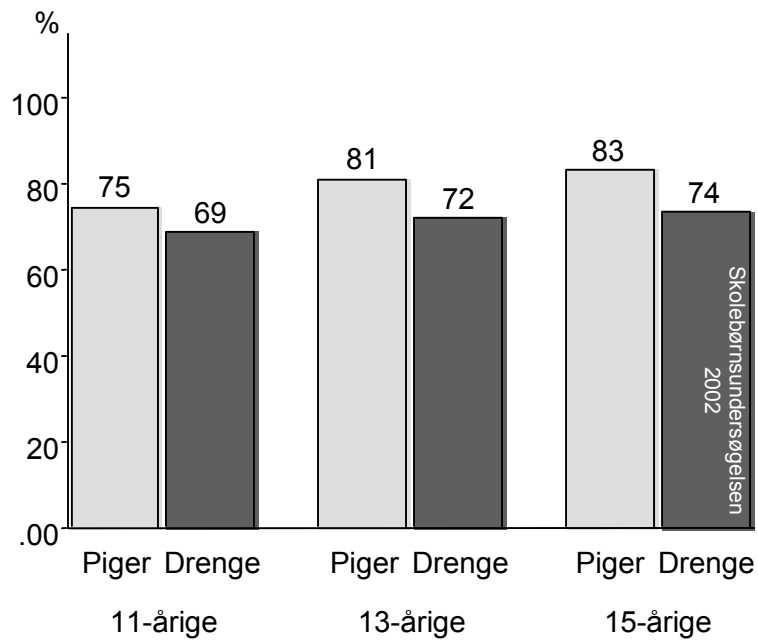
Figur 4.2.b viser, hvor mange procent, der har nemt ved at tale fortroligt med deres far, og her er meget markante forskelle efter køn og alder. På hvert klassetrin er der markant flere drenge end piger, der har nemt ved at tale fortroligt med deres far, og der er en markant reduktion fra femte til syvende til niende klasse. Blandt drengene på femte klassetrin har 73% nemt ved det, blandt pigerne i niende klasse er det kun 42%, som har nemt ved det.



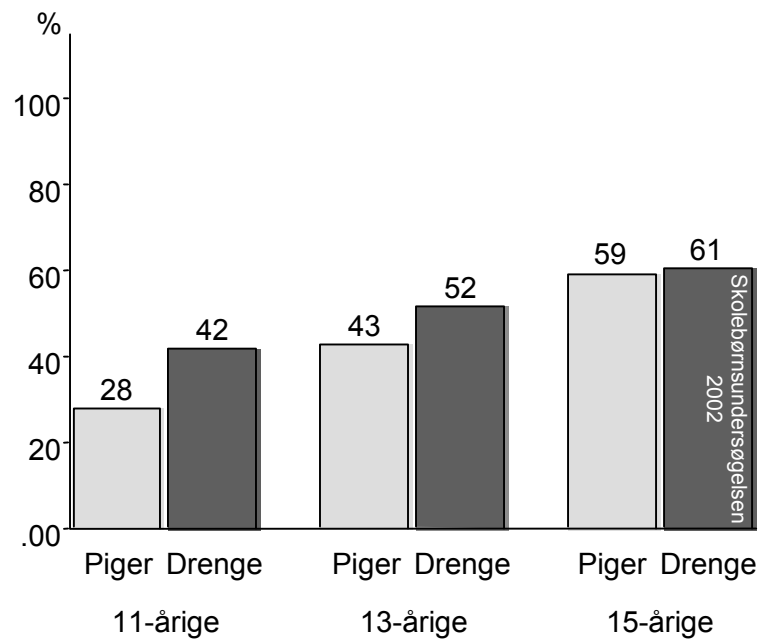
Figur 4.2.a Procent som har nemt ved at tale fortroligt med deres mor.



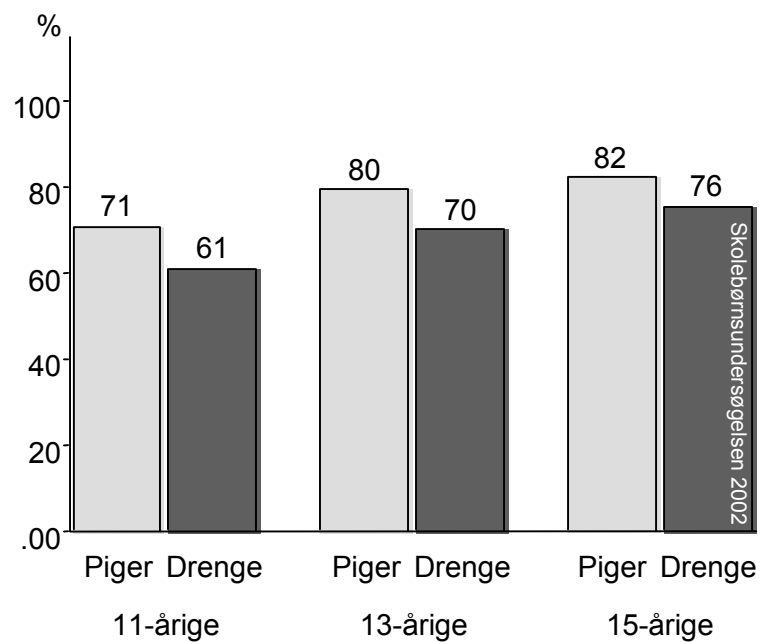
Figur 4.2.b Procent som har nemt ved at tale fortroligt med deres far.



Figur 4.2.c Procent som har nemt ved at tale fortroligt med ven af samme køn.



Figur 4.2.d Procent som har nemt ved at tale fortroligt med ven af modsat køn.



Figur 4.2.e Procent som har nemt ved at tale fortroligt med mindst én ven.

Figur 4.2.c og Figur 4.2.d viser, hvor mange procent som har nemt ved at tale fortroligt med venner af samme og modsat køn. Flere piger end drenge har let ved at tale fortroligt med venner af samme køn, men på alle tre klassetrin er det et stort flertal af både piger og drenge, som har nemt ved det. Der er færre af deltagerne, som har nemt ved at tale fortroligt med venner af det modsatte køn, og på femte og syvende klassetrin er det faktisk mindre end halvdelen, som har denne fortrolige relation. På femte og syvende klassetrin har flere drenge end piger let ved at tale med venner af modsat køn.

En af tesaerne bag spørgsmålene er, at det er en forudsætning for gode sociale relationer, at man har fortrolige relationer til mindst én jævnaldrende, og det kan jo være, at den der har svært ved at tale med venner af samme køn kan kompensere ved fortrolige relationer til det modsatte køn. Figur 4.2.e viser, hvor mange procent af deltagerne, som har let ved at tale fortroligt med mindst én ven, uanset køn. Det gælder et stort flertal af deltagerne, flere piger end drenge, og flere jo ældre de er.

Men det er ikke nok at kunne tale fortroligt med mindst én ven. Gode sociale relationer er også at kunne tale fortroligt med forældrene, i det mindste med én af forældrene (Jørgensen et al, 2002). Tabel 4.2.a viser, hvor mange der har nemt ved at tale fortroligt med både forældre og venner ('de integrerede'), med forældre men ikke venner ('de voksenorienterede'), med venner men ikke forældre ('de kammeratorienterede') og med ingen af parterne ('de isolerede').

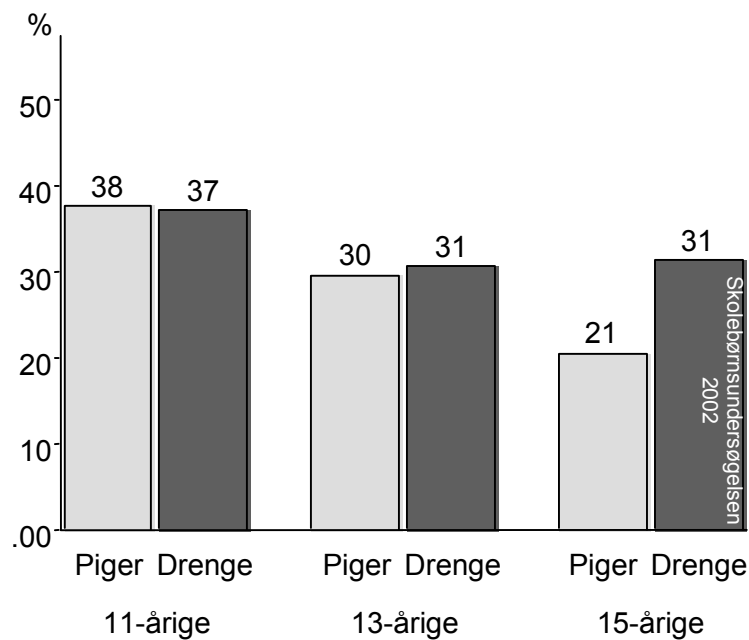
Tabel 4.2.a Elever fordelt efter fortrolige relationer med forældre og venner.

Fortrolige relationer til mindst én ven	Fortrolige relationer til mindst en forælder	
	Ja	Nej
Ja	De integrerede 71%	De voksenorienterede 12%
Nej	De kammeratorienterede 13%	De socialt isolerede 5%

Sociale relationer til venner kan også belyses på andre måder. Vi har fx spurgt, hvor mange nære drenge- og pigevenner deltagerne har. Ikke mindre end 98% af drengene svarer, at de har mindst én god drengeven, og over 80% har mere end to gode drengevenner. Tre fjerdedele af drengene har også nære pigevenner, halvdelen af drengene svarer mere end to gode pigevenner. Blandt pigerne finder vi næsten de samme tal: 99% af pigerne nævner mindst en god pigeven, og over 80% nævner mere end to gode pigevenner. Over 80% af pigerne siger også, at de har mindst én god drengeven, og over 80% af pigerne siger, at de har mere end to gode drengevenner.

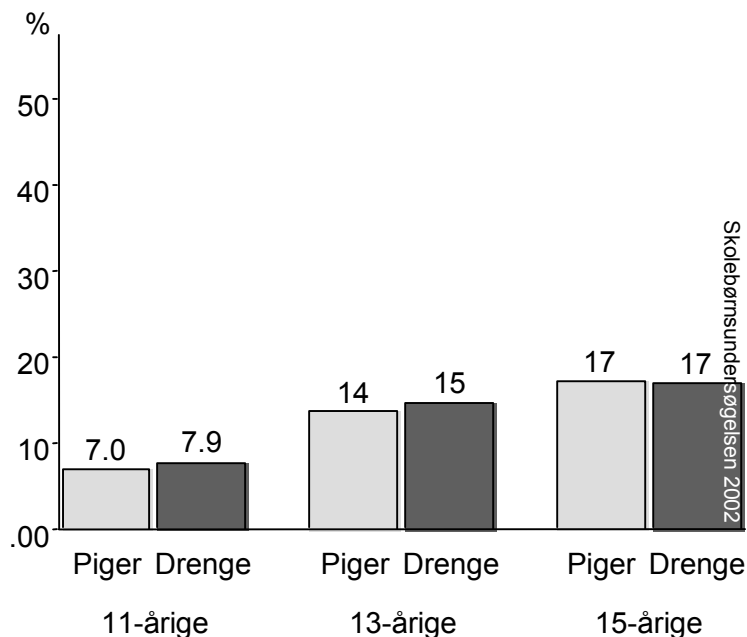
Vi spurgte, hvor mange eftermiddage efter skoletid, deltagerne var sammen med deres venner. Der er en lille minoritet, 6% af eleverne i femte klasse, 8% af eleverne i syvende klasse, og 12% af eleverne i niende klasse, som ikke tilbringer nogen eftermiddage sammen med venner. Vi ved ikke hvorfor, men en mulig forklaring er, at eftermiddagene anvendes til et fritidsjob. Figur 4.2.f viser, hvor mange procent som er

sammen med venner efter skoletid mindst 4 af ugens fem hverdage. Det er en minoritet, der har så hyppig kontakt, 37% i femte klasse, 30% i syvende klasse, og 26% i niende klasse.



Figur 4.2.f Procent som er sammen med venner 4-5 dage om ugen.

Samvær om aftenen uden for hjemmet er en anden form for samvær med venner. Når vi stiller spørgsmålet på den måde, "Hvor mange aftener om ugen er du normalt ude sammen med venner?", får vi samtidig en fornemmelse af, at en del elever næsten aldrig har mulighed for at være sammen med deres forældre om aftenen. Figur 4.2.g viser, hvor mange procent der er ude sammen med venner mindst fem aftener på en normal uge, og det er ca. 7% i femte klasse, 14% i syvende klasse og 17% i niende klasse. Men der er mange elever, for hvem det aldrig sker eller højst en gang om ugen. I femte klasse er det således 67%, som aldrig eller højst en gang om ugen er ude sammen med kammerater, i syvende klasse er det 45%, og i niende klasse 33%.

