

Temarapport

om børn indskolingsundersøgt i 2012-2013



Samarbejde mellem
sundhedsplejersker og
Statens institut for
Folkesundhed

Børns trivsel ved indskoling

Forfattere: Sanne Ellegaard Jørgensen, Maria Svendsen & Bjørn Holstein

Børns trivsel ved indskoling

Temarapport om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2012-2013

Styregruppe for Databasen Børns Sundhed:

Anne Lichtenberg, sundhedsfaglig specialkonsulent, Region Hovedstaden

Anne Mette Skovgaard, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup, Københavns Universitet

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, Sundhedsstyrelsen

Birgitte Weile, overlæge, Region Hovedstaden

Bjørn Holstein, professor, Statens Institut for Folkesundhed

Charlotte Harbou, leder af sundhedsplejen, Ballerup Kommune

Helle Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, Køge Kommune

Inga Jacobsen, sundhedsplejerske, Gentofte Kommune

Inge Kristensen, centerchef for Social og Sundhed, Ballerup Kommune

Lene Møller, ledende sundhedsplejerske, MSP, Rødovre Kommune

Pia Rønneknamp, ledende sundhedsplejerske, Brøndby Kommune

Pia Blinkenberg, faglig koordinator - Sundhedsplejerske og MVO, Roskilde Kommune

Tine Juhl, centerchef for Center for Familie og Forebyggelse, Glostrup Kommune

Tove Kepp, praktiserende læge, Rødovre Kommune

Publikationen refereres således: Ellegaard Jørgensen S, Svendsen M, Holstein BE. Børns trivsel ved indskoling. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2014.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse. Publikationen kan downloades fra internetadressen www.si-folkesundhed.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7899-274-1

Forord

Mental sundhed er et nyt og vigtigt tema i den sundhedspolitiske dagsorden. For sundhedsplejersker er det ikke et nyt tema, men et tema som de i årtier har vurderet, registreret og forsøgt at afhjælpe i tilfælde af svær mistrivsel. Men mental sundhed er et vanskeligt og mangesidet fænomen, som det er svært at beskrive systematisk. I denne rapport benytter vi data fra Databasen Børns Sundhed til at tegne et billede af mental sundhed ved indskoling.

Databasen Børns Sundhed er skabt af sundhedsplejerskerne i en række kommuner i samarbejde med det daværende Københavns Amt, nu Region Hovedstaden. Ambitionen var at gøre sundhedsplejerskernes journalføring så systematisk og kvalitetssikret, at journalerne kunne danne grundlag for at udvikle sundhedsplejen og udvikle det sundhedsfremmende arbejde i familierne.

Gode data er ikke nok. De skal også samles i en database, og de skal udnyttes til at skabe viden. De ledende sundhedsplejersker vælger hvert år et tema om de 0-1-årige, som de ønsker belyst, og de vælger et tema om indskolingsbørn, ligeledes for at skabe mere viden. I de forudgående år har vi således skabt mere viden om amning, om mors psykiske tilstand i første leveår, om motorisk udvikling, om vægtudvikling og overvægt, om passiv rygning og om søvnproblemer i første leveår. Dertil kommer, at vi nu har et bedre overblik over børns sundhed end før databasen blev en realitet.

I år har vi valgt mental sundhed som tema for studiet af indskolingsbørn. Resultatet fremlægges i denne rapport, som vi håber, kan danne baggrund for drøftelser i sundhedsplejen og i andre grupper, som er optaget af sundhedsfremme. Rapporten er skrevet af tre forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, som også er hjemsted for databasen: Sanne Ellegaard Jørgensen, Maria Svendsen og Bjørn Holstein.

Jeg vil udtrykke min store taknemmelighed for det omfattende arbejde, som sundhedsplejerskerne og de involverede kommuner udfolder for at skabe denne database. Det er mit håb, at mange flere kommuner vil tilslutte sig databasen og derved bidrage til at skabe mere viden og dokumentation om sundhedspleje som fagområde, og mere viden om børns sundhed.

Lene Møller

Ledende sundhedsplejerske, MSP

Formand for styregruppen

Resumé

Formål: Formålene med rapporten er 1) at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: lav selvvurderet almen trivsel, lav selvvurderet skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende blandt børn, som i skoleåret 2012-2013 er undersøgt af skolesundhedsplejersken ved indskoling, 2) at undersøge sammenhængen mellem disse tre indikatorer på mistrivsel og en række risikofaktorer i barnets første leveår og nuværende situation, 3) at undersøge om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle børn, og 4) at beskrive de ovennævnte forhold for hver af kommunerne.

Data: Data stammer fra sundhedsplejerskernes journaler i de tretten kommuner, som for tiden deltager i Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby. Det samlede antal børn er 6.636 hvoraf 5.816 (87,6 %) har data om selvvurderet trivsel og 5.267 (79,3 %) har data fra forældrene om relation til jævnaldrende.

Resultater: Der er fire hovedfund. Det **første** hovedfund er, at kun få børn (5,5 %) angiver lav almen trivsel, 6,5 % af drengene og 4,4 % af pigerne. Forekomsten af lav almen trivsel er let forhøjet blandt børn med følgende kendetegn ved indskolingsundersøgelsen: bor ikke sammen med begge forældre, har problemer med fysisk aktivitet, far er syg eller handicappet. Forekomsten af lav almen trivsel er ligeledes forhøjet hos de børn, hvor sundhedsplejerskerne ved indskolingsundersøgelsen har skrevet bemærkninger til barn-forældre relationen og barnets øvrige udvikling og trivsel.

Det **andet** hovedfund er, at relativt få børn (11,8 %) selv angiver problemer med skoletrivsel, 13,6 % af drengene og 10,0 % af pigerne. Forekomsten af lav skoletrivsel er let forhøjet blandt børn med følgende kendetegn ved indskolingsundersøgelsen: bor ikke sammen med begge forældre, mor er syg eller handicappet, problemer med motorik, at sundhedsplejerskerne har skrevet bemærkninger til barn-forældre relationen og barnets øvrige udvikling og trivsel. Forekomsten af lav skoletrivsel er også let forhøjet blandt børn, hvor sundhedsplejersken i første leveår havde skrevet bemærkninger til fødslen.

Det **tredje** hovedfund er, at kun 4,3 % af børnene (5,0 % af drengene og 3,4 % af pigerne) efter forældrenes vurdering har problemer i forhold til jævnaldrende. Forekomsten er meget skævt fordelt. Forekomsten er forhøjet i alle de subgrupper, som også har andre problemer ved indskolingsundersøgelsen: forældre uden erhvervstilknytning; lavt uddannede forældre; barnet bor ikke sammen med både far og mor; far er indvandrer; barnet er svært overvægtig; sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger om problemer med mad- og måltidsvaner, fysisk aktivitet, motorik, sproglig udvikling, sygdom eller handicap i familien, forældre-barn relationen, og øvrige bemærkninger til barnets udvikling og trivsel ved indskoling. Forekomsten af problemer i forhold til kammeraterne har også forbindelse til forhold noteret i journalen i barnets første leveår: bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår og bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår.

Det **fjerde** hovedfund er, at der kun er beskedent overlap mellem de tre typer af trivselsproblemer. I alt er 14,2 % af børnene registreret med ét trivselsproblem og 3,0 % har to eller tre trivselsproblemer.

Konklusion: De fleste indskolingsbørn er i god trivsel og kun et mindretal har trivselsproblemer. Disse problemer findes ofte i de grupper, som også har andre problemer. Rapporten kan hjælpe med at prioritere indsatsområder i sundhedspleje og andre faggrupper, der arbejder med skolebørns sundhed.

Indhold

1. Psykisk trivsel.....	5
2. Studiepopulation og metode.....	8
2.1 Sundhedsplejerskernes virke.....	8
2.2 Databasen Børns Sundhed	8
2.3 Datagrundlag	9
2.4 Variabelbeskrivelse.....	10
2.5 Statistiske analyser	13
3. Resultater	14
3.1 Lav almen trivsel og lav skoletrivsel	14
3.2 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende	22
3.3 Ophobning af trivselsproblemer.....	31
3.4 Manglende oplysninger	32
4. Diskussion	34
5. Trivselsdata fra hver kommune	38
5.1 Trivsel ved indskoling i Albertslund Kommune	38
5.2 Trivsel ved indskoling i Ballerup Kommune.....	41
5.3 Trivsel ved indskoling i Brøndby Kommune	44
5.4 Trivsel ved indskoling i Dragør Kommune	46
5.5 Gentofte Kommune	49
5.6 Glostrup Kommune	52
5.7 Herlev Kommune	55
5.8 Hvidovre Kommune.....	58
5.9 Høje-Taastrup Kommune	61
5.10 Køge Kommune	64
5.11 Roskilde Kommune.....	67
5.12 Rødovre Kommune.....	70
5.13 Tårnby Kommune	73
Referencer	76
Bilag 1: Logistiske regressionsanalyser.....	78
Bilag B: Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011	87

0. Formål

Psykisk trivsel beskrives i denne rapport ud fra barnets egen vurdering af almen trivsel, barnets egen vurdering af skoletrivsel samt forældrenes vurdering af barnets forhold til jævnaldrende. Formålet med rapporten er:

1. at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: lav selvvurderet almen trivsel, lav selvvurderet skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende blandt indskolingsbørn
2. at undersøge sammenhængen mellem disse tre indikatorer på mistrivsel og en række risikofaktorer i barnets første leveår og nuværende situation
3. at undersøge hvorvidt der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel, dvs. om lav almen trivsel, lav skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende ofte optræder hos de samme børn og
4. at beskrive de ovennævnte forhold for hver kommune.

1. Psykisk trivsel

Denne rapport fra Databasen Børns Sundhed sætter fokus på forskellige indikatorer for psykisk trivsel i indskolingsalderen. Begrebet psykisk trivsel opfattes i denne rapport som det, at have det godt med sig selv, samt at fungere i dagligdagen og i relationer til andre.

Psykisk trivsel har mange træk tilfælles med det overordnede begreb 'mental sundhed', der nu ofte anvendes i dansk og international faglitteratur. Ifølge Sundhedsstyrelsen dækker mental sundhed over '*en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber*'¹, en definition som er næsten identisk med WHO's definition af '*mental health*'. Denne definition præciserer, at mental sundhed har to dimensioner: Den ene er en oplevelsesdimension, oplevelse af at have det godt, fx. ikke at være ensom, ikke at have symptomer på angst og depression, følelsen af at være elsket og anerkendt, almen livstilfredshed og glæde ved det, man laver, fx arbejds- eller skoletrivsel. Den anden er en funktionsdimension, dvs. at man fungerer godt i hverdagen i forhold til skole, familie og venner. Funktionsdimensionen har ligeledes mange ansigter, fx. evnen til at fungere socialt, robusthed over for stressbelastninger, self-efficacy og handlekompetence. Denne nye brug af begrebet mental sundhed har ikke noget at gøre med begrebet psykisk sygdom. Blandt psykisk syge kan man finde personer med både god og dårlig mental sundhed. Blandt mennesker uden psykisk sygdom kan man ligeledes finde personer med både god og dårlig mental sundhed.

Denne rapport formidler resultater om begge disse dimensioner: oplevelsesdimensionen (barnets egen vurdering) og den funktionelle dimension (forældrenes vurdering af, hvorledes barnet fungerer i forhold til jævnaldrende).