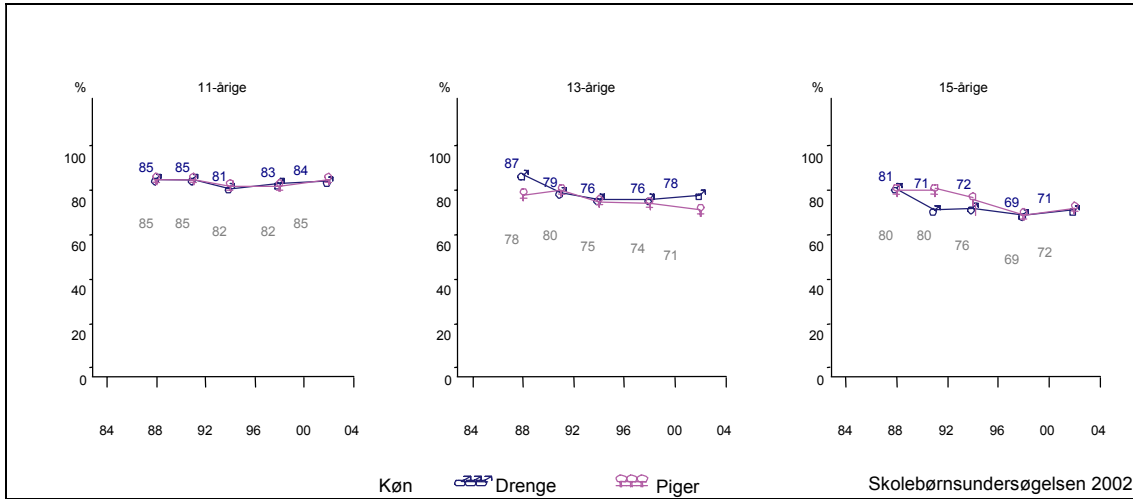


Figur 4.2.g Procent som er sammen med venner mindst 5 aftner om ugen.

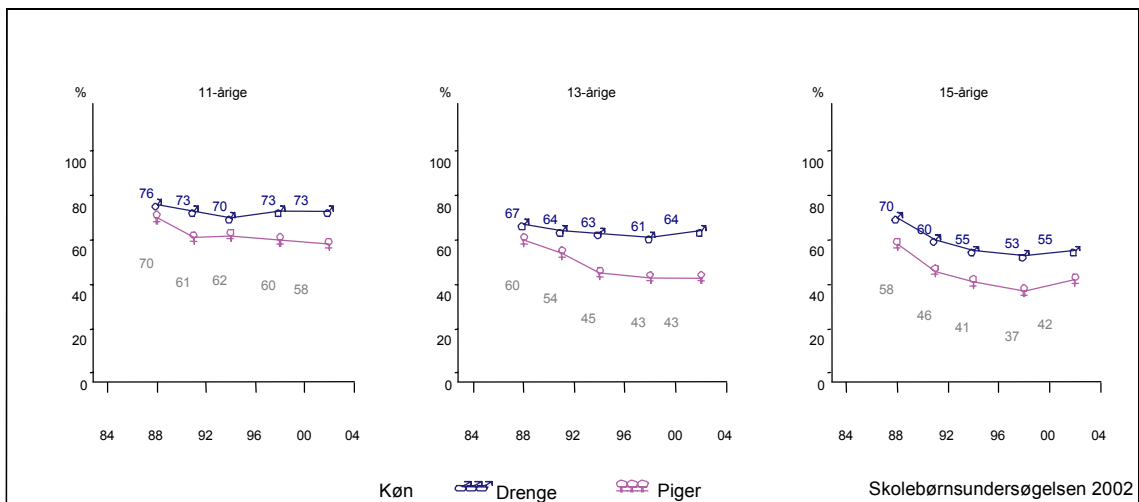
Endelig kan man holde kontakt med venner ad elektronisk vej. Vi stillede spørgsmålet "Hvor tit taler du i telefon med venner eller sender dem sms-beskeder eller e-mails?". Blandt eleverne i femte klasse var der 20% af eleverne, som svarede aldrig, i syvende klasse var der 12%, som svarede aldrig, og i niende klasse 6%. Der var et flertal af eleverne, som benyttede disse kommunikationsformer mindst fem dage om ugen, i femte klasse 34%, i syvende klasse 53% og i niende klasse 66%. Piger er på alle klassetrin lidt flittigere til at benytte disse kommunikationsformer end drengene. I niende klasse er det fx 56% af pigerne og 46% af drengene, som telefonerer, sms'er eller e-mails med venner hver eneste dag.

4.3 Ændrer de sociale relationer sig over tid?

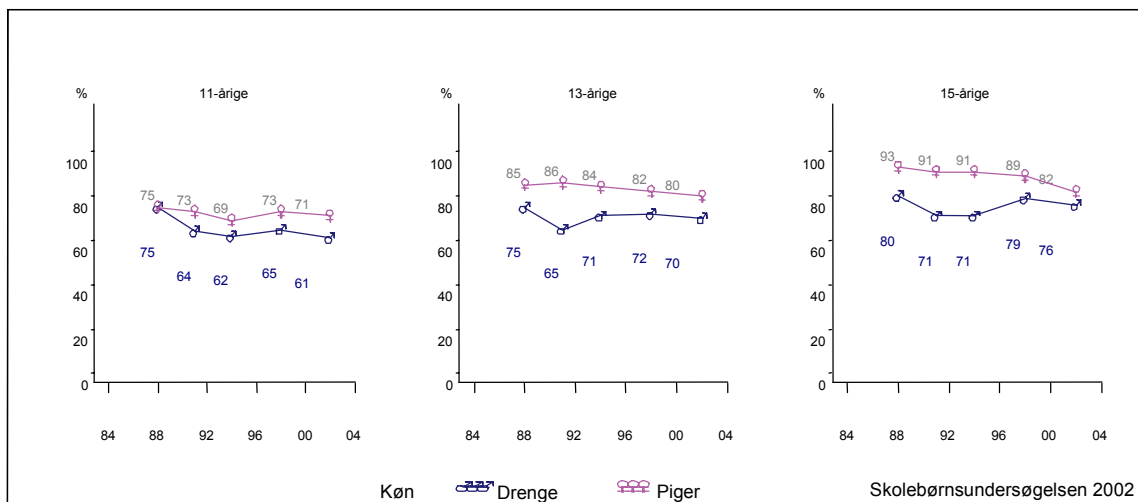
Spørgsmålene om fortrolige relationer med far, mor og venner er stillet uændret i alle Skolebørnsundersøgelserne siden 1988. Figur 4.3.a og Figur 4.3.b viser, hvor mange procent der havde nemt ved at tale fortroligt med mor og far i hver af undersøgelserne. Mor har så at sige holdt skansen som fortrolig siden den første undersøgelse i 1988, men der er lidt færre 15-årige, der har nemt ved at tale fortroligt med deres far nu end i 1988. Figur 4.3.c viser, hvor mange procent som har nemt ved at tale fortroligt med mindst én ven, og tallet har været nogenlunde konstant siden 1988, dog med lidt vigende tendens for 15-årige piger. Til gengæld ser det ud til, at de unge er mindre fysisk sammen nu end før. Figur 4.3.d og Figur 4.3.e viser procentandelen, som var sammen med venner efter skoletid 4-5 eftermiddage om ugen, og som var ude sammen med kammerater mindst 5 aftener om ugen. Begge former for fysisk samvær er tydeligt mindre hyppigt forekommende i 2002, end det var tidligere.



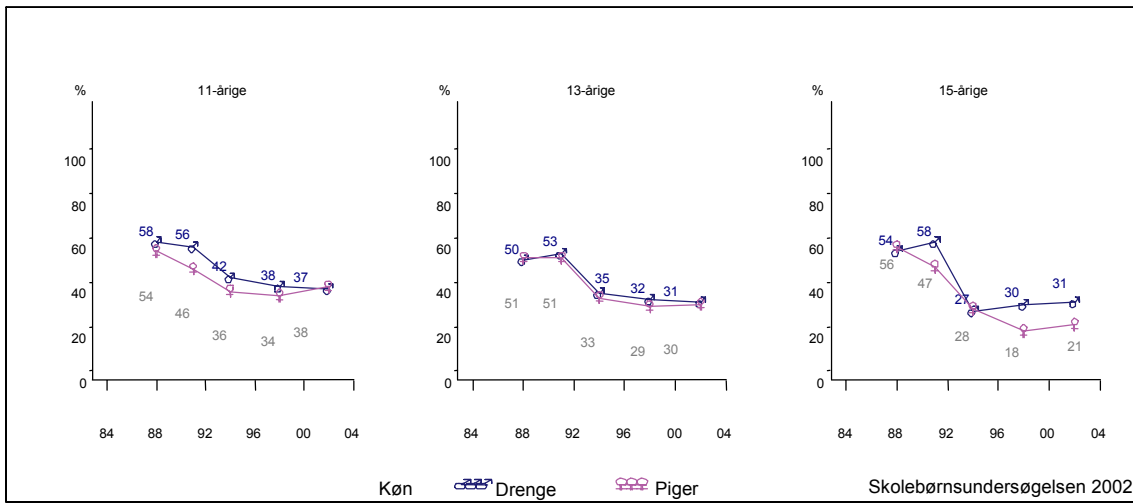
Figur 4.3.a Procent som har nemt ved at tale fortroligt med deres mor.



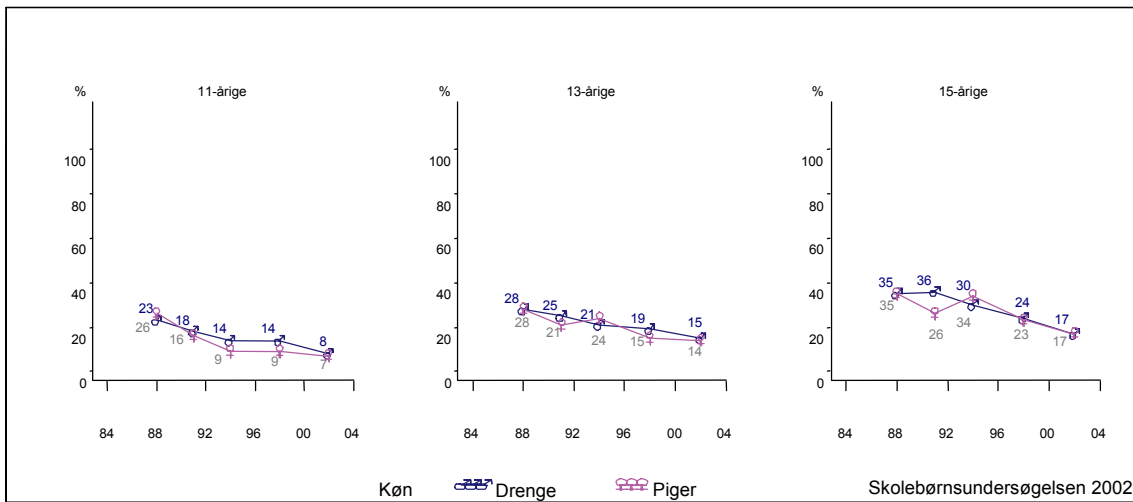
Figur 4.3.b Procent som har nemt ved at tale fortroligt med deres far.



Figur 4.3.c Procent som har nemt ved at tale fortroligt med mindst én ven.



Figur 4.3.d Procent som er sammen med venner 4-5 dage om ugen.



Figur 4.3.e Procent som er sammen med venner mindst 5 aftner om ugen.

Tabel 4.2.a viste inddelingen af deltagerne i fire grupper efter fortrolige kontakter med forældre og kammerater. Også denne oplysning har vi mulighed for at uddrage af undersøgelserne i 1991, 1994, 1998 og 2002, og resultaterne fremgår af Tabel 4.3.a.

Tabel 4.3.a Fordeling af eleverne efter fortrolige kontakter med forældre og venner 1988-2002.

	1991	1994	1998	2002
De integrerede	69,0%	64,0%	63,7%	70,6%
De voksenorienterede	14,7%	16,9%	16,5%	11,7%
De kammeratorienterede	10,4%	12,9%	14,1%	13,2%
De socialt isolerede	6,0%	6,3%	5,8%	4,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

5 Skole og lokalsamfund

Pernille Due og Rikke Krølner

Skolen er elevernes daglige arbejdsmiljø og kan karakteriseres ved tre dimensioner: de fysiske omgivelser, de psykosociale aspekter af skolegangen samt det lokalsamfund, skolen indgår i. Resultater vedrørende de to sidstnævnte dimensioner vil blive beskrevet i dette kapitel.

I flere af de tidligere undersøgelsesrunder har vi haft fokus på de psykosociale aspekter af børns skolegang ved bl.a. at spørge til børnenes generelle trivsel i skolen, til klassekammeraterne, lærerne, oplevelsen af medbestemmelse og indflydelse på skolelivet samt mobning. I 2002 indeholder spørgeskemaet også spørgsmål om lokalsamfundet. Yderligere har vi i 2002 bedt skoleinspektørerne på alle deltagende skoler om at udfylde et spørgeskema om skolens fysiske omgivelser, skolens elevsammensætning og politikker. Resultater af denne delundersøgelse vil blive offentliggjort senere.

5.1 Skoletrivsel

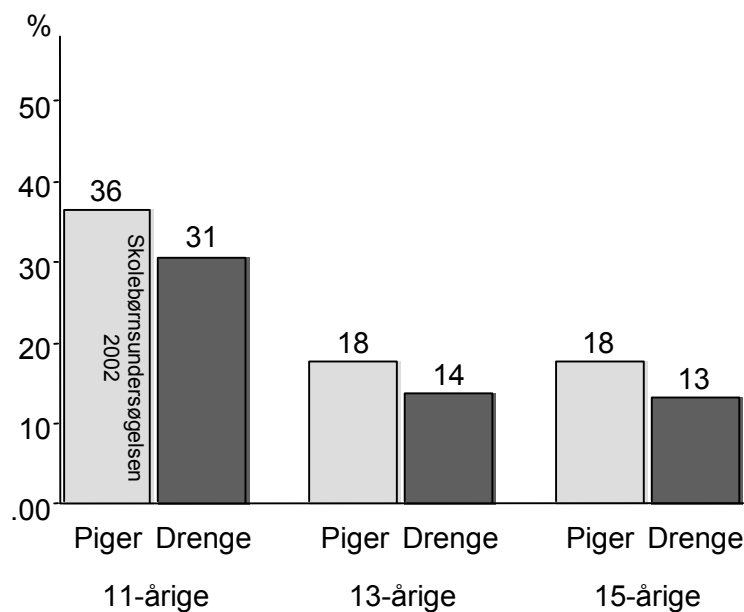
Børn tilbringer mange timer i skolen hver dag og deres trivsel her har betydning for deres velvære, sundhedsadfærd og præstationer i skolen (Samdal 1998, Weare 2000). Ligesom arbejdslivet tillægges stor betydning i voksenlivet, har børns skoleliv stor betydning for børns almene trivsel og livsglæde. Stressforskning omkring voksnes arbejdsliv peger på, at de største trivsels- og helbredsproblemer findes blandt ansatte med høje jobkrav, ringe grad af indflydelse og lav social støtte (Holstein et al 1997). Det samme synes at gøre sig gældende i børns arbejdsliv (skolegangen). Børns oplevelse af medbestemmelse, indflydelse og retfærdighed inden for skolens rammer spiller en væsentlig rolle for, hvordan børn trives i skolen. Hvis børnene føler, at de har indflydelse og medbestemmelse på skolen, og at deres stemme er vigtig for den daglige skolegang, vil de få lyst til at engagere sig i skolelivet.

Tilfredshed med skolen virker positivt på indlæringen. Elever lærer mere effektivt, hvis de er glade, tror på sig selv, synes om lærerne og føler, at skolen støtter dem. Omvendt er der risiko for at børn, der ikke trives i skolen, klarer sig dårligt fagligt, falder fra og forlader skolen uden afgangsprøve (Andersen 1995). Dårlig skoletrivsel hænger endvidere sammen med et lavt uddannelsesniveau eller fravalg af uddannelse senere i livet (Jørgensen & Ertman 1997).

Sundhedsmæssigt er dårlig skoletrivsel associeret med usunde vaner som rygning, usund kost og storforbrug af alkohol (Nutbeam 1993). Endvidere er elever, der trives dårligt i skolen hyppigere belastet af symptomer såsom hovedpine, mavepine, søvnløshed, svimmelhed, nervøsitet og dårligt humør end de elever, der trives godt i skolen (Krølner 2000).

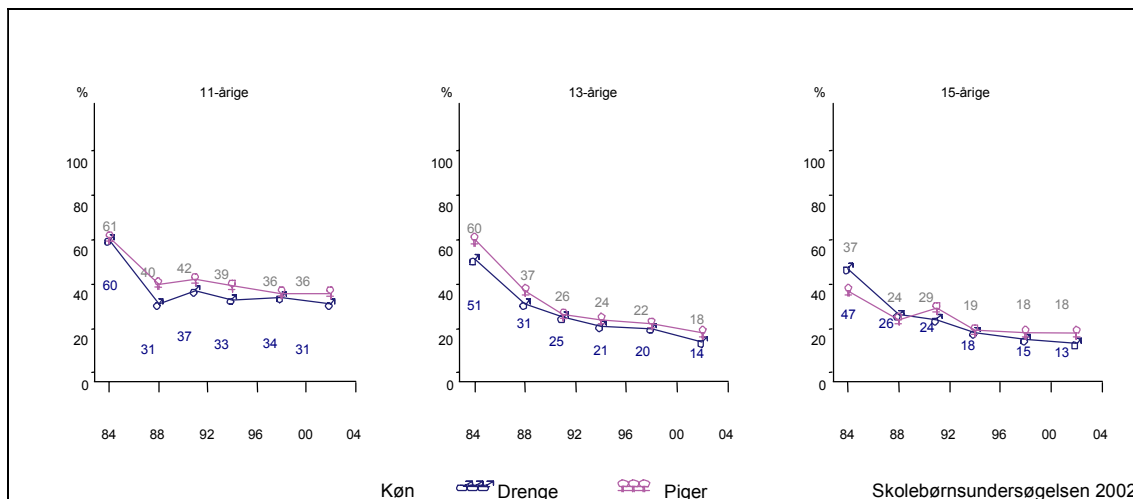
I undersøgelsen betragter vi skoletrivsel i to perspektiver. I det ene perspektiv ser vi på elevernes generelle skoletrivsel med spørgsmål som ”Hvad synes du om skolen for øjeblikket?”. I det andet perspektiv ser vi skoletrivslen som et komplekst dynamisk samspil mellem eleven og omgivelserne (kammerater, forældre og lærere). I det følgende vil vi præsentere resultater vedrørende den generelle skoletrivsel, elevernes oplevelse af indflydelse på skolelivet og samværet med klassekammeraterne.

Den generelle skoletrivsel: I undersøgelsen stiller vi spørgsmålet: ”Hvad synes du om skolen for øjeblikket?” Eleverne har fire svarmuligheder 1) ”Jeg kan virkelig godt lide den”, 2) ”Jeg synes, den er nogenlunde” 3) ”Jeg kan ikke rigtigt lide den” og 4) ”Jeg kan slet ikke lide den”. Størstedelen af eleverne er tilfredse med skolen, således svarer 79% af eleverne, at de ”virkelig godt kan lide skolen” eller ”synes den er nogenlunde”. Figur 5.1.a viser, at andelen, som virkelig godt kan lide skolen, falder med alderen. Omkring en tredjedel af eleverne i femte klasse synes virkelig godt om skolen – under en femte del af eleverne i syvende og niende klasse sætter kryds i denne svarkategori.



Figur 5.1.a Procent som meget godt kan lide at gå i skole.

Igennem de første fem undersøgelser (fra 1984-1998) har vi set et fald i andelen af elever, der virkelig godt kan lide skolen – denne tendens ser ud til at fortsætte, når vi inkluderer tallene fra 2002 (Figur 5.1.b). Det skal her bemærkes, at der i de første tre undersøgelser (1984, 1989, 1991) var tre svarkategorier til spørgsmålet (meget godt lide, nogenlunde lide, ikke lide). I de sidste tre undersøgelser (1994, 1998, 2002) har eleverne haft de fire svarmuligheder, der er nævnt indledningsvist. Uagtet forskellen i svarkategori kan der dog observeres et betragteligt fald i børns skoletrivsel over tid.

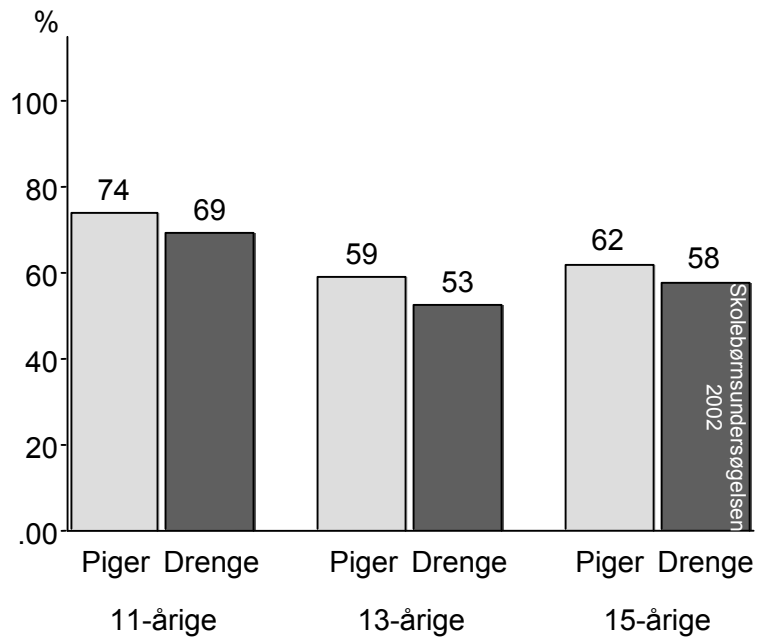


Figur 5.1.b Procent som meget godt kan lide at gå i skole.

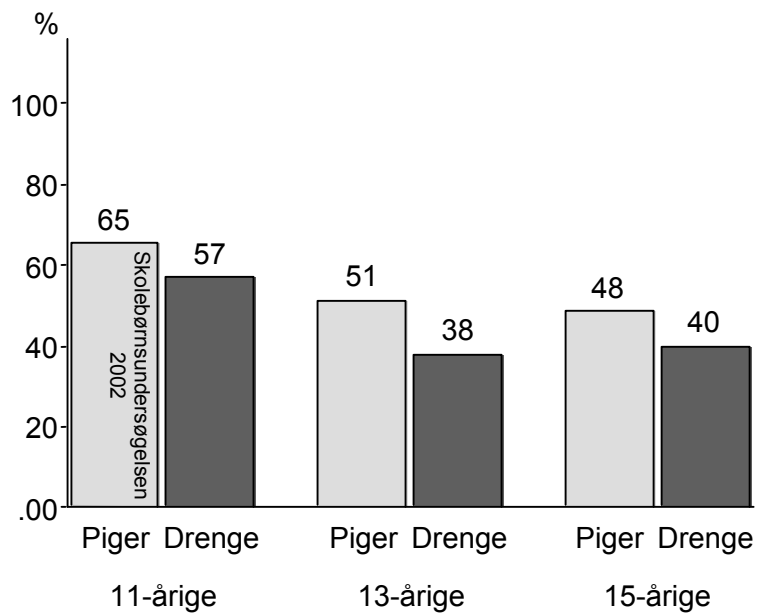
Andre spørgsmål i undersøgelsen sætter også fokus på, hvordan eleverne alt i alt trives i skolen. Vi beder eleverne angive, hvor enige eller uenige de er i påstanden ”Det er rart at være på vores skole”. Omkring 62% af eleverne er enige, 14% er uenige og resten er hverken enige eller uenige. Det fremgår af figur Figur 5.1.c, at flere femteklasses elever end syvende og niende klasses elever synes, at skolen er et rart sted at være. Der er store forskelle i andelen af tilfredse elever på de 69 skoler involveret i undersøgelsen. Andelen, der er enige i, at skolen er et rart sted at være, varierer fra at være under 40% på nogle skoler til over 75% på andre skoler. Denne observation kan opmuntre til at fremme trivsel på landets skoler, da skolerne med stor ophobning af skoletrivsel fremstår som gode eksempler på, at det kan lade sig gøre at have mange tilfredse elever.

Omkring halvdelen af eleverne er enige i udsagnet ”Jeg kan godt lide at være i skole”, 18% er uenige og resten er hverken enige eller uenige. Der er flest piger og elever i femte klasse, der godt kan lide at være i skole (se Figur 5.1.d).

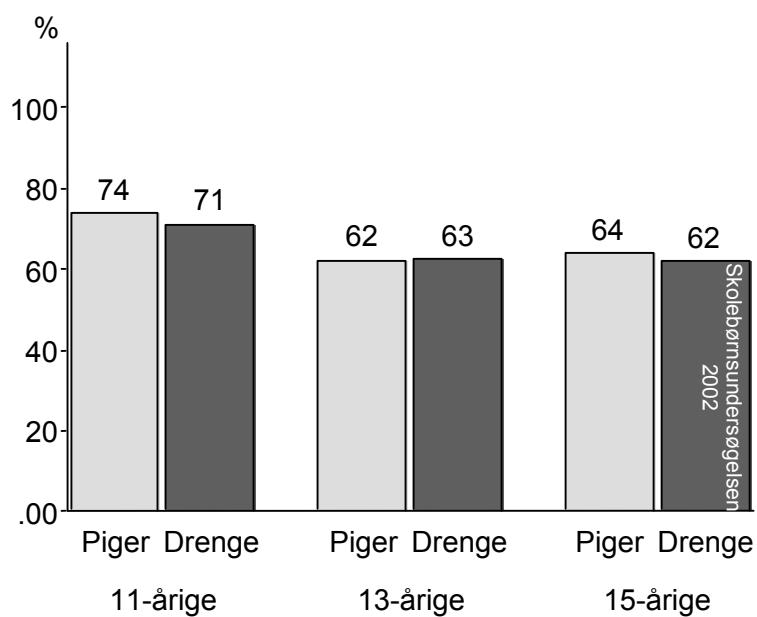
I alt 66% af eleverne føler, at de hører til på deres skole – også her er det i femte klasse, vi finder flest elever, der føler de hører til på skolen (Figur 5.1.e). To ud af tre elever i undersøgelsen føler sig trygge på deres skole. Der er ingen markante køns- og aldersforskelle (se Figur 5.1.f).