Der er mindst fire vigtige grunde til at beskæftige sig med børns mentale sundhed. Én grund er, at *mental sundhed er et vigtigt sundhedspolitisk mål, både for børn, unge og voksne*.^{20,21,33} Et nyligt dokument fra EU-kommissionen formulerer et charter for mental sundhed, som blandt andet slår fast, at mental sundhed har afgørende betydning for den enkelte og for samfundet: "*Mental health is fundamental to all human and*

*social progress. It is a prerequisite to a happy and fulfilled life for individual citizens, for effectively functioning families and for societal cohesion. It enables citizens to enjoy well-being, quality of life and health. It promotes learning, working and participation in society. The level of mental health and well-being in the population is a key resource for the success of the EU as a knowledge-based society and economy".*²²

Det seneste internationale charter om emnet, Perth Charteret, fremhæver nogenlunde de samme argumenter.³⁴ Også i Danmark er mental sundhed i stigende grad kommet på den sundhedspolitiske dagsorden. Dette fokus har blandt andet resulteret i udgivelser fra Sundhedsstyrelsen om mental sundhed som begreb¹, om mental sundhed blandt børn², samt en forebyggelsespakke om mental sundhed.²⁰

En anden grund til den nye interesse for mental sundhed er en erkendelse af, at *dårlig mental sundhed har alvorlige konsekvenser for skolebørn*, fx ringere læring og meget fravær hvis de igennem længere tid oplever at have det dårligt og fungerer dårligt i hverdagen.²³ Når børnene bliver lidt ældre kan dårlig mental sundhed resultere i selvskadende adfærd og selvmordsrelateret adfærd.^{24,25} Det har alvorlige konsekvenser for skolebørnenes omgivelser, hvis de mistrives psykisk, fx. belastning af familie, venner og lærere.²⁶ Og det har alvorlige konsekvenser for samfundet i form af sygefravær for børn og forældre. Det nævnte charter fra EU fastslår, at mental sundhed i resten af livet grundlægges i de tidlige år, og at omkring halvdelen af alle psykiske lidelser viser sig allerede i ungdommen.^{21,22} Det ser ud til, at mentale sundhedsproblemer i barndom og ungdom følger personen ind i voksenlivet²⁸ og fører til en overrisiko ikke blot for dårlig mental sundhed i voksenlivet, men også for at begå selvmord^{24,25,27} og for generel overrisiko for dårligt helbred i voksenlivet.²⁸ Børn der i længere tid oplever at have lav psykisk trivsel, har blandt andet en hyppigere forekomst af skolefravær og ringere akademiske præstationer.^{6,7} Blandt lidt større skolebørn med lav skoletrivsel ses desuden en hyppigere forekomst af risikoadfærd i forbindelse med rygning, alkohol og sex.⁸

En tredje grund til at sætte fokus på skolebørns mentale sundhed er *den markante stigning i diagnosticering og medicinering af psykiske problemer*, for eksempel Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) hos blandt andet skolebørn i Danmark. I de senere år har der været en vækst på flere hundrede procent i personer henvist til udredning for ADHD i Danmark og en mindst tilsvarende stigning i behandling med Ritalin - den oftest anvendte medicin til ADHD patienter.²⁹ Det skønnes, at godt 5-7 % af alle børn i Danmark lider af ADHD, hvilket rundt regnet svarer til én elev i hver folkeskoleklasse.²⁹ Den markante stigning i diagnosticering og medicinering er formentlig et udtryk for, at samfundet i stigende grad er blevet opmærksom på mistrivsel, og måske også at samfundet i faldende grad er i stand til at rumme skolebørn med store adfærdsproblemer og psykiske vanskeligheder.^{29,30}

En fjerde grund til at være opmærksom på dårlig mental sundhed blandt skolebørn er, at *det ser ud til at være muligt at intervenere og begrænse trivsel og funktionsproblemer blandt skolebørn*. Der er stigende viden om de faktorer, der former unge menneskers mentale sundhed. Socioøkonomiske omstændigheder har stor betydning: risikoen for mentale sundhedsproblemer er således størst, hvis man lever et liv i fattigdom og med alvorlige materielle afsavn.^{4,21,31} Skolemiljøet har i den forbindelse en stor betydning. Et skolemiljø kan være inkluderende og støttende, hvilket er stimulerende for den mentale sundhed. Men et skolemiljø kan også rumme en række belastninger, der har alvorlige konsekvenser for elevernes trivsel og mentale sundhed.^{2,4} Det er nu mange undersøgelser som dokumenterer, at det er muligt at gennemføre interventioner i skoler og lokalsamfund, der kan fremme elevernes mentale sundhed og reducere omfanget af psykiske problemer blandt skolebørn.^{4,31,32}

Danske børn opholder sig en stor del af deres tid i skolen, og trivsel i skolen hænger derfor tæt sammen med barnets generelle psykiske trivsel.^{3,4,5} Ydermere er skolen en vigtig arena for barnets psykiske trivsel, idet skolen ikke kun skal sikre elevernes læring, men også deres trivsel, identitetsudvikling og udvikling af sociale kompetencer.³ Det er således vigtigt at gøre en stor indsats for at opspore problemer med mental sundhed så tidligt som muligt, således at man kan støtte barnets, dets forældre og skolen til at opnå bedre trivsel. Det overordnede formål med denne rapport er netop at bidrage med mere viden, som sundhedsplejerskerne og skolerne kan benytte til en sådan tidlig opsporing.

Der er kun få danske undersøgelser af trivsel blandt børn i indskolingsalderen. En vigtig undersøgelse fra Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (nu Statens Institut for Folkesundhed) fra 1988/89 søgte at belyse børnenes trivsel fra mange sider, ved at spørge forældrene, ved at spørge børnene selv, og ved at observere barnet ved indskolingsundersøgelsen.³⁵ Undersøgelsen omfattede 5307 børn fra 30 kommuner. Undersøgelsen belyste barnets trivsel ved spørgsmål om grundstemning, selvtillid, kontaktevne, tryghed og trivsel i hverdagen, psykisk almentilstand, aktivitet og selvstændighed. Det samlede indtryk var, at 80-90 % af børnene trivedes godt og kun ganske få direkte dårligt. Undersøgelsen benyttede et samlet trivselsscore, som sammenvejede mange af de nævnte faktorer, og heraf fremgik at 9,5 % af drengene og 6,6 % af pigerne var i dårlig trivsel. Trivselproblemerne var mere udbredte blandt børn i indvandrerfamilier, børn hvis forældre var ude af erhverv, og børn i eneforsørgerfamilier.

Et nyere bidrag er de undersøgelser, som løbende gennemføres af Dansk Center for Undervisningsmiljø. Den seneste undersøgelse fra 2012 belyste børns skoletrivsel ved at spørge dem selv med et enkelt, elektronisk spørgeskema. Hovedindtrykket er, at 80-90 % af eleverne i 0.-3. klasse trives godt med deres skole og lærere og kun omkring 2 % trives decideret dårligt.³⁶

2. Studiepopulation og metode

2.1 Sundhedsplejerskernes virke

Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsplejerskearbejdet i de danske kommuner. Der stilles lovkrav om almen indsats til alle børn og yderligere indsats til børn med særlige behov. På skoleområdet stilles krav om ind- og udskolingsundersøgelser samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem skoletiden. Sundhedsplejerskens opgaver er blandt andet ”funktionsundersøgelser og regelmæssig kontakt med børn og unge i den undervisningspligtige alder samt deres forældre, herunder gennemførelse af de lovpligtige ind- og udskolingsundersøgelser – efter kommunalbestyrelsens beslutning”.¹⁰

Ind- og udskolingsundersøgelser gennemføres i nogle kommuner af en kommunallæge, men i de fleste kommuner af sundhedsplejersker. Formålet med indskolingsundersøgelsen er at vurdere barnets helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Det er obligatorisk at undersøge syn, hørelse, vægt, højde, motorik, sprog, søvn og sociale relationer. Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom, henvises barnet til udredning hos praktiserende læge.¹⁰

Sundhedsplejens indsats i skolealderen tjener et vigtigt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende formål. Dette gøres ved at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel.¹⁰ Næsten alle børn i den skolepligtige alder deltager i de undersøgelser, der findes i skoleregion. Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne kan give et billede af sundheden, som er dækkende for indskolingsbørnene i de deltagende kommuner.

2.2 Databasen Børns Sundhed

Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børns sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Databasen indeholder data om nul til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 er databasen suppleret med data om indskolingsbørn. Formålet med databasen er 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af sundhedsplejens ydelser og 4) skabe basis for videnskabelige projekter.

Der er siden 2002 lavet årlige sundhedsprofiler om børn i Databasen Børns Sundhed for 0-1-årige og siden 2008 også for indskolingsbørn. Siden 2011 er der desuden udarbejdet temarapporter om emner udvalgt af de ledende sundhedsplejersker. For spædbørn findes temarapporter om amning [11], mors psykiske tilstand¹² og søvnproblemer.¹³ For indskolingsbørn findes temarapporter om motoriske vanskeligheder¹⁴ og vægtstatus.¹⁵ Bilag 2 viser rapporter fra Databasen Børns Sundhed siden 2010.

Data i Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af en kvalitetsudviklet sundhedsplejerskejournale, hvor sundhedsplejerskerne følger en ensartet praksis og systematisk noterer sammenlignelige data om barnet, familien og sundhedsplejens ydelser. Brugen af journalen er beskrevet i en detaljeret manual, som har eksisteret gennem hele databasens levetid.

2.3 Datagrundlag

Denne temarapport bygger på sundhedsplejerskejournaler fra de tretten kommuner, som for tiden deltager i Databasen Børns Sundhed: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Rødovre, Roskilde og Tårnby. Disse kommuner har indsendt data fra elektroniske sundhedsplejerskejournaler om indskolingsundersøgelser gennemført i skoleåret 2012-2013.

Fra disse tretten kommuner er der indsendt journaldata fra indskolingsundersøgelser af 7.944 børn i 2012-2013. Nogle få journaler med ugyldige cpr-numre udgår. Desuden udgår alle dubletter fra datasættet, således at hvert barn kun indgår i databasen én gang. Dubletter opstår for eksempel for børn, der flytter fra en kommune til en anden og optræder med journaldata i to kommuner. Det samlede antal børn er herefter 6636. Antallet af børn i analyserne varierer fra tema til tema. Af de 6.636 børn har 5.816 (87,6 %) data om selvvurderet trivsel og 5.267 (79,3 %) har information om relation til jævnaldrende. De analyser, der inddrager forhold i barnets første leveår, omfatter de 3.355 børn, hvorom der også er data fra spædbarnsalderen. Tabel 2.1 nedenfor viser antal børn med de forskellige informationer i de enkelte kommuner og i den samlede population.

For de fleste kommuner er der næsten lige mange børn i første og tredje kolonne. Det gælder fx Albertslund med 279 børn i første kolonne og 217 børn i tredje kolonne. Det viser, at de fleste indskolingsbørn i Albertslund kommune har boet i kommunen siden deres første leveår. I Køge og Roskilde er der stor forskel på antal børn i første og tredje kolonne. Det skyldes, at Køge og Roskilde først for nylig har tilmeldt sig Databasen Børns Sundhed. Der findes altså ikke data om disse børn fra første leveår undtagen for disse 58 og 34 børn, som boede i en af databasekommunerne i første leveår.