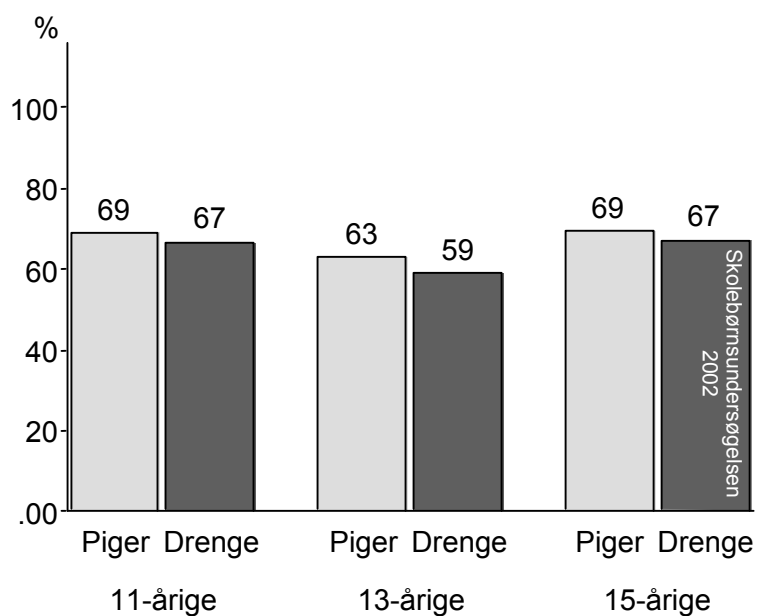
Figur 5.1.c Procent som mener at der er rart at være på skolen.



Figur 5.1.d Procent som godt kan lide at være i skole.



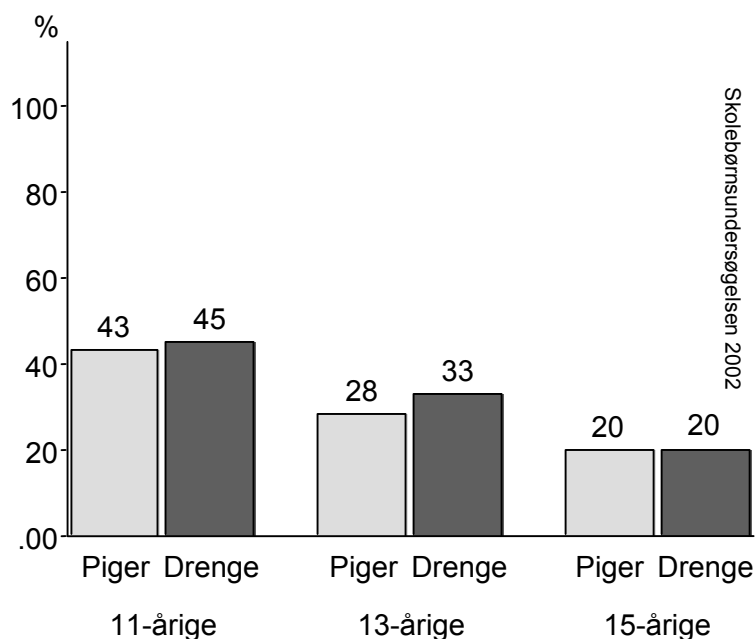
Figur 5.1.e Procent som føler de hører til på deres skole.



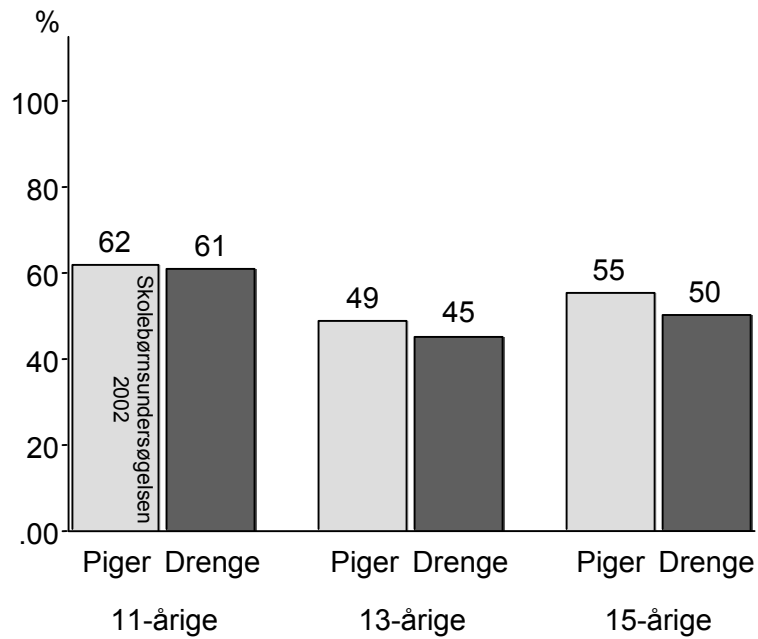
Figur 5.1.f Procent som føler sig tryk på deres skole.

Elevindflydelse og klassesamvær: ”På vores skole er eleverne med til at lave reglerne” – dette udsagn er omkring 32% af eleverne enige i, 35% er uenige og resten er hverken enige eller uenige. Der kan imidlertid observeres store forskelle mellem de yngste og ældste elever (se Figur 5.1.g). Andelen, der mener, at eleverne er med til at lave reglerne på skolen, halveres fra femte klasse til niende klasse. Når eleverne skal forholde sig til udsagnet ”Reglerne på vores skole er retfærdige”, angiver lidt over halvdelen af eleverne at være enige i udsagnet, 20% er uenige og 26% er hverken enige eller uenige. Figur 5.1.h viser, at der er flest elever i femte klasse, der finder skolens regler retfærdige.

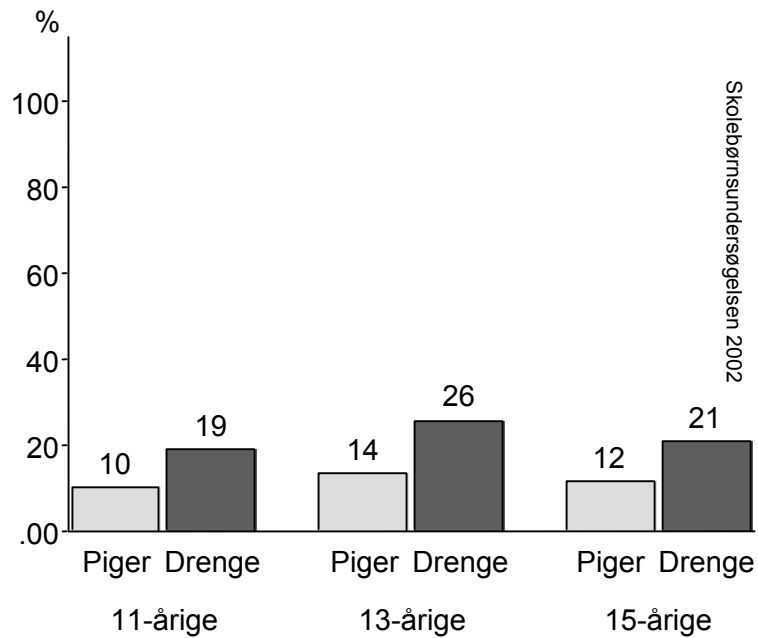
I alt 17% af eleverne i undersøgelsen er enige i påstanden ”eleverne bliver behandlet for strengt på skolen” – 54% synes ikke, at eleverne bliver behandlet for strengt på skolen, resten er hverken enige eller uenige i påstanden. Her er imidlertid forskel på, hvordan pigerne og drenge føler, de bliver behandlet på skolen. Det fremgår af Figur 5.1.i, at der på alle klassetrin er næsten dobbelt så mange drenge i forhold til piger, der mener, at eleverne bliver behandlet for strengt på skolen.



Figur 5.1.g Procent som mener at eleverne er med til at lave reglerne på skolen.

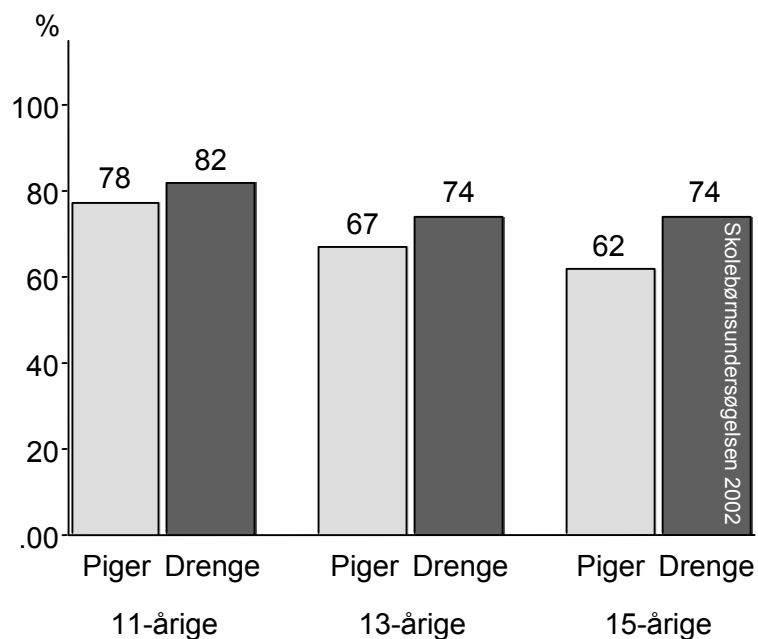


Figur 5.1.h Procent som mener at reglerne på skolen er retfærdige.

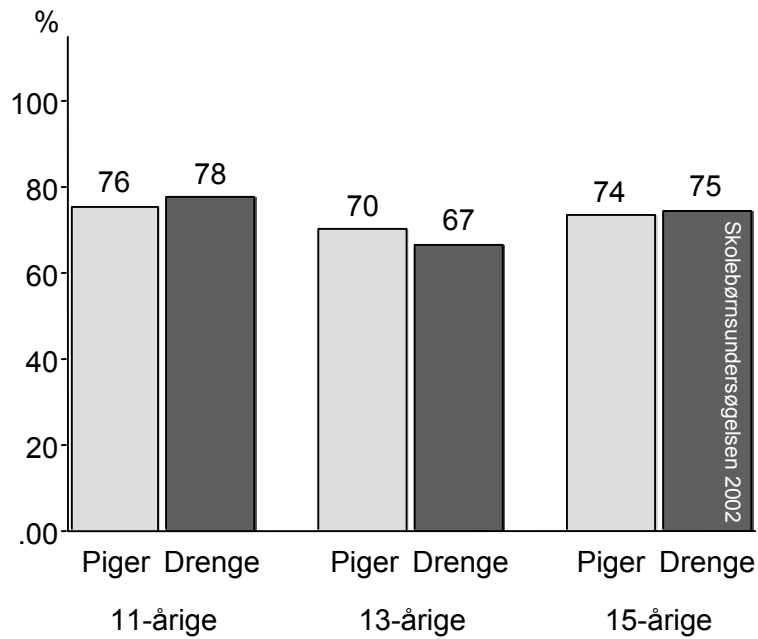


Figur 5.1.i Procent som mener at eleverne bliver behandlet for strengt på skolen.

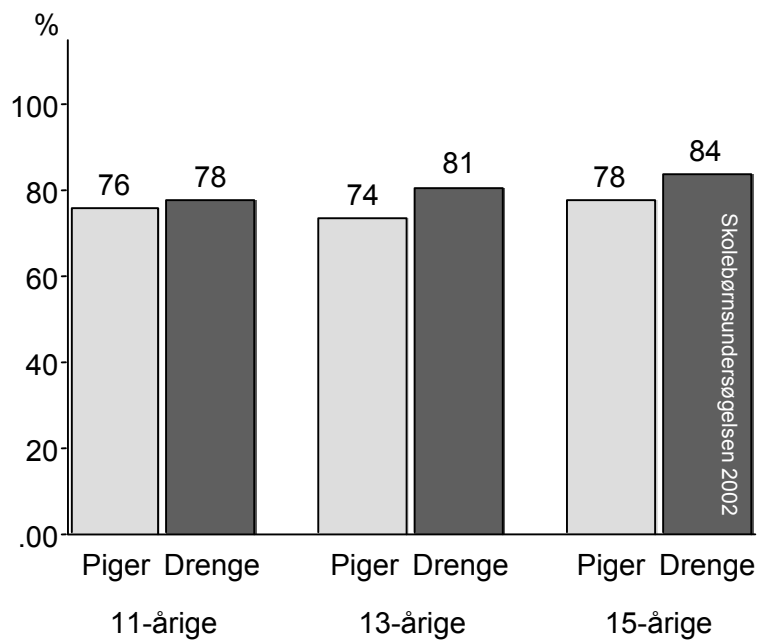
I Danmark er eleverne en del af den samme klasse igennem mange års skolegang. Det er således vigtigt, at eleverne trives i klassen, da de skal være sammen med klassekammeraterne mange år frem. I undersøgelsen er omkring 73% af eleverne enige i udsagnet ”Eleverne i klassen kan lide at være sammen”, 6% er uenige og resten er hverken enige eller uenige. Figur 5.1.j illustrerer, at der er flere drenge end piger, der er enige i udsagnet. Endvidere fremgår det af figuren, at der for både drengenes og pigernes vedkommende kan observeres et fald i andelen, der er enige i, at eleverne i klassen kan lide at være sammen, jo højere vi når op i klassetrinene. Endelig erklærer størstedelen af eleverne i femte, syvende og niende klasse sig enige i påstandene ”Eleverne i min klasse er hjælpsomme” (Figur 5.1.k) og ”Klassekammeraterne accepterer mig, som jeg er” (Figur 5.1.l).