Tabel 2.1 Oplysninger om selvvurderet trivsel, relation til jævnaldrende og data fra første leveår

Kommune	Oplysninger om almen trivsel og skoletrivsel	Oplysninger om vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende	Oplysninger fra første leveår
Albertslund	279	277	217
Ballerup	462	464	375
Brøndby	258	254	226
Dragør	148	158	132
Gentofte	1012	986	563
Glostrup	191	189	154
Herlev	240	240	188
Hvidovre	539	535	354
Høje-Taastrup	502	495	423
Køge	665	681	58
Roskilde	658	135	34
Rødovre	359	353	282
Tårnby	503	500	349
Hele populationen	5.816	5.267	3.355





2.4 Variabelbeskrivelse

Selvurderet trivsel





Inden indskolingsundersøgelsen modtager børn og forældre en indbydelse til undersøgelsen og et helbredsspørgeskema. I denne forbindelse bliver barnet bedt om at vurdere udsagnene 'sådan har jeg det for det meste' (almen trivsel) og 'sådan har jeg det for det meste i skolen' (skoletrivsel). Dette gøres på baggrund af skemaet nedenfor, hvor barnet vurderer egen trivsel ud fra ansigter med forskellige sindsstemninger, gående fra 'meget glad' til 'ikke glad'. Børn der angiver, at de for det meste er 'midt i mellem' eller 'ikke glad' betegnes i denne rapport som havende henholdsvis lav almen trivsel og lav skoletrivsel. I de fleste af kommunerne har barnet svaret på spørgsmålene hjemmefra, og ved samtalen har sundhedsplejersken så mulighed for at tale med barnet om, hvorfor det har svaret, som det har. Dette kan i visse tilfælde medføre, at barnet og sundhedsplejersken i fællesskab beslutter at flytte afkrydsningen.

Barnets perspektiv på dele af egen sundhed og trivsel

Sådan har jeg det for det meste:

Meget glad.  Glad  Midt i mellem  Ikke glad 

Sådan har jeg det for det meste i skolen:

Meget glad  Glad  Midt i mellem  Ikke glad 

Relation til jævnaldrende

I spørgeskemaet forud for undersøgelsen besvarer forældrene fem spørgsmål vedrørende barnets forhold til jævnaldrende. Spørgsmålene stammer fra den danske version¹⁷ af det validerede og internationalt anvendte spørgeskema *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), der er udviklet i USA af psykolog Robert Goodman i 1999 og siden udgivet i en valideret dansk version.¹⁷ SDQ-skemaet er et standardiseret værktøj til måling af børn og unges sociale og psykiske styrker og vanskeligheder. Skemaet indeholder 25 udsagn, der dækker fem temaer: 1) emotionelle problemer, 2) adfærdsproblemer, 3) hyperaktivitet, 4) vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende samt 5) prosocial adfærd. SDQ kan anvendes både til selvrapportering (11-16-årige), til forældres bedømmelser af barnet (3-16-årige), samt til læreres - vurderinger af barnet (4-16-årige). I indskolingsjournalen indgår underskalaen *Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende*, der omfatter nedenstående fem udsagn vedrørende barnets forhold til jævnaldrende i de seneste seks måneder:

Er lidt af en enspænder, leger mest alene	<input type="checkbox"/> Passer ikke	<input type="checkbox"/> Passer delvis	<input type="checkbox"/> Passer godt
Har mindst én god ven	<input type="checkbox"/> Passer ikke	<input type="checkbox"/> Passer delvis	<input type="checkbox"/> Passer godt
Er generelt vellidt af andre børn	<input type="checkbox"/> Passer ikke	<input type="checkbox"/> Passer delvis	<input type="checkbox"/> Passer godt
Bliver mobbet eller drillet af andre børn	<input type="checkbox"/> Passer ikke	<input type="checkbox"/> Passer delvis	<input type="checkbox"/> Passer godt
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn	<input type="checkbox"/> Passer ikke	<input type="checkbox"/> Passer delvis	<input type="checkbox"/> Passer godt

Forældrene har typisk besvaret spørgsmålene hjemmefra og ved samtalen med sundhedsplejersken har man mulighed for at gennemgå spørgsmålene. Forældrene vurderer hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: *passer ikke*, *passer delvist* og *passer godt*. Hvert spørgsmål giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. Ved bearbejdning af data summeres disse til en samlet score fra nul til ti. En score på 0-2 points defineres som "inden for normalområdet", en score på 3 points som "grænseområdet", og en score på 4-10 points "uden for normalområdet". Børn der scorer uden for normalområdet betegnes i rapporten som havende vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. På <http://www.sdqinfo.com> findes en oversigt over scoring og pointtildeling for hele SDQ-skemaet.

Sociodemografiske faktorer

Forældres erhvervsstilknytning er baseret på oplysninger om hvorvidt henholdsvis mor og far aktuelt er i arbejde eller ej. Oplysninger om erhvervsstatus udfyldes kun, hvis der ved indskolingsundersøgelsen er ændringer i forhold til spædbarnsjournalen. Her benyttes data fra spædbarnsjournalen suppleret med nye oplysninger, hvis sådanne findes. Forældres erhvervsstatus er inddelt i tre kategorier: 1) *To forældre med erhvervsstilknytning*, 2) *én forælder med erhvervsstilknytning* og 3) *ingen forældre med erhvervsstilknytning*.

Forældrenes uddannelse beskrives på baggrund af oplysninger om antal års skolegang indhentet fra spædbarnsjournalen, hvorfor disse data kun findes for børn med spædbarnsdata. Forældre uddannelse er inddelt i tre kategorier: 1) *To forældre med mere end 10 års skolegang*, 2) *én forælder med mere end 10 års skolegang* og 3) *ingen forældre med mere end 10 års skolegang*.

Familietype er baseret på oplysninger om hvem barnet bor sammen med og er inddelt i kategorierne: 1) *Bor sammen med begge forældre* og 2) *anden familietype* (mor og far på skift, sammenbragt familie mv.).

Indvandrerstatus er baseret på information fra spædbarnsjournalen og findes således kun for børn med data fra første leveår. Mors og fars indvandrerstatus er kategoriseret i: 1) *dansk (inklusive uoplyste)*, 2) *førstegenerationsindvandrer* og 3) *anden- eller tredjegenerationsindvandrer*.

Faktorer relateret til fødslen og det første leveår

Gestationsalder er indhentet fra fødselsanmeldelsen og er inddelt i kategorierne 1) *under 37 uger* og 2) *mindst 37 uger*. Således indeholder den første kategori både de for tidligt fødte (33-36 uger), de meget for tidligt fødte (29-32 uger) og ekstremt for tidligt fødte (20-28 uger).

Fødselsvægt er ligeledes indhentet fra fødselsanmeldelsen og er inddelt i kategorierne: 1) *under 2500 gram* og 2) *minimum 2500 gram*.

Bemærkninger til fødslen: Ved etableringsbesøget registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger i forbindelse med fødslen. Bemærkninger til fødslen dækker over komplikationer, dårlig fødselsoplevelse og andet. Variablen har to værdier, bemærkninger til fødslen: ja eller ej.

Mors psykiske tilstand i første leveår: Sundhedsplejersken vurderer mors psykiske tilstand ved fire besøg i løbet af barnets første leveår. Det registreres i journalen, om moren er ked af det/trist, angst, søvnproblemer, 'problemløs' (det vil sige, at moren negligerer åbenlyse problemer) eller andet. Mors psykiske tilstand kategoriseres ved antallet af besøg med mindst én bemærkning i barnets første leveår, og er inddelt i følgende kategorier: 1) *Ingen besøg med bemærkninger*, 2) *ét besøg med bemærkninger* og 3) *to eller flere besøg med bemærkninger til mors psykiske tilstand*.

Forældre-barn kontakt og samspil i første leveår: Ved de fire besøg i barnets første leveår vurderer sundhedsplejersken, om der grund til at være opmærksom eller urolig i forhold til forældre-barn kontakt og samspil. Dette kan være i forbindelse med pasning og pleje, afpasning af aktiviteter efter barnets behov, forståelse af og handling på baggrund af barnets og søskendes signaler og følelsesmæssige behov og andet. Forældre-barn kontakt og samspil kategoriseres ligeledes efter antallet af besøg med en eller flere bemærkninger i første leveår i følgende: 1) *Ingen besøg med bemærkninger*, 2) *ét besøg med bemærkninger* og 3) *to eller flere besøg med bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil*.

Faktorer ved indskolingen

Vægtstatus ved indskoling er baseret på sundhedsplejerskens måling af børnenes højde og vægt ved indskolingsundersøgelsen. Det er vanskeligt at måle under- og overvægt hos børn, da der ikke er samme internationale enighed om klassifikationen som blandt voksne. Der findes forskellige højde-/vægtkurver og forskellige køns- og aldersrelaterede BMI-kurver samt forskellige traditioner for valg af percentiler på vækstkurverne for undervægt, overvægt og svær overvægt. I denne temarapport anvendes BMI-referencer for børn i alderen 2 til 18 år, udviklet af the International Obesity Task Force (IOTF).^{18, 19} Vægtstatus ved indskoling er inddelt 1) *normalvægtig*, 2) *overvægtig* og 3) *svært overvægtig*.

Mad- og måltidsvaner: I forhold til barnets mad- og måltidsvaner, registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til én eller flere af følgende kategorier: morgenmad og frokost, mellemmåltider, sukker/slik, søde drikke, frugt/grønt, mælk, tid til at spise på skolen samt andet. En bemærkning til mad og måltidsvaner gives eksempelvis, hvis mellemmåltider skønnes at tage appetitten fra de øvrige måltider, eller hvis barnet ikke spiser frugt og grønt svarende til anbefalingerne. Mad- og måltidsvaner er kategoriseret efter, om der er bemærkninger eller ej.

Fysisk aktivitet: Sundhedsplejersken vurderer i samarbejde med forældrene barnets gennemsnitlige aktivitetsniveau, og registrerer en bemærkning hvis barnet er fysisk aktiv i mindre end en time om dagen. Fysisk aktivitet er kategoriseret efter, om der er bemærkninger eller ej.

Motorik: Ved indskolingsundersøgelsen gennemfører sundhedsplejersken en test af barnets motoriske færdigheder. I den motoriske test vurderer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet har en aldersvarende udvikling i forhold til følgende motoriske funktioner: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre hhv. venstre ben, kaste bold med højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Informationen er inddelt efter, om der er bemærkninger til motorik eller ej.

Sproglig udvikling: Sundhedsplejersken vurderer barnets sproglige udvikling ved indskolingsundersøgelsen, og kan registrere bemærkninger til udtale, stammen, ordforråd og evne til at stille spørgsmål. Sproglig udvikling er kategoriseret efter, om der er bemærkninger eller ej.

Sygdom og handicap hos barnet: I journalen kan sundhedsplejersken registrere, om barnet har handicap eller sygdom. Feltet skal kun udfyldes i indskolingsjournalen, hvis der er ændringer i forhold til spædbarnsjournalen. Her benytter vi data fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen, og informationen er inddelt i 1) *Ingen sygdom/handicap* og 2) *sygdom/handicap hos barnet*.

Sygdom/handicap hos forældre: Sundhedsplejersken kan ligeledes registrere information om fysisk eller psykisk sygdom eller handicap hos mor og far, hvis der er ændringer i forhold til tidligere oplysninger. Information om sygdom/ handicap hos mor og far stammer fra spædbarnsjournalen, hvis data ikke findes i indskolingsjournalen, og er kategoriseret således: 1) *Ingen sygdom/handicap* og 2) *sygdom/handicap hos mor/far*.

Forældre-barn relation: Sundhedsplejersken registrerer eventuelle bemærkninger til kontakten mellem barn og forældre i indskolingsjournalen. Bemærkningerne dækker over indbyrdes kontakt og samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg og andet, og information om forældre-barn er inddelt efter, om der er bemærkninger eller ej.

Øvrig udvikling og trivsel: Sundhedsplejersken vurderer øvrig udvikling og trivsel på baggrund af observationer af og kontakt til barnet. Sundhedsplejersken kan registrere, at barnet er trist, urolig/ukoncentreret, kontaktsøgende, påfaldende stille og mangler øjenkontakt samt bemærkninger til hygiejne eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis barnet er så genert, at det påvirker dets udfoldelsesmuligheder, og informationen er inddelt efter, om der er bemærkninger til øvrig udvikling og trivsel eller ej.