Figur 5.1.j Procent som mener at eleverne i deres klasse kan lide at være sammen.



Figur 5.1.k Procent som mener at eleverne i deres klasse er hjælpsomme.



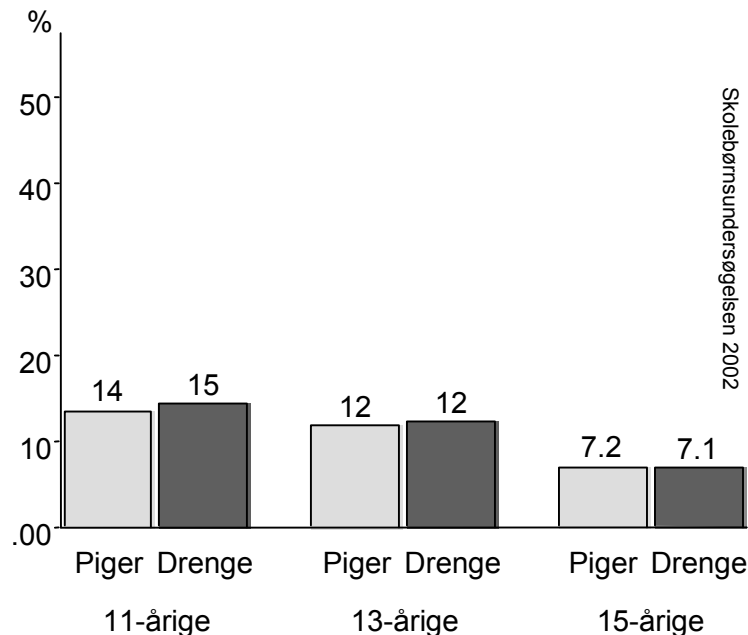
Figur 5.1.l Procent som mener at klassekammeraterne accepterer mig som jeg er.

5.2 Mobning

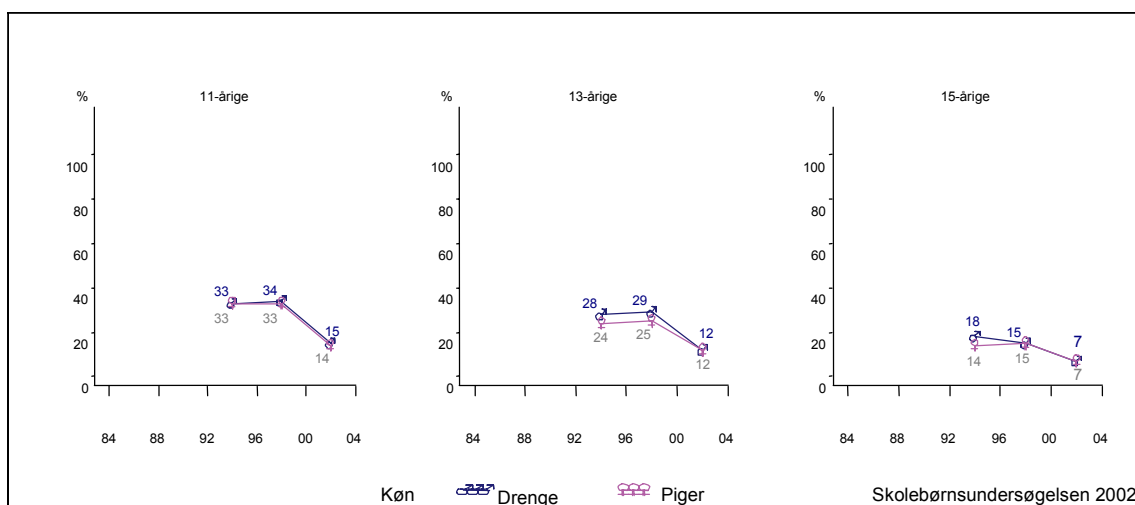
Vi har tidligere med udgangspunkt i skolebørnsundersøgelsen sat fokus på mobning. Ved hjælp af den internationale sammenligning, som den danske undersøgelse er en del af, har vi kunnet vise, at danske børn i langt højere grad end børnene i andre nordiske lande var udsat for at blive mobbet i deres skole. Samtidig har vi og andre vist, at mobning har store konsekvenser for børns trivsel, helbred og sociale funktion (Due et al 1999).

Også i 2002 er børnene blevet spurgt om mobning. Denne gang ikke med henvisning til mobning indenfor det sidste år, men derimod af forskningsmæssige hensyn, om de har været udsat for mobning indenfor de sidste to måneder. Tallene om mobning er derfor ikke umiddelbart helt sammenlignelige.

Andelen af børn som er blevet mobbet mindst 2 gange månedligt i løbet af de sidste to måneder er 11%, mens 4% er blevet mobbet ugentligt. Som det fremgår af Figur 5.2.a er der også i 2002 store forskelle mellem andelen af børn som bliver mobbet i de forskellige aldersgrupper, men ingen forskel i andelen af drenge og piger som mobbes.



Figur 5.2.a Procent som bliver mobbet mindst et par gange om måneden.



Figur 5.2.b Procent som bliver mobbet mindst et par gange om måneden.

Kurven der viser en udvikling over tid (Figur 5.2.b), viser et markant fald i andelen af børn som mobbes. Dette fald ses ikke umiddelbart i andre af de nordiske lande, på trods af den nye måde mobning måles på. Vi vurderer derfor, at der er tale om et reelt fald i mobning blandt danske skolebørn mellem 1998 og 2002. Faldet er alene sket i den gruppe af børn, som angiver at have været mobbet ”nogle gange/2-3 gange månedligt”, mens andelen af børn, som mobbes ugentligt, fortsat er 8%. Der har altså ikke været noget fald blandt de børn, som hyppigst er udsat for mobning.

Siden undersøgelsens resultat om mobning blev publiceret i april 1999 og fulgt op af bogen Mobbedreng fra Børnerådet 2000, har der både på landsplan og lokalt på amts-, kommune- og skoleniveau været fokus på mobning og mange forsøg på forebyggende indsatser. Vi håber og tror, at faldet i mobning er et resultat af denne indsats – en indsats som altså ser ud til at have været mest effektiv overfor den sjældnere mobning.

5.3 Forhold til lokalsamfundet

Børn og unge i lokalsamfundet: Der er en lang tradition for at studere sundhed og lokalsamfund. Mange kommuner og amter har i årenes løb produceret sundhedsprofiler med oplysninger om borgernes sundhed. Mange videnskabelige undersøgelser har sammenlignet lokalsamfund for at identificere befolkningsgrupper med særlig høj eller lav forekomst af sygdomme eller risikofaktorer. Man har fx set, at der var mindre karies i de lokalsamfund, hvor grundvandet havde højt indhold af fluorforbindelser.

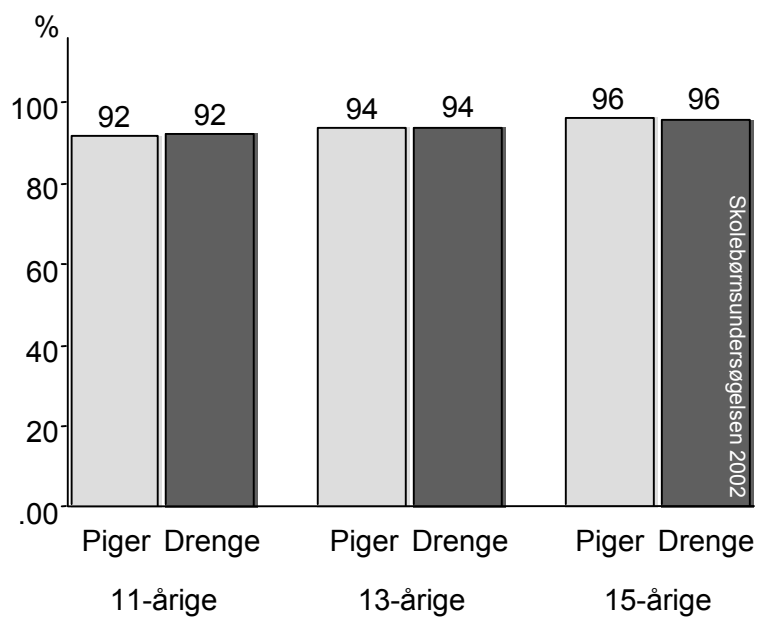
Men metoden med at sammenligne lokalsamfund har også svagheder, fordi man ikke kan skelne mellem risikofaktorer ved selve lokalsamfundet og risikofaktorer ved de mennesker, der bor i lokalsamfundet. Man skal helst kunne adskille to effekter: Den ene er påvirkningen fra selve lokalsamfundet (f.eks. den lokale sundhedspolitik, omfanget af idrætsfaciliteter, antal praktiserende læger, omfanget af forurening). Det kaldes kontekstuelle forhold. Den anden har med befolkningens sammensætning at gøre (f.eks.

andelen af befolkningen som er gamle, har belastende arbejde, er rygere). Det kaldes kompositionelle forhold. Nye studier har vist, at det sted, man bor, kan have selvstændig indflydelse på folkesundheden, dvs der er en kontekstuel effekt. Det handler ikke kun om fysiske forhold som forurening, støj og befolkningstæthed, men også om psykosociale forhold, fx tryghed, tillid og gensidig social støtte.

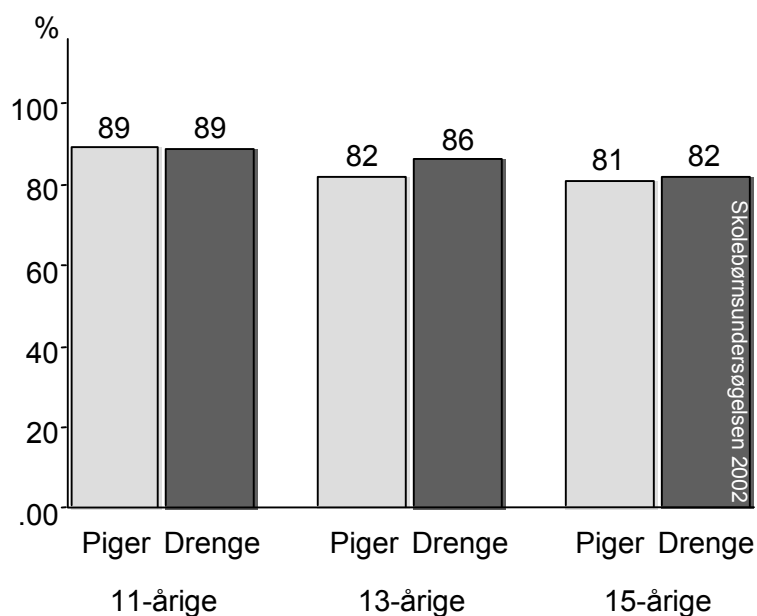
Skolebørnsundersøgelsen har indsamlet data om både kontekstuelle forhold (oplysninger fra skolelederne og data om kommunerne) og elevernes oplevelse af det lokalsamfund, hvor de bor. Her præsenterer vi data om elevernes opfattelser, men de afgørende analyser om konsekvenserne for elevernes helbred er komplicerede og endnu ikke færdige.

Vi har stillet en række spørgsmål om elevernes oplevelser af det sted, de bor. Først to spørgsmål om almen tryghed: "Jeg føler mig tryk i det område, hvor jeg bor" og "Synes du, at det område du bor i, er et godt sted at bo?". Dernæst tre spørgsmål om problemer i boligområdet: "Er der grupper af unge mennesker, som laver ballade, i det område, hvor du bor?", "Er der affald, glasskår eller gammelt skrammel, som ligger rundt omkring, i det område, hvor du bor?" og "Er der faldefærdige huse eller bygninger i det område, hvor du bor?". Desuden har vi stillet seks spørgsmål, om hvor trygt det er at bo i området. Disse seks spørgsmål er sammenvejet i et indeks for social kapital.

Der er 66,5%, som altid føler sig trygge i det område, hvor de bor, og 27,1% svarer 'det meste af tiden'. Kun 4,7% svarer 'nogle gange' og kun 1,6% 'aldrig', Figur 5.3.a viser, at både blandt piger og drenge i alle tre aldersgrupper er det alt dominerende flertal trygge i deres lokalområde. Figur 5.3.b viser, at langt de fleste børn og unge selv synes, de bor et godt sted (svarmulighederne 'meget godt sted' og 'godt sted'), men der er en vis variation med alder, idet lidt flere af de 15-årige end af de 11-årige svarer så positivt.

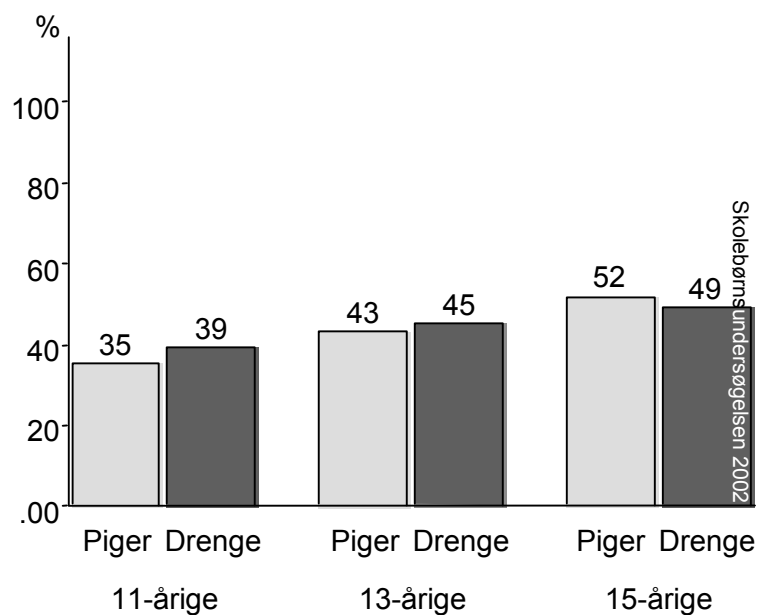


Figur 5.3.a Procent som føler sig trygge hvor de bor.

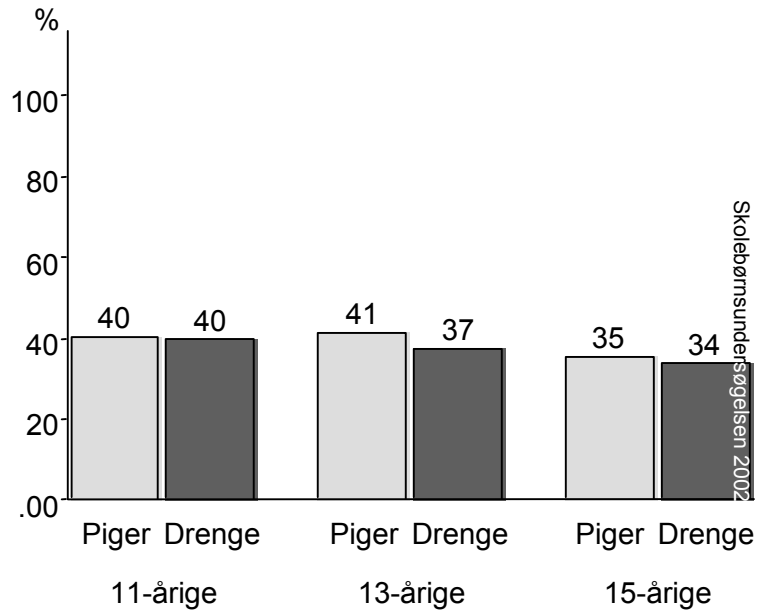


Figur 5.3.b Procent som synes de bor et godt sted.

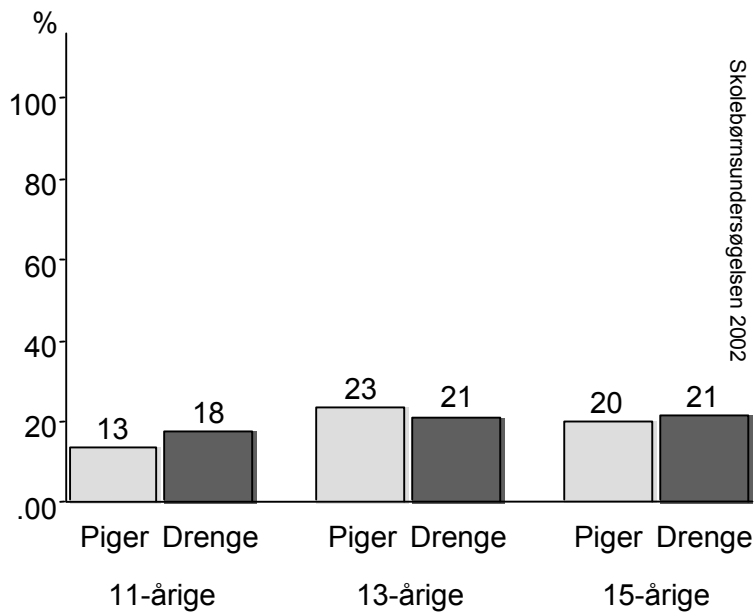
Figur 5.3.c til Figur 5.3.e viser hvor mange af eleverne, som svarer ‘en del’ eller ‘nogle’ til de tre spørgsmål om problemer i lokalsamfundet, nemlig 1) om der er grupper af unge mennesker der laver ballade, 2) om der er affald, glasskår eller gammelt skrammel, og 3) om der er faldefærdige huse i området. Lidt under halvdelen af eleverne oplever sådanne problemer, hyppigst unge mennesker der laver ballade, sjældnest faldefærdige bygninger. Der er ikke store forskelle i opfattelse mellem piger og drenge, men lidt flere af de 15-årige end af de 11-årige oplever ballade med unge mennesker i boligområdet.



Figur 5.3.c Procent med ballade i boligområde.



Figur 5.3.d Procent med affald i boligområde.



Figur 5.3.e Procent med faldefærdige huse i boligområde.

Spørgsmålene om social kapital var: “Hvor enig eller uenig er du i følgende udtalelser:”

- ‘Folk siger ‘hej’ til hinanden og stopper op og taler på vejen’
- ‘Det er trygt for børn at lege udenfor om dagen’
- ‘Man kan stole på folk, der hvor jeg bor’
- ‘Der er gode steder at være i fritiden, fx klubber, boldbaner, grønne områder’
- ‘Jeg kan spørge naboerne om hjælp, hvis jeg har brug for det’
- ‘De fleste mennesker, der hvor jeg bor, ville udnytte mig, hvis de fik chancen’

På grundlag af besvarelserne blev eleverne inddelt i fire grupper, meget høj, høj, lav, og meget lav social kapital. Vi ved endnu ikke, om kendetegn ved området har en selvstændig indflydelse på deltagernes helbred, men der er - uanset hvordan det så skal tolkes - en ophobning af unge med helbredsproblemer i de områder, som har lav social kapital. Tabel 5.3.a viser, at procentandelen af elever med mindst ét symptom dagligt stiger jo lavere social kapital, og det samme ses for procentandelen af elever med dårligt selvvurderet helbred (‘dårligt’ + ‘nogenlunde’).

Tabel 5.3.a Procent med helbredsproblemer blandt unge fra områder med høj og lav social kapital.

	Social kapital			
	Meget høj (n=1.134)	Høj (n=1.302)	Lav (n=1.156)	Meget lav (n=1.203)
Så mange procent af eleverne har...				
- mindst ét symptom dagligt	19%	20%	22%	29%
- dårligt selvvurderet helbred	10%	12%	16%	22%

6 Social ulighed

Bjørn E. Holstein

6.1 Fænomenet social ulighed i helbred

Det er velkendt inden for folkesundhedsvidenskab, at der er store sociale uligheder i helbred: De lavere sociale klasser har betydeligt højere sygelighed og dødelighed end de højere sociale klasser. De sociale uligheder i helbred viser sig i Danmark allerede fra fødslen, idet lavere sociale klasser har højere frekvens af for tidligt fødte børn og børn med fødselsskader end de højere sociale klasser (Holstein et al 1997).

Der er flere nye undersøgelser fra andre lande i Nordeuropa, som tidligere har haft store sociale uligheder i helbred blandt børn og unge, som viser at ulighederne i disse lande nu er minimale. Til gengæld har vores Skolebørnsundersøgelser gang på gang kunnet påvise store sociale uligheder i helbred, trivsel og sundhedsvaner. Det er vigtigt at følge situationen for børn og unge i Danmark, for at se om ulighederne bliver større eller mindre med tiden.

6.2 Måling af social ulighed

Grundlaget for analyserne er elevernes oplysning om deres forældres erhverv. Hvert erhverv kodes efter Socialforskningsinstituttets klassiske inddeling i fem socialgrupper fra I til V. Vi tillægger en socialgruppe VI for forældre, der lever af overførselsindkomster, f.eks. social pension eller bistandshjælp. Eleverne inddeles efter familiesocialgruppe, som defineres ved den højest placerede forælders socialgruppe. Hvis fx en kvindelig skolelærer (socialgruppe II) er gift med en mandlig lastbilchauffør (socialgruppe V), tilhører eleven familiesocialgruppe II. Vi har igennem årene konstateret, at der ikke er så store forskelle i helbred og sundhedsadfærd mellem elever fra familiesocialgruppe I og II, heller ikke mellem elever fra III og IV, og heller ikke mellem elever fra V og VI. Derfor anvendes i tabellerne herunder en forenklet inddeling i tre grupper:

Socialgruppe I-II:	Akademikere, direktører, højere funktionærer, ledere mv.
Socialgruppe III-IV:	Øvrige funktionærer og selvstændige, faglærte arbejdere
Socialgruppe V-VI:	Ikke faglærte arbejdere + lever af overførselsindkomst

Tabel 6.3.a til Tabel 6.3.c viser forekomsten af helbredsproblemer, trivsel og sundhedsadfærd efter familiesocialgruppe. Billedet ligner meget det, vi har set i de tidligere Skolebørnsundersøgelser.

6.3 Social ulighed i helbred, trivsel og sundhedsadfærd

Tabel 6.3.a viser, at for de enkelte symptomer er der ikke den store forskel i forekomst mellem børn fra de højeste, mellemste og laveste socialgrupper, men der er en meget stor forskel i det samlede mål 'har mindst et af disse symptomer dagligt'. Blandt eleverne fra socialgruppe I-II er der 17%, som har symptomer dagligt, blandt eleverne fra socialgruppe V-VI er det 27%. Den sociale ulighed viser sig også i forekomsten af skader, overvægt og selv vurderet helbred.

Tabel 6.3.b viser, at der ikke er så stor forskel i livstilfredshed mellem børn fra forskellige socialgrupper, og der er heller ikke større forskel mht skoletrivsel, dog en lille overvægt af elever fra de højeste socialgrupper, som erklærer sig enige i udsagnet 'på vores skole er der rart at være'. Men der er markant forskel mellem socialgrupperne mht mobning, idet flere elever fra de laveste socialgrupper bliver mobbet og selv mobber end elever fra de højeste socialgrupper.

Tabel 6.3.c viser forskellige indikatorer på sundhedsadfærd. Som hovedregel har elever fra lavere socialgrupper højere forekomst af risikoadfærd og lavere forekomst af sundhedsfremmende adfærd end elever fra højere socialgrupper. Tabel 6.3.c viser, at adfærdsformerne at børste tænder mindst to gange om dagen, at dyrke hård motion mindst fire timer ugentligt i fritiden, at spise frugt og grøntsager dagligt er mest udbredt blandt elever fra de højere socialgrupper. Til gengæld er dagligrygning og at drikke sodavand dagligt mest udbredt blandt eleverne fra lavere socialgrupper. Der er en markant undtagelse med hensyn til alkoholforbrug, som er mest udbredt blandt unge fra familier med høj familiesocialgruppe.

Tabel 6.3.a Procent af eleverne med helbredsproblemer efter familiesocialgruppe.

Helbredsproblem	Familiesocialgruppe		
	I-II	III-IV	V-VI
Hovedpine mindst ugentligt	21%	23%	25%
Mavepine mindst ugentligt	13%	11%	13%
Ondt i ryggen mindst ugentligt	19%	18%	22%
Ked af det mindst ugentligt	24%	25%	26%
Dårligt humør mindst ugentligt	40%	39%	38%
Nervøsitet mindst ugentligt	19%	21%	24%
Svært ved at falde i søvn mindst ugentligt	31%	31%	34%
Svimmelhed mindst ugentligt	13%	13%	15%
Mindst et symptom dagligt	17%	21%	27%
Kommet til skade seneste 12 måneder	43%	44%	50%
Tilhører højeste 10% af BMI-fordelingen (overvægt)	6%	10%	11%
Meget godt selv vurderet helbred	35%	32%	31%

Tabel 6.3.b Procent af eleverne med udvalgte trivselsindikatorer efter familiesocialgruppe.