2.5 Statistiske analyser

Temaet om trivsel blandt indskolingsbørnene undersøges i tre trin:

1. Først beskrives forekomsten af lav almen trivsel, lav skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende.
2. Herefter beskrives lav almen trivsel, lav skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende i forhold til andre udvalgte variable: a) sociodemografiske faktorer, b) faktorer målt i første leveår og c) faktorer ved indskolingen. Det giver et meget stort antal tabeller, hvoraf de fleste er trivielle fordi der ikke er større forskel mellem grupperne. I de tilfælde hvor der er statistisk signifikant ophobning af trivselsproblemer i nogle grupper, vises resultaterne i søjlediagrammer.
3. I tredje trin undersøges disse sammenhænge ved hjælp af multivariate logistiske regressionsanalyser hvor der tages højde for forstyrrende indflydelse af andre faktorer. Resultaterne fra disse analyser omtales i teksten og de tilhørende tabeller findes i bilag 1.

Analyserne af sammenhænge omfatter kun børn med oplysninger om trivsel og forholdet til jævnaldrende, det vil sige 87,6 % og 79,3 % af de indskolingsundersøgte børn. I søjlediagrammerne er procentandelene beregnet som andelen af børn med oplysninger om den pågældende variabel. I afsnit 3.4 ses en oversigt over andelen af uoplyste for de forskellige anvendte variable.

3. Resultater

3.1 Lav almen trivsel og lav skoletrivsel

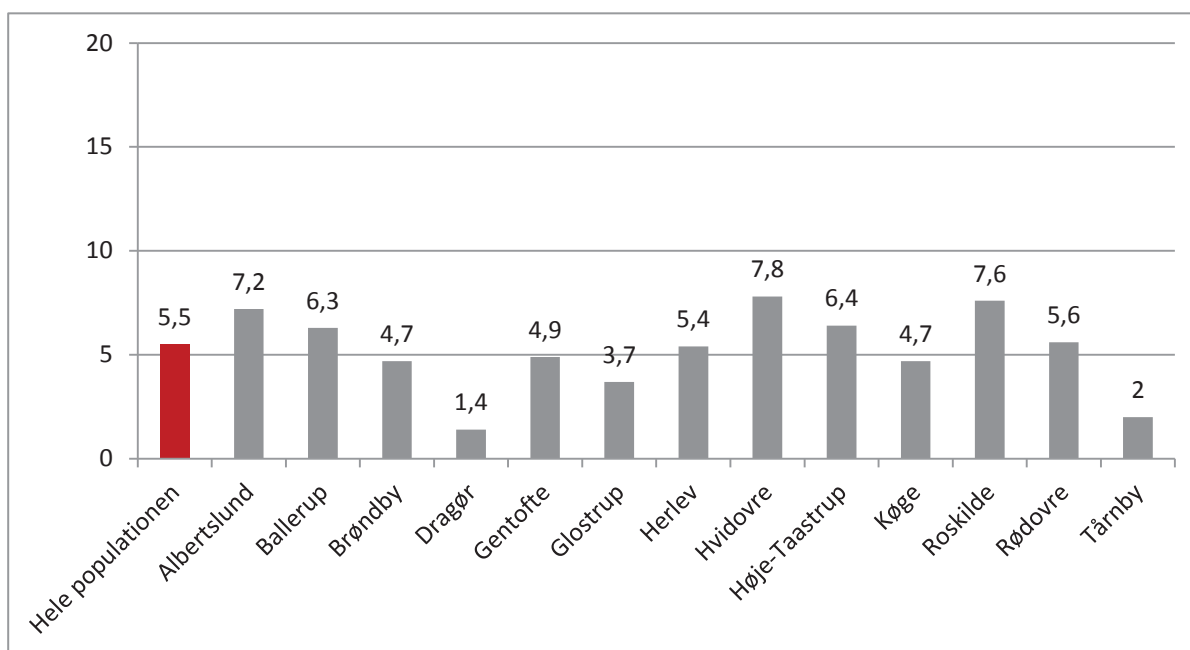
Forekomst

Tabel 3.1 viser forekomsten af lav almen trivsel og lav skoletrivsel. Blandt de 5.816 børn med information om trivsel har 5,5 % lav almen trivsel og 11,8 % har lav skoletrivsel. Forekomsten af lav almen trivsel varierer fra 1,4 % i Dragør Kommune til 7,8 % i Hvidovre Kommune, mens andelen af børn der med lav skoletrivsel varierer fra 6,7 % i Rødovre Kommune til 17,8 % i Hvidovre Kommune. Figur 3.1 og 3.2 på næste side viser - kommune for kommune - hvor mange procent af indskolingsbørnene som har lav almen trivsel og lav skoletrivsel.

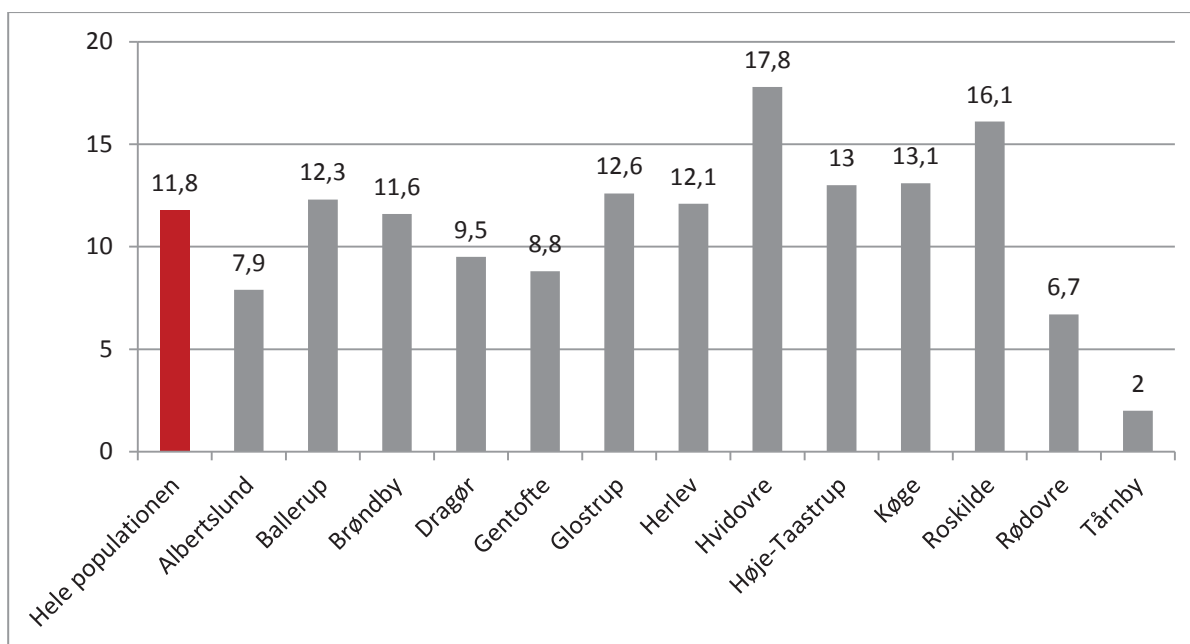
Tabel 3.1 Lav almen trivsel og lav skoletrivsel, absolutte tal og procent

Kommune (antal børn)	Lav almen trivsel n (%)	Lav skoletrivsel n (%)
Albertslund (n=279)	20 (7,2 %)	22 (7,9 %)
Ballerup (n=462)	29 (6,3 %)	57 (12,3 %)
Brøndby (n=258)	12 (4,7 %)	30 (11,6 %)
Dragør (n=148)	2 (1,4 %)	14 (9,5 %)
Gentofte (n=1012)	50 (4,9 %)	89 (8,8 %)
Glostrup (n=191)	7 (3,7 %)	24 (12,6 %)
Herlev (n=240)	13 (5,4 %)	29 (12,1 %)
Hvidovre (n=539)	42 (7,8 %)	96 (17,8 %)
Høje-Taastrup (n=502)	32 (6,4 %)	65 (13,0 %)
Køge (n=665)	31 (4,7 %)	87 (13,1 %)
Roskilde (n=658)	50 (7,6 %)	106 (16,1 %)
Rødovre (n=359)	20 (5,6 %)	24 (6,7 %)
Tårnby (n=503)	10 (2,0 %)	44 (8,8 %)
Hele populationen (n=5.816)	318 (5,5 %)	687 (11,8 %)

Figur 3.1 Så mange procent af indskolingsbørnene har lav almen trivsel



Figur 3.2 Så mange procent af børnene har lav skoletrivsel



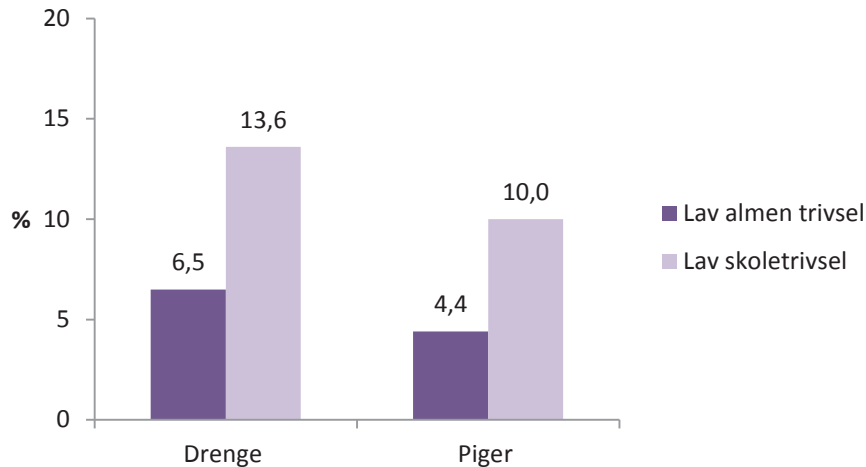
Karakteristik af børn med lav trivsel

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer som viser, hvordan lav almen trivsel hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer i forhold til hvor mange børn, der har oplysninger om den givne variabel. Antallet (n) angives over hver figur. Der vises kun figurer, hvor der er signifikant forskel mellem subgrupper af børn.

Sociodemografiske faktorer

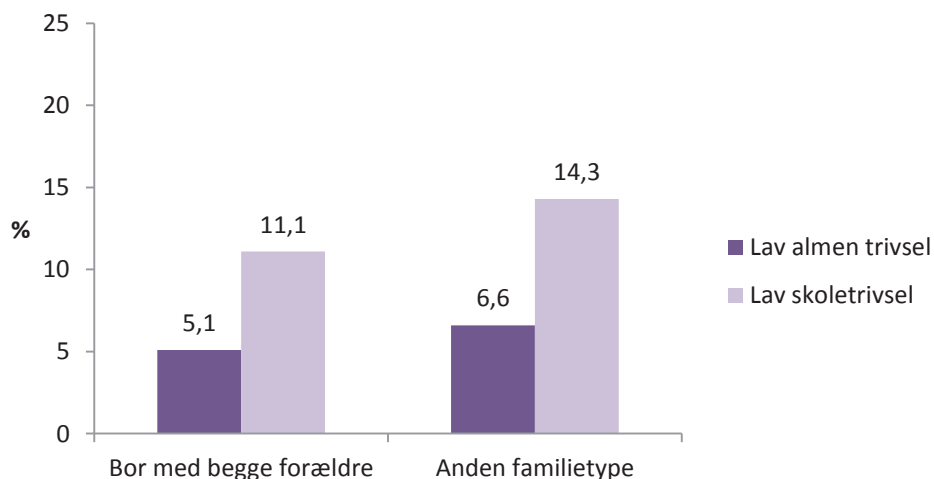
Figur 3.3 viser forekomsten af lav selv vurderet trivsel efter køn. Der er en lidt højere forekomst af lav almen trivsel og lav skoletrivsel blandt drenge end piger, og denne kønsforskel er signifikant. Der er ingen forskel i almen trivsel/skoletrivsel mellem forældre med og uden erhvervstilknytning eller forældre med kort og lang uddannelse. Der er heller ingen signifikante forskelle i trivsel mellem danske og indvandrere.