Indikator på trivsel	Familiesocialgruppe		
	I-II	III-IV	V-VI
Høj livstilfredshed (9-10 points)	38%	38%	36%
Kan meget godt lide skolen	23%	21%	22%
Enig i udsagnet 'på min skole er der rart at være'	67%	64%	59%
Blevet mobbet mindst ugentligt i de sidste par måneder	4%	6%	10%
Mobbet andre mindst ugentligt de sidste par måneder	4%	7%	7%

Tabel 6.3.c Procent af eleverne med forskellige indikatorer på sundhedsadfærd efter familiesocialgruppe.

Indikator på sundhedsadfærd	Familiesocialgruppe		
	I-II	III-IV	V-VI
Børster tænder mindst to gange om dagen	83%	79%	73%
Dyrker mindst 4 timers hård motion ugentlig i fritiden	44%	42%	35%
Ryger	12%	13%	14%
Ryger dagligt	4%	5%	7%
Har været fuld mindst fire gange	19%	16%	15%
Drikker alkohol mindst ugentligt	21%	17%	15%
Spiser frugt dagligt	53%	48%	44%
Spiser grøntsager dagligt	62%	49%	42%
Drikker sodavand dagligt	16%	20%	22%

6.4 Social ulighed: Større eller mindre over tid?

Det er et interessant spørgsmål, om de tydelige sociale forskelle i helbred bliver større eller mindre igennem årene. Det kan vi belyse med Skolebørnsundersøgelserne, fordi vi har benyttet elever fra et tilfældigt udvalg af skoler og målt både helbred og socialgruppe på samme måde i alle seks undersøgelser fra 1984 til 2002. Her benytter vi målet 'mindst ét symptom dagligt' som udtryk for helbredsproblemer.

Tabel 6.4.a viser resultatet, og vi benytter her en lidt anderledes inddeling af socialgrupperne end i Tabel 6.3.a til Tabel 6.3.c. Bemærk især kolonnen for socialgruppe VI (forældre lever af overførselsindkomster), hvor der har været en tydelig reduktion i andelen af elever med daglige symptomer, fra 36% i 1988 til 26% i 2002. Bemærk også den højre kolonne, som viser forholdet mellem forekomsten af symptomer i de lavere socialgrupper (V og VI) i forhold til forekomsten af symptomer i den højeste socialgruppe (I). Det ser ud til, at den sociale ulighed målt i forekomsten af daglige symptomer er blevet mindre over de seneste ca. 15 år, og denne mindskede ulighed i overvejende grad kan tilskrives faldet i forekomsten af elever med daglige symptomer blandt børn af forældre udenfor arbejdsmarkedet. Der er dog fortsat betydelig social ulighed i symptombelastning.

Tabel 6.4.a Så mange procent af eleverne i de forskellige socialgrupper havde mindst ét symptom hver dag, fra 1984 til 2002.

Under-søgelsesår	Antal elever	Familiesocialgruppe				Ratio	
		I	II-IV	V	VI	VI : I	(V+VI) : I
1984/85	682	18%	22%	29%	(a)	(a)	(a)
1988	1.671	15%	21%	29%	36%	2,4	2,1
1991	1.860	12%	15%	20%	38%	3,2	2,0
1994	4.046	16%	20%	27%	34%	2,1	1,8
1998	5.205	15%	19%	24%	29%	1,9	1,7
2002	4.824	18%	20%	27%	26%	1,4	1,5

^a der var for få elever i socialgruppe VI til at foretage forsvarlige beregninger.

7 Perspektiver

Pernille Due og Bjørn E. Holstein

7.1 Hovedresultater

Undersøgelsen belyser sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold set med de 11-15-årige skoleelevers egne øjne. Det er deres synspunkter, der træder frem, deres egen beskrivelse af, hvordan de lever, og hvordan de har det. Det er en provokation for nogle, at vi benytter data fra de unge selv, og vi hører iblandt argumentet ”de unge ved ikke selv, hvor godt de har det”. For os at se er det en styrke. I den aldersgruppe ved man udmærket godt, om man har ondt, om man trives, er ensom, har fortrolige kontakter osv (Andersen & Ottesen 2002, Andersen & Kjærulf 2003, Jensen 2002).

De hovedresultater, vi har lyst til at trække frem her i afslutningen, er følgende: Det **første** er, at de fleste 11, 13- og 15-årige trives godt og er sunde og raske. Uanset hvilket emne, vi studerer, er der et flertal, som har det godt, og et mindretal, som har det dårligt. Men mindretallet er mange gange påfaldende stort, og det må tjene som udfordring for alle os, der mener, at alle børn og unge i den aldersgruppe fortjener et godt liv. Derfor handler de næste resultater om de mindre behagelige sider af undersøgelsens resultater.

Det **andet** hovedresultat er, at forbavsende store andele af eleverne lider af hyppige symptomer såsom hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, nervøsitet, indsovningsbesvær, svimmelhed, irritation og ked af det. Faktisk er der 20%, som lider af mindst et af disse symptomer hver eneste dag. Der er også store andele af eleverne, som bruger medicin mod deres symptomer flere gange hver måned. Symptombelastningen har ikke ændret sig meget gennem de mange år, vi har studeret denne aldersgruppe, men forbruget af medicin stiger hurtigt i modsætning til i voksenbefolkningen, hvor medicinforbruget er næsten konstant (omkostningerne stiger, men ikke forbruget). Det er ikke let at forklare, hvorfor der er så mange helbredsproblemer i denne aldersgruppe, fordi hovedparten formentlig er raske i medicinsk forstand. Men beskrivelsen af en børne- og ungdomsbefolkning med mange helbredsproblemer bekræftes også af andre kilder (Nielsen et al 1998, Nielsen et al 2001, Petersen et al 2000, Jensen 2002).

Det **tredje** hovedresultat er, at store dele af de 11, 13- og 15-årige har sundhedsvaner, som på længere sigt kan skade deres helbred. Også dette resultat understøttes af andre undersøgelser (Broholm et al 2002, Currie et al 2000). Der er alt for mange, som ryger, som drikker alkohol hyppigt, som motionerer for lidt, og som spiser for lidt frugt og grønt. Når vi studerer udviklingen over tid i sundhedsvaner, ser vi et lidt broget billede: Den andel af børn og unge, som spiser frugt og grønt hver dag, og som motionerer hyppigt, har været tydeligt nedadgående over de sidste 15-20 år. Drikkevanerne har været for opadgående, men med en stagnation her de seneste fire år. Rygevanerne har været på flere op og nedture, men der er en tydelig reduktion i rygning blandt 9. klasse

elever siden undersøgelsen i 1998. Vi betragter det som et udtryk for det i 2001 introducerede forbud mod rygning blandt elever i folkeskolen.

Et **fjerde** hovedresultat er, at et stort mindretal af de 11- til 15-årige har alvorlige problemer med trivsel eller alvorlige sociale belastninger, de såkaldte risikobørn (Jørgensen et al 1993). Der er et stort mindretal, der ikke er glade for deres liv, som selv synes de er for tykke, som føler sig stressede af skolearbejdet, som savner fortrolige relationer til forældre og kammerater, og som trives dårligt i skolen. Det er nok en utopi at forestille sig, at alle børn og unge skal være glade og fornøjede med deres tilværelse hele tiden, men flere af tallene er skræmmende, og vi ved fra sammenligning med andre lande, at det kan være bedre. På skoleområdet, disse unge menneskers daglige arbejdsmiljø, er det trist at observere en jævnt faldende skoletrivsel gennem de sidste 15-20 år. Til gengæld har vi noteret en meget gunstig udvikling med hensyn til mobning, idet andelen af elever, der bliver mobbet, og selv mobber andre, er stort set halveret fra undersøgelsen i 1998 til undersøgelsen i 2001. Vi tror, at denne positive udvikling skyldes den intense indsats fra fx børnerådet og i hundredvis af skoler i de aller seneste år.

Det **femte** hovedresultat er de ofte meget store kønsforskelle. På de fleste af de områder, vi har spurgt til, er der flere piger end drenge, der ikke trives: Pigerne har flere symptomer, flere problemer med deres krop og almene trivsel, mens situationen med hensyn til sundhedsadfærd er lidt mere varieret: Drengene motionerer mere end pigerne, men drikker også mere alkohol. Pigerne spiser mere frugt og grønt end drengene, men ryger også mere.

For det **sjette** ønsker vi at fremhæve, at udviklingen på en række områder går i den forkerte retning. Det er trist at se den faldende skoletrivsel, den faldende andel af unge mennesker, der spiser frugt og grønt hver dag, den stigende andel af overvægtige, og den faldende andel, der selv synes, de har et godt helbred. Til gengæld er der andre områder med en positiv udvikling: Alkoholforbruget ser ud til at være bremset lidt op, lidt færre 15-årige ryger nu end for fire år siden, og den tydelige og glædelige udvikling i mobning.

Det **syvende** hovedresultat er de store sociale uligheder i børns og unges sundhed og trivsel. Unge fra hjem med høj social status drikker mere end unge fra hjem med lav social status, men det er også den vigtigste undtagelse fra reglen om, at dårligt helbred, ringe trivsel, og risikoadfærd er mest udbredt blandt børn fra lavere socialgrupper. Disse sociale uligheder er tydelige og velkendte indenfor sundhedsforskning. De må dog ikke skygges for det hovedresultat, vi nævnte som det allerførste: Også i de lavere socialgrupper trives de fleste børn og unge godt.

7.2 Metoderne

Alle undersøgelsens resultater må naturligvis betragtes i lyset af mulige metodeproblemer. Vi har allerede gjort rede for, at det efter vor opfattelse er en styrke, at undersøgelsen bygger på svar fra eleverne. Igennem en serie indledende for

undersøgelser sikrer vi os, at eleverne kan svare på vores spørgsmål, at de forstår dem på den måde, vi har tænkt, og at de også er interesserede i at medvirke. Det er også en styrke, at undersøgelsen baseres på et tilfældigt – og dermed repræsentativt – udsnit af skoler i hele landet. Undersøgelsespopulationen er stor, hvilket giver en stor statistisk sikkerhed. Svarprocenten er høj, og skolerne viser en umådelig velvilje med hensyn til at hjælpe os med undersøgelsen. Vi ved, at det påfører skolerne et vist besvær, men alligevel stiller næsten alle de udtrukne skoler op hver gang.

Det er også en styrke, at vi har gennemført undersøgelsen på samme måde seks gange fra 1984 til 2002. Vi har udvalgt skoler på samme måde og benyttet samme spørgeskema, og derfor kan vi beskrive trends i sundhed, sundhedsvaner, trivsel og sociale forhold. Muligheden for at sammenligne med andre lande er også en perspektiv-givende side ved undersøgelsen, og stadig flere lande har fået øje på undersøgelsen og dens potentiale som informationskilde. Fra den spæde start i begyndelsen af 1980'erne, hvor der kun var fem deltagerlande, er der nu over 30 lande, som deltager i dette forskningssamarbejde.

Det tværnationale og tværvideenskabelige samarbejde i forskergruppen er også en kilde til stadig inspiration. Den danske forskergruppe rummer medlemmer med mange forskellige uddannelser og dermed mange forskellige perspektiver på børns sundhed og trivsel, fx læge, psykolog, sundhedsplejerske, tandlæge, sociolog, biolog, lærer, og folkesundhedsuddannet.

Men undersøgelsen har også svagheder. De ca. 15% af de udvalgte skoler, som ikke ønsker at medvirke, og de ca. 13% af eleverne på de medvirkende skoler, som ikke er tilstede, skaber et bortfald, som næppe er tilfældigt. Dette bortfald kan dække over elever og skoler med væsentlige styrkesider eller væsentlige problemer, som undersøgelsen dermed ikke belyser. Samtidig er der nogle spørgsmål, som eleverne har svært ved at håndtere eller forstå, især spørgsmålene om hvem de bor sammen med.

Den vigtigste svaghed ved undersøgelsen er imidlertid, at det er en tværsnitsundersøgelse: Den undersøger eleverne på et tidspunkt, følger ikke eleverne over tid. Derfor kan man ikke udtale sig om årsagsrelationer, kun om statistiske sammenhænge. Når vi fx finder en sammenhæng mellem mobning og hovedpine, så ved vi ikke, om det er mobning, som giver hovedpine, eller hovedpinen som udløser mobning. Det kan også være en helt tredje faktor, som skaber både hovedpine og mobning. Longitudinelle undersøgelser med gentagne dataindsamlinger fra de samme personer giver bedre mulighed for at afsløre årsagsmønstre.

7.3 Om at bruge undersøgelsen til at skabe forbedringer

Undersøgelser af denne art skal helst føre til forbedringer i sundhed og trivsel for unge. Der er ingen mening i at kortlægge problemer, hvis man ikke har mulighed for at bruge den indhøstede viden til noget fornuftigt. Undersøgelsen gennemføres af et universitet, som ikke i sig selv har økonomiske eller politiske muligheder for at skabe forbedringer. Det er derfor en vigtig opgave at sikre, at oplysningerne for undersøgelsen flyder til de rette instanser, fx via direkte kontakter, rapporter, artikler og foredrag. Det er derfor en

stor glæde for os, at der er så mange, der benytter data fra undersøgelsen til lokale initiativer af sundhedsfremmende karakter.