Figur 3.3 Kønsopdelt forekomst af lav trivsel, n=5.816



Figur 3.4 viser, at forekomsten af lav almen trivsel og lav skoletrivsel er højere blandt børn med en anden familietype end blandt børn, der bor sammen med begge forældre. Tendens bliver bekræftet de multivariate analyser, hvor børn med en anden familietype har signifikant højere risiko (odds) for både lav almen trivsel og lav skoletrivsel, selv når der tages højde for de øvrige sociodemografiske faktorer.

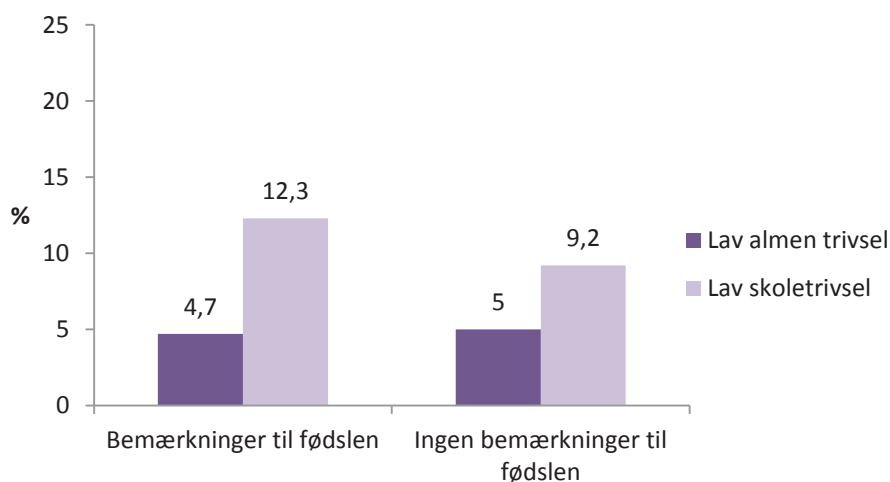
Figur 3.4 Lav trivsel efter familietype, n=5.619



Faktorer relateret til fødslen og det første leveår

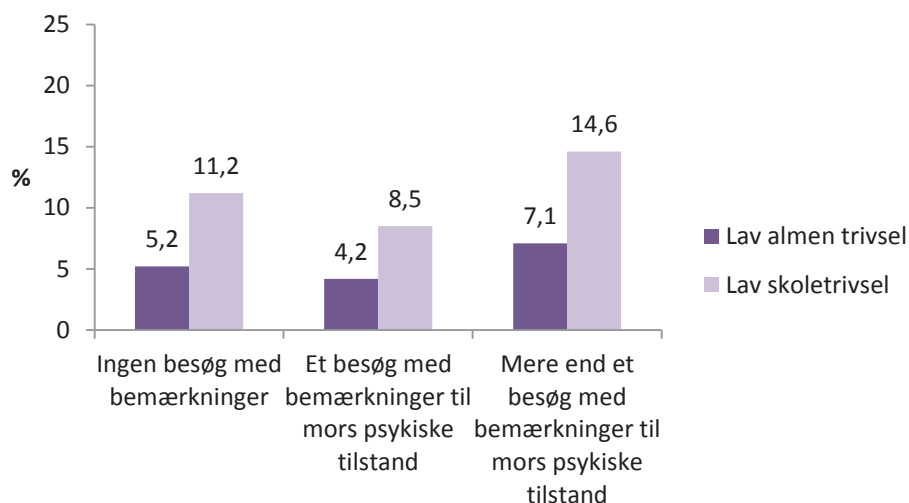
Der er ingen forskelle i almen trivsel/skoletrivsel mellem for tidligt fødte børn og børn født til tiden. Der er heller ingen forskelle mellem børn med høj og lav fødselsvægt. Figur 3.5 viser forekomsten af lav trivsel i forhold til bemærkninger til fødslen, som sundhedsplejersken har noteret i journalen i barnets første leveår. Bemærkninger til fødslen kan, som beskrevet i metodeafsnittet, dække over komplikationer ved fødslen, dårlig fødselsoplevelse eller andet. Af figuren ses, at forekomsten af lav skoletrivsel er højere blandt børn registreret med bemærkninger til fødslen (12,3 %) end blandt børn uden bemærkninger (9,0 %). For almen trivsel er der ingen sammenhæng med bemærkninger til fødslen. De multivariate analyser bekræfter, at bemærkninger til fødslen hænger sammen med højere risiko (odds) for lav skoletrivsel.

Figur 3.5 Lav trivsel efter bemærkninger til fødslen, n=2.549



Nedenstående figur 3.6 viser forekomsten af lav trivsel efter mors psykiske tilstand i barnets første leveår. Den største variation ses for skoletrivsel: Blandt de børn, hvor sundhedsplejersken har haft bemærkninger til mors psykiske tilstand mindst to gange i første leveår, er der 14,3 % med lav skoletrivsel. Denne forekomst er signifikant forhøjet. Der er ingen signifikant forskel i almen trivsel. Der er ingen sammenhæng mellem bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår og trivsel ved indskoling.

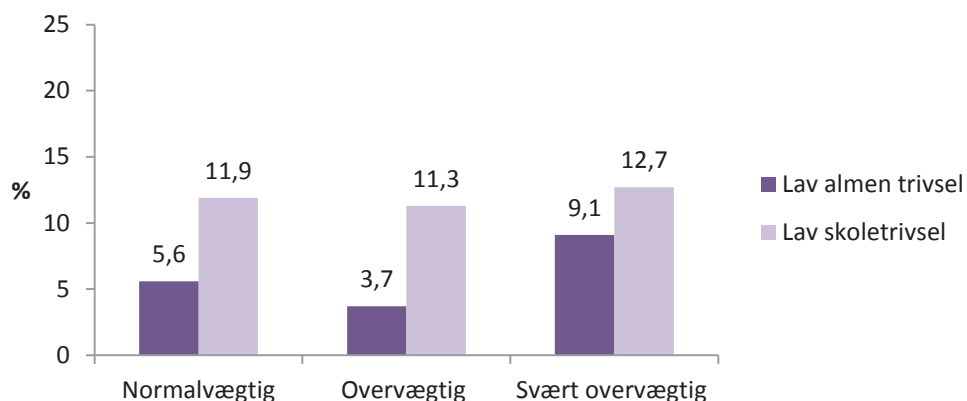
Figur 3.6 Lav trivsel efter mors psykiske tilstand i spædbarnsalderen, n=3.043



Faktorer ved indskolingsundersøgelsen

Nedenstående figur 3.7 viser forekomsten af lav trivsel efter vægtstatus. Ved kategorisering af børnenes vægtstatus ved indskolingsundersøgelsen var 679 børn (11,0 %) overvægtige og 131 børn (2,1 %) svært overvægtige. Forekomsten af lav almen trivsel er stort set den samme for normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige.

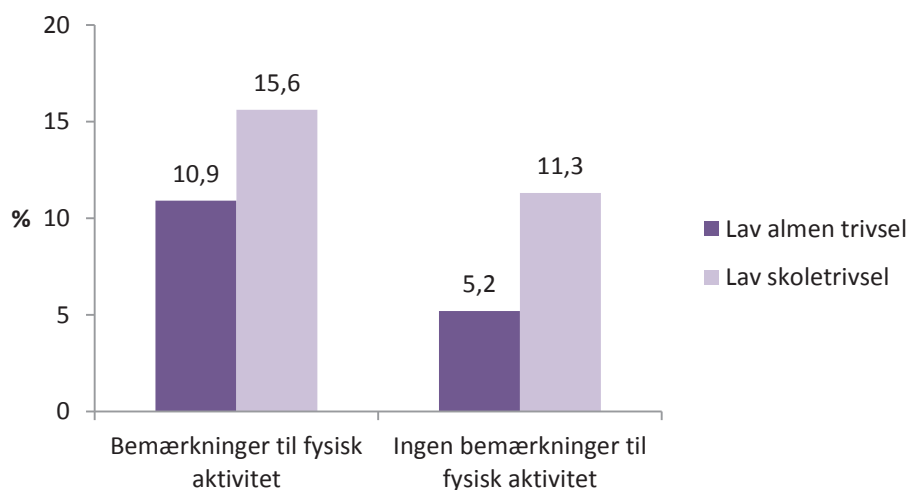
Figur 3.7 Lav trivsel efter vægtstatus ved indskoling, n=5.409



Forekomsten af lav skoletrivsel er forhøjet blandt de svært overvægtige børn, men sammenhængen er ikke statistisk sikker. Forekomsten af lav trivsel ikke hænger sammen med, om sundhedsplejersken har noteret bemærkninger til barnets mad- og måltidsvaner.

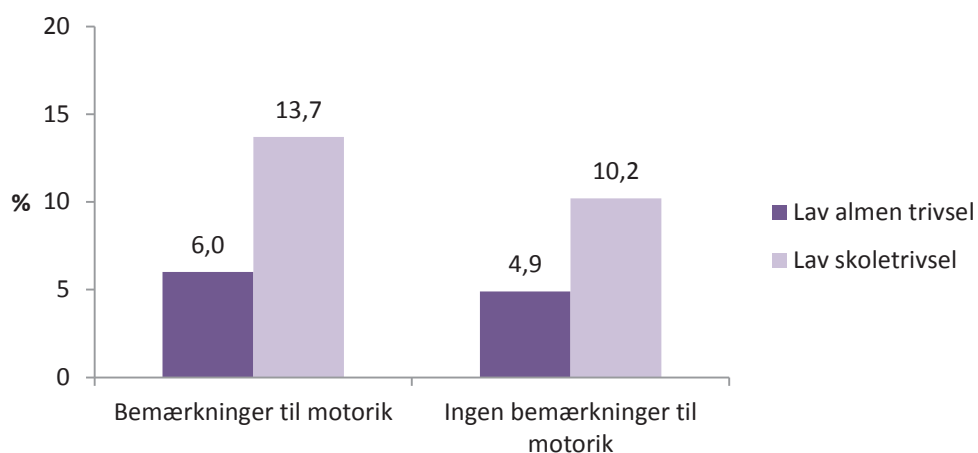
Af de indskolingsundersøgte børn var 211 (4,0 %) fysisk aktive i mindre end en time dagligt. Nedenstående figur 3.8 viser, at de fysisk inaktive børn har forhøjet forekomst af lav almen trivsel og lav skoletrivsel. De multivariate analyser viser, at fysisk inaktive børn har mere end fordoblet risiko (odds) for lav almen trivsel sammenlignet med andre børn. De har også forhøjet risiko for lav skoletrivsel, men denne sammenhæng er ikke statistisk signifikant.

Figur 3.8 Lav trivsel efter fysisk aktivitetsniveau, n=5.329



En ganske stor gruppe af indskolingsbørnene (1603 børn) havde bemærkninger til motorisk udvikling. Figur 3.9 viser, at børn med motoriske problemer har forhøjet forekomst af lav almen trivsel og forhøjet forekomst af lav skoletrivsel. Sammenhængen mellem motoriske problemer og lav skoletrivsel er statistisk signifikant.

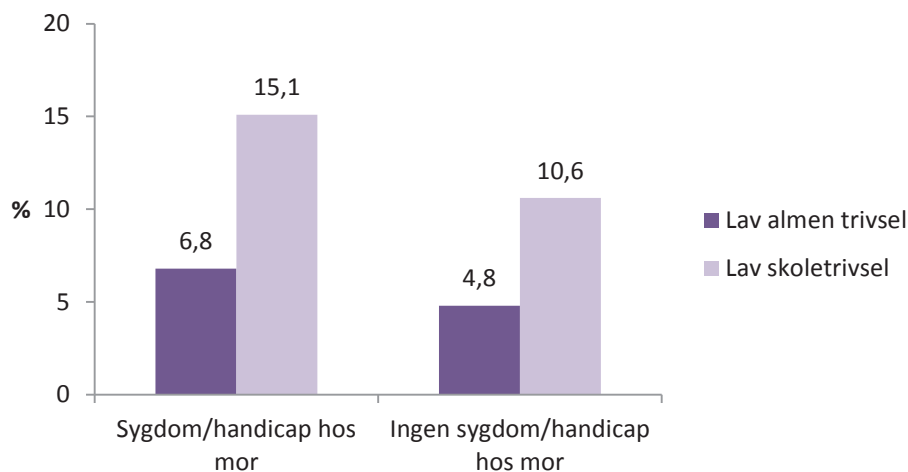
Figur 3.9 Lav trivsel efter barnets motoriske udvikling, n=5.002



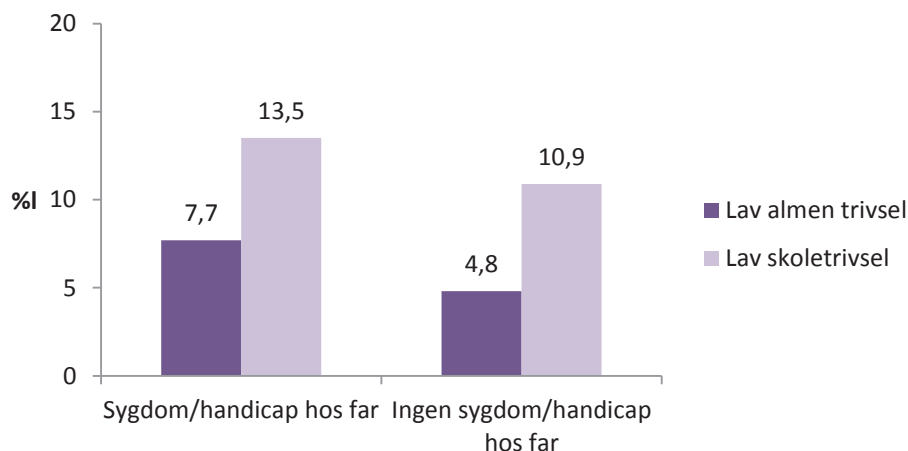
Der er ingen sammenhæng mellem sproglig udvikling og almen trivsel/skoletrivsel. Heller ikke sygdom eller handicap hos barnet viser sammenhæng med almen trivsel/skoletrivsel.

For 14,6 % og 9,8 % af børnene er henholdsvis mor og far registreret med sygdom eller handicap i journalen ved indskolingen. De to figurer nedenfor (3.10 og 3.11) viser forekomsten af lav trivsel efter, hvorvidt mor og far har en sygdom/handicap. Der er en statistisk forhøjet forekomst af lav almen trivsel (grænsesignifikant) og lav skoletrivsel blandt børn, hvis mor er registreret med sygdom eller handicap. Børn hvis far er registreret med sygdom eller handicap har statistisk signifikant forhøjet forekomst af lav almen trivsel, men der er ingen sammenhæng mellem handicap/sygdom hos far og skoletrivsel.

Figur 3.10 Lav trivsel efter sygdom/handicap hos mor, n=3.229

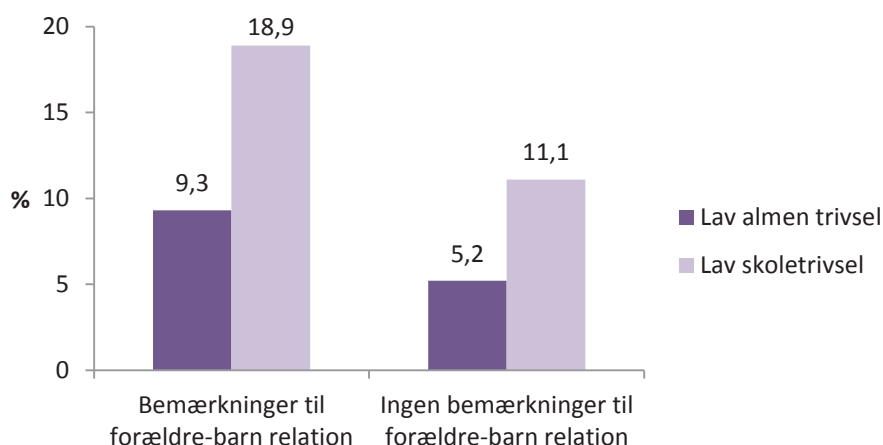


Figur 3.11 Lav trivsel efter sygdom/handicap hos far, n=3.309



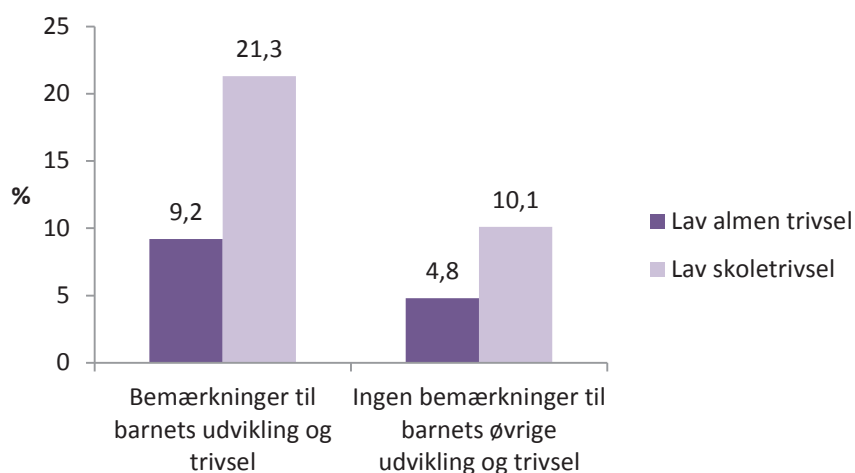
Figur 3.12 viser forekomsten af lav trivsel efter, om sundhedsplejersken har registreret bemærkninger til forældre-barn relationen, hvilket var tilfældet for 6,9 % af de indskolingsundersøgte børn. Forekomsten af både lav almen trivsel og lav skoletrivsel er markant højere blandt børn med bemærkninger til forældre-barn relationen sammenlignet med børn uden bemærkninger. De multivariate analyser bekræfter, at disse sammenhænge er statistisk signifikante.

Figur 3.12 Lav trivsel efter forældre-barn relation, n=5.639.



Sundhedsplejersken kan på baggrund af observationer af og kontakt til barnet registrere bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel, hvilket er tilfældet for 14,4 % af børnene. Dette er sundhedsplejerskens samlede vurdering af barnets trivsel. Figur 3.13 nedenfor viser, at når sundhedsplejersken markere sådanne trivselsproblemer, så er der ca. dobbelt så høj forekomst af lav almen trivsel og lav skoletrivsel vurderet af børnene. De multivariate analyser viser, at disse sammenhænge er signifikante.

Figur 3.13 Lav trivsel efter barnets øvrige udvikling og trivsel, n=5.694



Sammenfatning om lav almen trivsel

I den samlede population af indskolingsundersøgte børn er forekomsten af lav almen trivsel 5,5 %. Blandt kommunerne varierer forekomsten fra 1,4 % i Dragør til 7,8 % i Hvidovre. Følgende grupper af børn har forhøjet forekomst af lav almen trivsel: drenge; bor ikke sammen med begge forældre; fysisk inaktive; har motoriske problemer; har bemærkninger til sproglig udvikling; fædre har sygdom/handicap; sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn-relationen; sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel indskolingsalderen.

Sammenfatning om lav skoletrivsel

Knap 12 % af den samlede population af indskolingsundersøgte børn har lav skoletrivsel. Forekomsten varierer fra 6,7 % i Rødovre til 16,1 % i Roskilde. Følgende grupper af børn har forhøjet forekomst af lav skoletrivsel: drenge; bor ikke sammen med begge forældre; bemærkninger til fødslen; bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår; motoriske problemer ved indskolingen; mor med sygdom/handicap; sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn relationen; sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel ved indskoling.

3.2 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

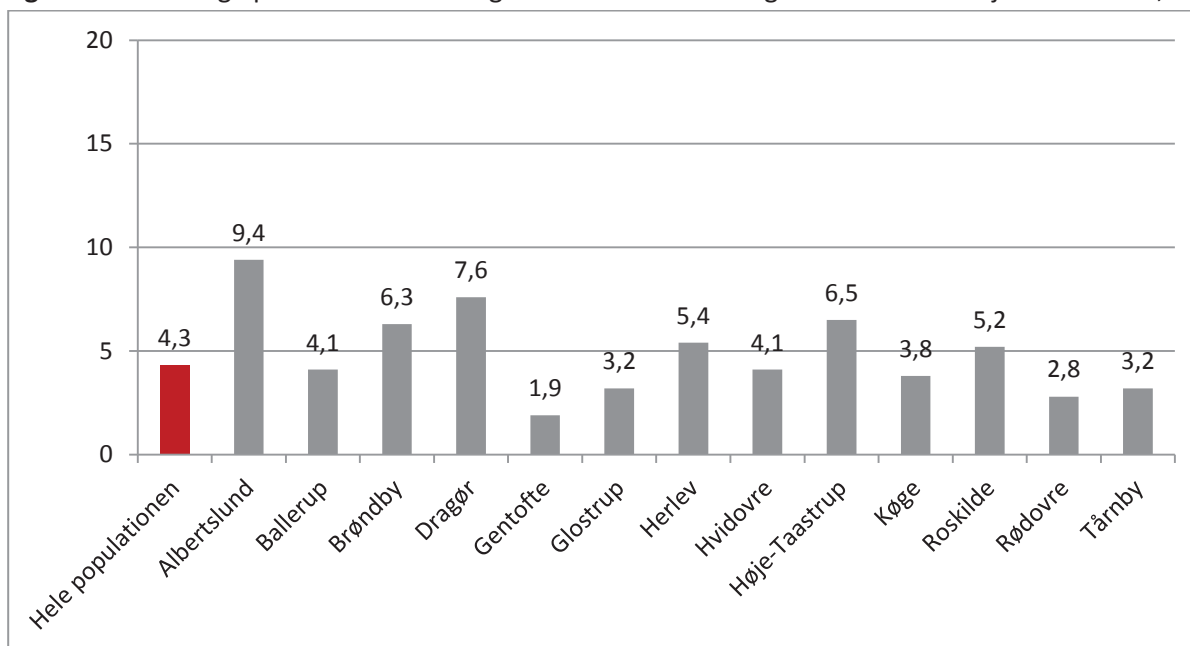
Forekomst

Nedenstående tabel 3.2 viser forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende i de tretten kommuner og i den samlede population. Samlet set er der 224 børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, hvilket svarer til 4,3 %. Forekomsten varierer mellem kommunerne fra 1,9 % i Gentofte til 9,4 % i Albertslund. Figur 3.14 viser forekomsten i de enkelte kommuner.