Resultater fra undersøgelsen benyttes intenst i undervisning på forskellige studier, og de spredes til mange forskellige interessenter, bl.a. gennem samarbejdet i det såkaldte "Center for empirisk forskning om børns sundhed og livsstil". Dette center er et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Danmarks Pædagogiske Universitet, og Københavns Universitets Institut for Folkesundhedsvidenskab. Dette centersamarbejde bidrager både til spredning af resultaterne og til det videnskabelige arbejde med at analysere dem.

Vi konstaterer med stor glæde, at der er mange positive udviklinger i gang i kommuner, i enkelte skoler, i forskellige centrale råd og organer. Helt overordnet mener vi dog, at børns og unges sundhed prioriteres alt for lavt i Danmark i dag. Skoleområdet er et kerneområde for udvikling af elevernes sundhed: Det er deres daglige arbejdsmiljø, som via passende pædagogiske og sundhedsfremmende foranstaltninger kan bidrage til en positiv udvikling. (Nutbeam et al 1993, Weare 2000, WHO 1997). Men skolesystemet har efter vores vurdering ikke den politiske og økonomiske opbakning, som er nødvendig for at løfte opgaven. Vi synes heller ikke, at der gøres en tilstrækkelig indsats for at sprede erfaringerne fra de mange skoler, der gør et fantastisk arbejde, til de mange, der ikke er kommet i gang endnu.

Det er også vores vurdering, at indsatsen mht sundhedsundervisning, sundhedsoplysning og andre sundhedsfremmende initiativer for børn og unge er alt for begrænset. Der er brug for at udvikle nye metoder i dette arbejde, der er brug for at udvikle en differentieret indsats for piger og drenge, for store og små elever, for elever med mange og få problemer. Den sundhedsoplysende og sundhedsfremmende indsats bør rettes mod mange af de temaer, vi beskæftiger os med i undersøgelsen: Bekæmpelsen af det ofte alt for høje alkoholforbrug, bedre spisevaner, en fortsat indsats overfor rygning, forebyggelse af skader, bedre motionsvaner, forebyggelse af fedme og overvægt, forebyggelse af den hysteriske opfattelse af sig selv som tyk selv om man er tynd, styrkelse af den almene trivsel. Det er på høje tid, at et samfund som det danske får en bevidst og aktiv politik med hensyn til sundhedsfremme for børn, en politik, der bliver bakket op med tilstrækkelige økonomiske midler og politisk begejstring.

Referencer

Andersen A, Due P, Holstein BE, Iversen L. Tracking of drinking behaviour from age 15 to 19. *Addiction*, in press.

Andersen D. Skolebørns fritid. De 7-15-åriges levekår og fritidsanvendelse i 1993 sammenlignet med 1987. København: Socialforskningsinstituttet, 1995.

Andersen D, Ottesen MH. Børn som respondenter. Om børns medvirken i survey. København: Socialforskningsinstituttet, 2002.

Andersen D, Kjærulff A. Hvad kan børn svare på? København: Socialforskningsinstituttet, 2003.

Bedre kost og mere motion. Pjece. København: Forbrugerinformation, oktober 1999.

Broholm K, Nielsen GA, Sindballe A-M, Olsen SF, Ringgaard L. Unges livsstil og dagligdag 2000 - forbrug af tobak, alkohol og stoffer. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2002.

Børn, mad & måltider. Mad og måltider – en fælles investering i sundhed og trivsel. København: Sundhedsstyrelsen, 2000.

Børns levevilkår. København: Danmarks Statistik, 2002.

Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith B, eds. Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Research Protocol for the 2001/2002 Survey. Edinburgh: University of Edinburgh, 2001 (www.hbsc.org).

Currie C, Hurrelman K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, eds. Health and Health Behaviour among Young People. Copenhagen: WHO, 2000.

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

Due EP, Holstein BE. Rygevaner blandt 11-15-årige, 1984-94. *Ugeskrift for læger* 1997; 159: 1090-3.

Due P, Holstein BE. Sundhed og trivsel blandt børn og unge. Danmarks bidrag til en international undersøgelse. København: FADL's forlag, 1997.

Fagt S, Matthiesen J, Trolle E, Lyhne N, Christensen T, Hinsch H-J, Hartkopp H, Bilstoft-Jensen A, Møller A, Daae A-S. Danskernes Kostvaner 2000-2001. Udviklingen i danskernes kost – forbrug, indkøb og vaner. København: Fødevaredirektoratet, 2002.

Glanz K, Lewis FC, Rimer BK, eds. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie C. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy* 2003; 37: 361-6.

Haugland S. School related stress, physical activity, and health complaints in adolescence (Doctoral Thesis). Bergen: University of Bergen, 2001.

Helweg-Larsen K, Larsen HB, Unges trivsel år 2002. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.

Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M. The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: CAN, 2000.

Holstein BE, Ito H, Due P. Rygevaner blandt 11-15-årige i 1988. *Ugeskrift for læger* 1990; 152: 2651-4.

Holstein BE, Iversen L, Kristensen TS. Medicinsk sociologi. København: FADL's forlag, 1997.

Ibsen KK. Rygning blandt skolelever - en landsdækkende undersøgelse af 9.000 skolebørns rygevaner. Københavns Universitet: Institut for Social Medicin, 1981.

Jensen B. Sundhed og sårbarhed. Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.

Jørgensen PS, Ertman B. Skoletrivsel blandt 11-15-årige børn i Danmark. *Nordisk Psykologi* 1997; 49 (4): 287-308.

Jørgensen PS, Holstein BE, Due P, red. Sundhed på vippen. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.

Jørgensen PS, Holstein BE, Due P, red. Sundhed på vippen. København: Hans Reitzels Forlag, 2001.

Jørgensen PS, Ertman B, Egelund N, Hermann D. Risikobørn: hvem er de - hvad gør vi? København: Socialministeriet, Det Tværministerielle Børneudvalg, 1993.

Krølner R. Skoletrivsel og helbred – er der en sammenhæng og hvad kan vi lære af skoler med høj og lav trivsel? Eksamensprojekt, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2000.

Lambert F, Leunbach G, Knudsen R. Skolebørns rygevaner. København: Landsforeningen til Kræftens Bekæmpelse, 1961.

Lyhne N, Ovesen L. Added sugars and nutrient density in the diet of Danish children. *Scandinavian Journal of Nutrition*. 1999; 43: 4-7.

Mobbedreng. København: Børnerådet, 2000.

Nielsen A, Pedersen CR, Madsen M. Børn og børnefamiliers sundhed og velfærd i Danmark - og udviklingen siden 1984. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2001.

Nielsen A, Lie HR, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark: København: DIKE, 1998.

Nutbeam D, Smith C, Moore L, Bauman A. Warning! Schools can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1993; 29 (1): 25-30.

Pape H, Hammer T. How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood? A longitudinal study of changes at aggregate and individual level. *Addiction* 1996; 91: 1345-57.

Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.

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

Samdal O. The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being. University of Bergen, 1998 [Disputats]

Sandström B, Aro A, Becker W, Lyhne N, Pedersen JL, Þórsdóttir I. Nordiska näringsrekommendationer 1996. København: Nord, 1996: 28.

Trolle E, Fagt S, Ovesen L. Frugt og grøntsager – Anbefalinger for indtagelse. København: Fødevarerdirektoratet. 1998.

Vilstrup K. Skolebørn og tobak. København: Ejnar og Meta Thorsens fond, 1973.

Weare K. Promoting mental, emotional + social health - A whole school approach. London: Routledge, 2000.

Weare K. Promoting mental, emotional + social health – A whole school approach. London: Routledge, 2000.

WHO. Promoting health through schools. WHO technical report series. Copenhagen: WHO 1997; 870: 1-93.

Publikationer fra HBSC Danmark

Amnitzbøll J. Skolemiljø og hovedpine i Danmark. En undersøgelse af psykosociale faktorer i skolemiljøets betydning for hovedpine hos 11-, 13- og 15-årige danske børn. MPH-uddannelsen ved Københavns Universitet 2003.

Andersen A, Due P, Holstein BE, Iversen L. Tracking of alcohol use from age 15 to 19. Accepteret, *Addiction* 2003.

Borup IK. Psycho social and health factors associated with the students' perceived benefit from the health dialogue. *Health Educ J* 1998; 57: 339-50.

Borup IK. Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue (disputats). Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan 1999.

Borup IK. Pupils' experiences of the annual health dialogue with the school health nurse. *Scand J Caring Sci* 1998; 12: 160-9

Borup IK. Sundhedssamtaler med skoleelever. MPH-afhandling 1995:1. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan 1995

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

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

Due P, Holstein BE. Unges sundhedsadfærd. Side 10-22 i: Samarbejde om sundhedsundervisning. København: Danmarks Lærerhøjskole 1993

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

Due P, Lynch JW, Holstein BE, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of social relations. Accepteret, *J Epidemiol Community Health* 2003.

Due P, Holstein BE, Groth MV. Spisevaner og sundhedsadfærd blandt 11-15-årige. *Ugeskr læger* 1991; 153: 984-8

Due P, Holstein BE, Borup IK. Danske skoleelever 1991 - trivsel, helbred og sundhedsvaner. Københavns Universitet, Institut for Social Medicin 1992

Due P, Holstein BE, Ito H. Helbred, sundhedsvaner og sociale forhold blandt 11-15-årige. København: FADLs Forlag 1991

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

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

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

Due P, Holstein BE, Lynch JW, Gabhain SN, Scheidt P, Currie CE. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. Indsendt til BMJ 2002.

Due P, Holstein BE, Schultz Jørgensen P. Mobning som sundhedstrussel blandt store skoleelever. Ugeskr læger 1999; 161: 2201-6.

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

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

Due P, Holstein BE. Sundhed og trivsel blandt børn og unge. København: FADLs Forlag 1997

Hansen EH, Holstein BE, Due P, Currie C. Medicine use among 11-15-year-old girls and boys: cross-sectional survey in 28 countries. Ann Pharmacother 2003; 37: 361-6.

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

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

Holstein BE, Ito H. Selvrapporeret helbred og lægemiddelforbrug. Ugeskr læger 1987; 149: 311-4

Holstein BE. Hvilket sundhedsbegreb kan sundhedsundervisningen bygge på? Side 19-27 i Jensen BB, red. Samarbejde om sundhedsundervisning. København: Danmarks Lærerhøjskole 1992.

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

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

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

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

Holstein BE, Hansen EH, Due P, Almarsdóttir AB. Medicine use among 11- to 15-year-old girls and boys in Denmark 1988-1998. Accepted Scand J Public Health.

Holstein BE, Due P, Ito H. Tandplejeadfærd blandt 11-15-årige i en sundheds sociologisk belysning. Tandlægernes nye tidsskrift 1990; 5: 252-5

Holstein BE, Ito H. Kendetegn ved børn med hyppigt forbrug af alkohol. Ugeskr læger 1987; 147: 3467-9

Holstein BE, Hansen EH, Due P. Social class variation in medicine use among adolescents. Eur J Public Health, accepteret 2002.

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

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

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

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

Jørgensen PS, Holstein BE, Due P, red. Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd. København: Hans Reitzels forlag 2001.

Jørgensen PS, Ertman B. Skoletrivsel. Nordisk Psykologi 1997; 49: 287-308.

Jørgensen PS, Due P. Mobning rammer - bredt og dybt. Ny forskning beskriver mobbeofrenes livsforhold. I Hansen HR, red. AMOR. Antimobberåd. Artikelsamling om udstødelse blandt skolebørn. Valby: Børns Vilrås forlag 2001.

Krølner R. Højtrivselsskoler. Hvad kendetegner de "rare" skoler i følge eleverne?. I Hansen HR, red. AMOR. Antimobberåd. Artikelsamling om udstødelse blandt skolebørn. Valby: Børns Vilrås forlag 2001.

Krølner R. Skoletrivsel og helbred - er der en sammenhæng og hvad kan vi lære af skoler med høj og lav trivsel?. Eksamensprojekt. Bachelor- og kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet 2000.

Lissau I, Overpeck M, Ruan WJ, Due P, Holstein BE. Body mass index, overweight and obesity in adolescents in Europe and the United States. Accepteret til Arch Pediatr Adolesc Med 2003.

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

Rass-Hansen A. Sociale belastninger og helbredsproblemer blandt unge: Hvilken betydning har sense of coherence?. MPH-uddannelsen ved Københavns Universitet 2003.

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

Rasmussen M, Damsgaard MT, Due P, Holstein BE. Rygemønstret blandt drenge og piger i den danske skoleklasse. Indsendt til Ugeskr læger, 2002.

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

Ross-Petersen L, Holstein BE, Due P. Kønsforskelle i sundhedsadfærd og selv vurderet helbred hos 11-15-årige. Ugeskr læger 1995; 157: 2447-51

Viskum H. Skole og helbred. Er der en sammenhæng mellem klassemiljø og elevers helbred. Udgivelse nr. 75. MPH-uddannelsen ved Københavns Universitet 2001.