Tabel 3.2 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, absolutte tal og procent

Kommune	Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende
Albertslund (n=277)	26 (9,4 %)
Ballerup (n=464)	19 (4,1 %)
Brøndby (n=254)	16 (6,3 %)
Dragør (n=158)	12 (7,6 %)
Gentofte (n=986)	19 (1,9 %)
Glostrup (n=189)	6 (3,2 %)
Herlev (n=240)	13 (5,4 %)
Hvidovre (n=535)	22 (4,1 %)
Høje-Taastrup (n=495)	32 (6,5 %)
Køge (n=681)	26 (3,8 %)
Roskilde (n=135)	7 (5,2 %)
Rødovre (n=353)	10 (2,8 %)
Tårnby (n=500)	16 (3,2 %)
Hele populationen (n=5.267)	224 (4,3 %)

Figur 3.14 Så mange procent af indskolingsbørnene har vanskeligheder i forhold til jævnaldrende, n=5.267



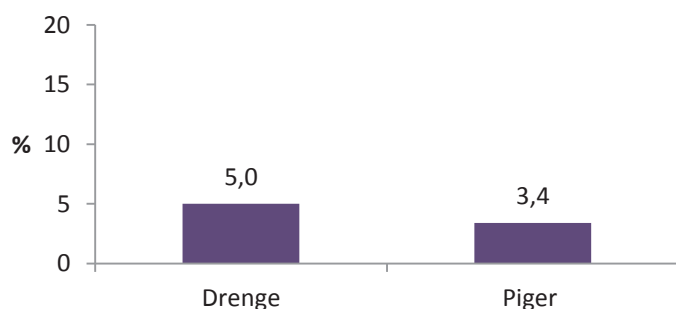
Karakteristika af børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Dette afsnit præsenterer søjlediagrammer, som viser hvordan vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende hænger sammen med andre forhold i barnets og familiens liv. Antallet af børn i de enkelte figurer varierer i forhold til hvor mange børn, der har oplysninger om den givne variabel. Antallet (n) angives over hver figur.

Sociodemografiske faktorer

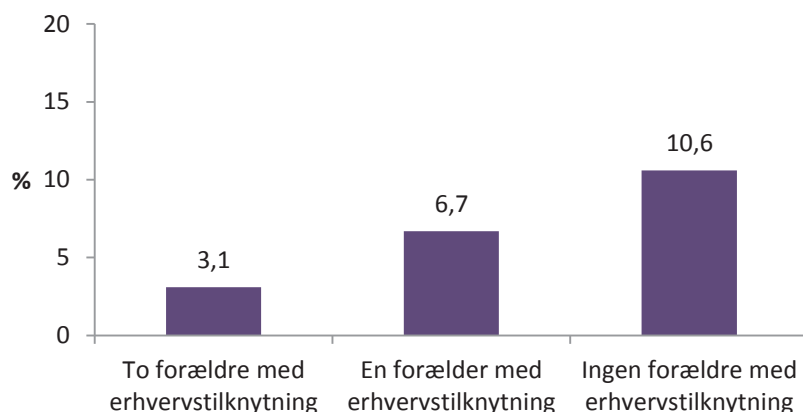
Figur 3.15 viser forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter køn. Der er en lille kønsforskel med 5,0 % blandt drenge og 3,4 % blandt piger, og denne forskel er signifikant.

Figur 3.15 Kønsopdelt forekomst af børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, n=5.267



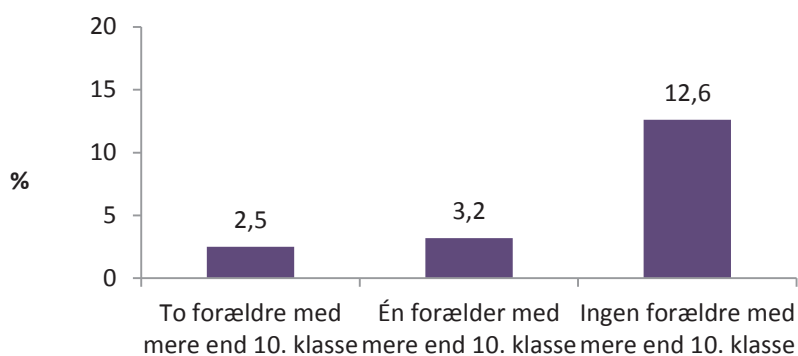
Figur 3.16 nedenfor viser en forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter forældres erhvervstilknytning. Der er en faldende forekomst i takt med øget erhvervstilknytning hos forældre, og denne sammenhæng er statistisk signifikant.

Figur 3.16 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter forældres erhvervstilknytning, n=3.231



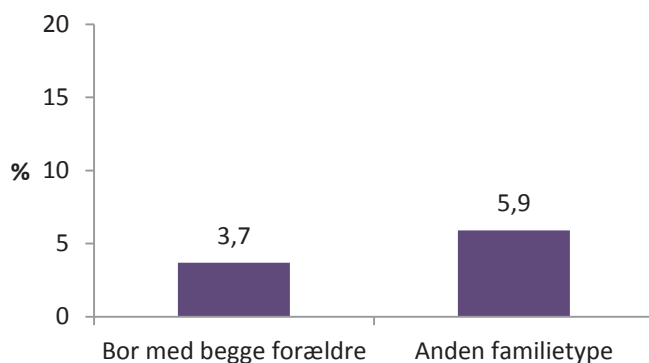
Børn af forældre med maksimalt 10. klasse har med 12,6 % en markant højere forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende sammenlignet med børn af forældre hvoraf mindst én har en højere uddannelse, se figur 3.17. Sammenlignet med børn af to forældre med mere end 10. klasse, har disse børn næsten tredobbelt risiko (odds) for vanskeligheder. Forskellen er statistisk sikker.

Figur 3.17 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter forældres uddannelse, n=2.118



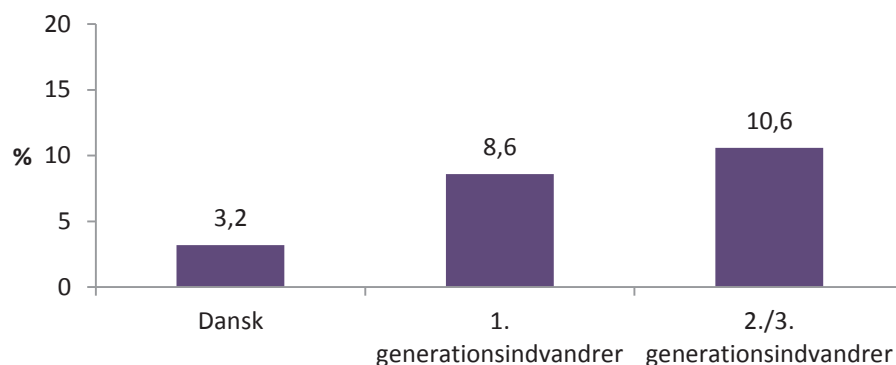
Figur 3.18 viser, at børn der bor sammen med begge forældre har to procentpoint lavere forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende end børn i andre familietyper. Forskellen er statistisk sikker, selv efter kontrol for andre faktorer.

Figur 3.18 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter familietype, n=5.149

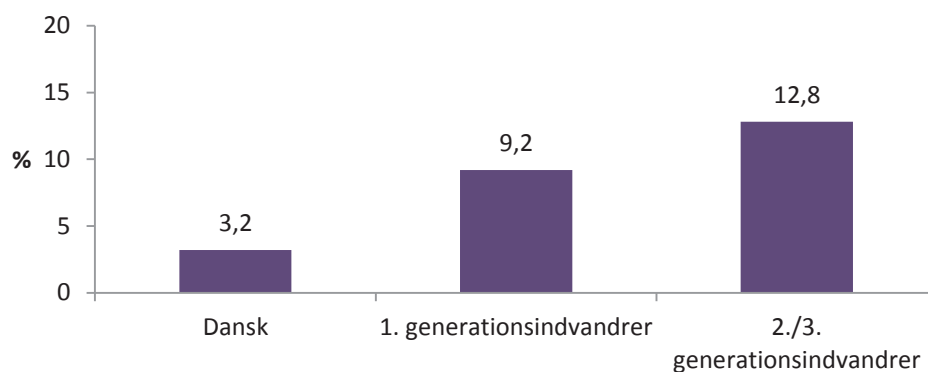


Figur 3.19 og 3.20 viser, at der er forhøjet forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende blandt børn, hvis mor og far er indvandrere.

Figur 3.19 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter mors indvandrerstatus, n=2.883



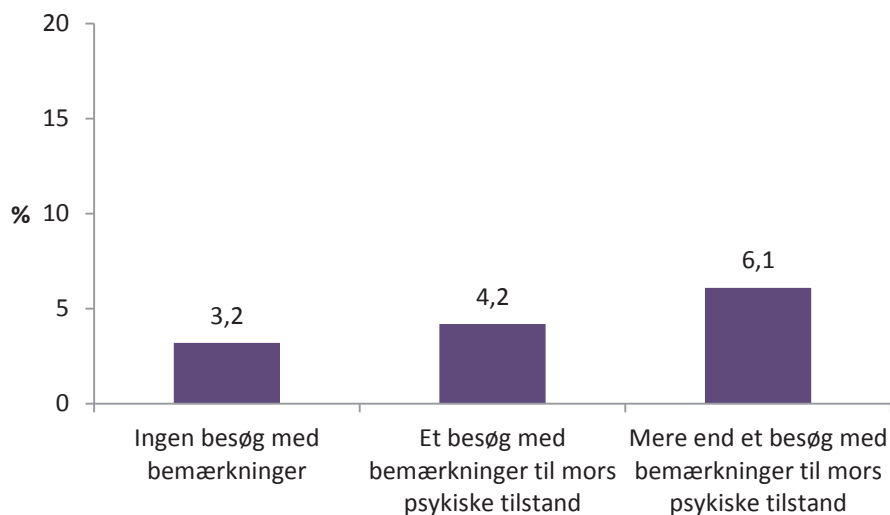
Figur 3.20 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter fars indvandrerstatus, n=2.883



Faktorer relateret til fødslen og det første leveår

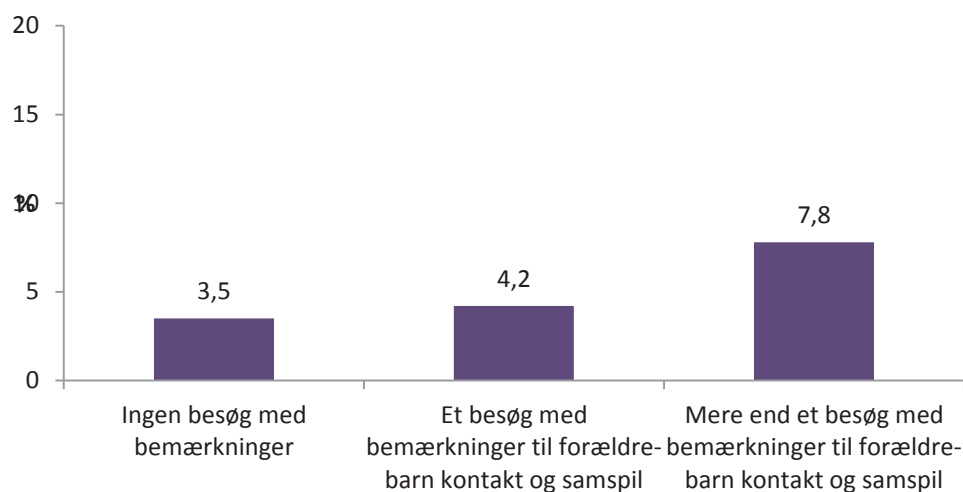
Forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende viser ingen sammenhæng med: forældrenes alder ved fødslen, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, eller bemærkninger til fødslen. Til gengæld er der en tydelig sammenhæng mellem mors psykiske tilstand i første leveår og forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, se figur 3.21. Jo flere gange i første leveår sundhedsplejersken havde noteret problemer i mors psykiske tilstand, desto større forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende.

Figur 3.21 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter mors psykiske tilstand i første leveår, n=3.005



Der er ligeledes stigende forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter hvor mange gange sundhedsplejersken havde gjort bemærkninger om problematisk forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, se figur 3.22 på næste side.

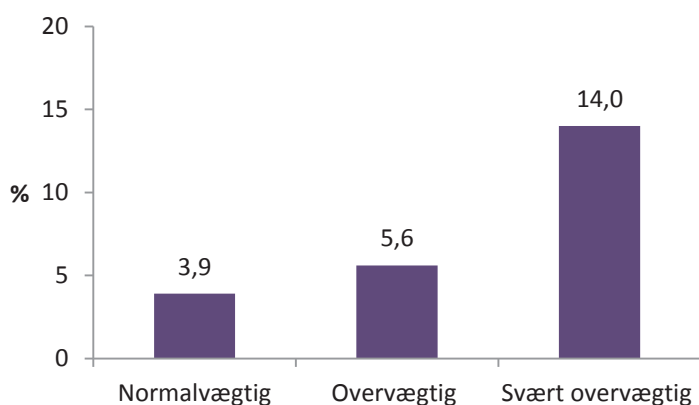
Figur 3.22 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, n=2.998



Faktorer ved skolestart

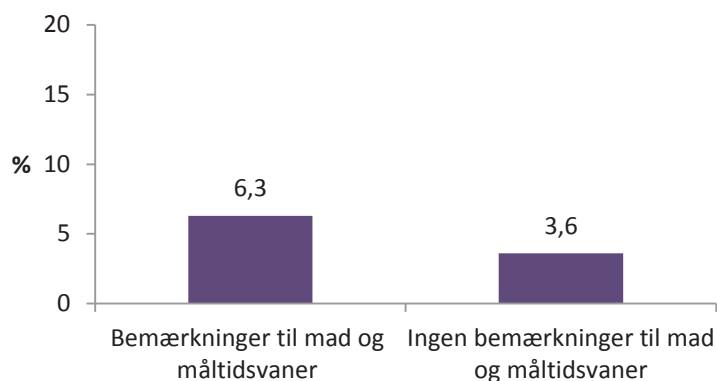
Figur 3.23 viser forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende i forhold til barnets vægtstatus. Der er stigende forekomst i takt med stigende vægtstatus, og særligt de svært overvægtige børn har i markant højere grad vanskeligheder. Netop forskellen mellem de normalvægtige og de svært overvægtige er statistisk sikre.

Figur 3.23 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter vægtstatus ved indskoling, n=4.860



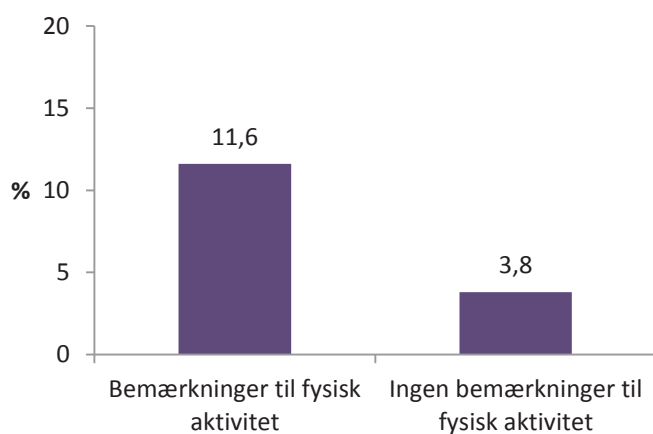
Blandt de indskolingsundersøgte børn er 16,1 % registreret med bemærkninger til mad- og måltidsvaner. Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende er mere udbredt blandt børn med bemærkninger (6,3 %) end blandt børn uden bemærkninger (3,6 %), se figur 3.24 på næste side. Denne forskel er statistisk sikker.

Figur 3.24 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter bemærkninger til mad- og måltidsvaner, n=4.524



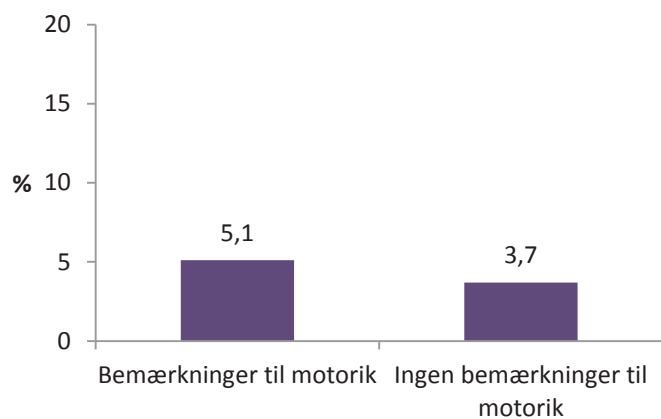
Fire procent af de undersøgte børn har bemærkninger til deres fysiske aktivitet ved indskolingen. Blandt disse har markant flere vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende (11,6 %) sammenlignet med de mere fysisk aktive børn (3,8 %), se figur 3.25. De multivariate analyser viser, at forskellen er statistisk signifikant.

Figur 3.25 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter bemærkninger til fysisk aktivitet, n=4.687



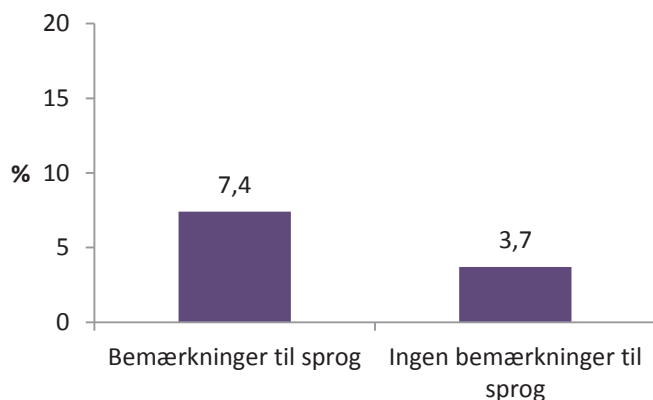
Næsten en tredjedel af de indskolingsundersøgte børn har mindst én bemærkning til motorisk udvikling (29,5 %). Børn med bemærkninger til deres motorik har en signifikant forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, se figur 3.26.

Figur 3.26 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter bemærkninger til motorisk udvikling, n=4.468



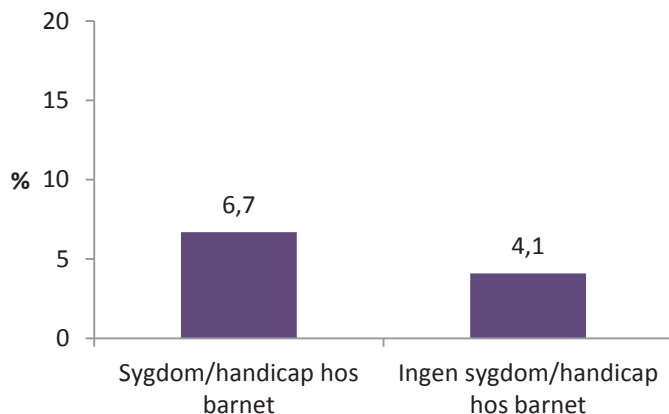
Der er bemærkninger til 8,8 % af børnenes sproglige udvikling i forbindelse med indskolingsundersøgelsen. Disse børn har en knap fordoblet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende (se figur 3.27), og denne forskel er statistisk sikker.

Figur 3.27 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter bemærkninger til sproglig udvikling, n=4.392



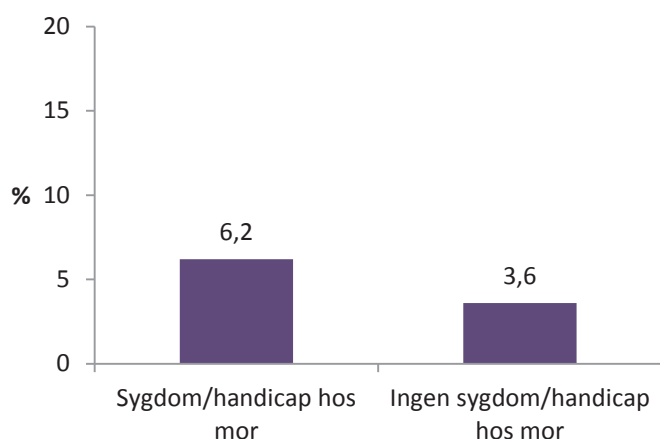
Andelen af børn med sygdom eller handicap ifølge indskolingsjournalen er 7,7 %. Figur 3.28 viser lidt flere med vanskeligheder blandt disse børn end blandt børn, der ikke er registreret med sygdom/handicap, og justerede analyser viser, at forskellen er statistisk sikker.

Figur 3.28 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter sygdom/handicap hos barnet, n=5.094



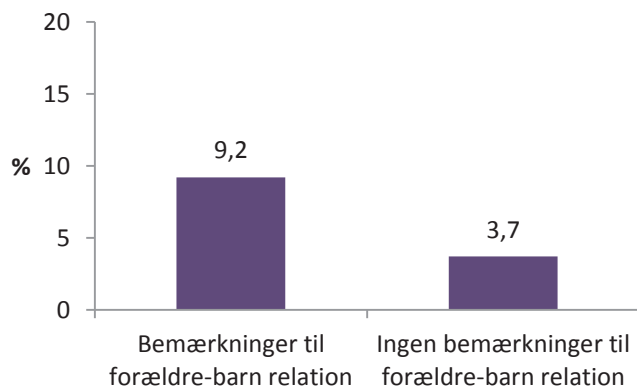
Andelen af de indskolingsundersøgte børn, hvis forældre har sygdom eller handicap, er henholdsvis 15,1 % for mor og 9,9 % for far. Blandt børn hvis mor er syg/handicappet har 6,2 % vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, sammenlignet med 3,6 % af børn med raske mødre. Forskellen er statistisk sikker. Der er ingen forskel i forekomsten af vanskeligheder i forhold til sygdom/handicap hos far.

Figur 3.29 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter sygdom/handicap hos mor, n=3.041



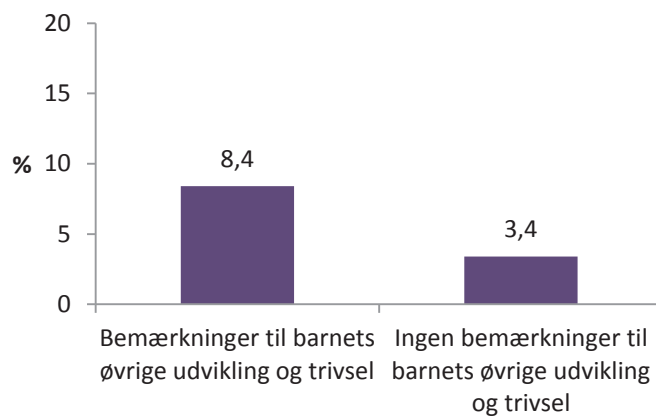
Sundhedsplejerskerne har registreret bemærkninger til forældre-barn kontakt og omsorg (fysisk omsorg, psykisk omsorg, andet) ved indskolingsundersøgelsen for 6,9 % af børnene. Figur 3.30 viser en markant forhøjet forekomst af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende for disse børn. De multivariate analyser viser en fordoblet risiko, og sammenhængen er statistisk signifikant.

Figur 3.30 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter forældre-barn relation ved indskoling, n=4.879



For 14,4 % af børnene har sundhedsplejerskerne registreret bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel. I de tilfælde, hvor sundhedsplejersken har sådanne bemærkninger er der også en mere end dobbelt så stor forekomst af forældrevurdering af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, se figure figur 3.31 på næste side. Sammenhængen er statistisk signifikant, også i de multivariate analyser.

Figur 3.31 Vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende efter barnets øvrige udvikling og trivsel, n=4.908



Sammenfatning om forhold til jævnaldrende

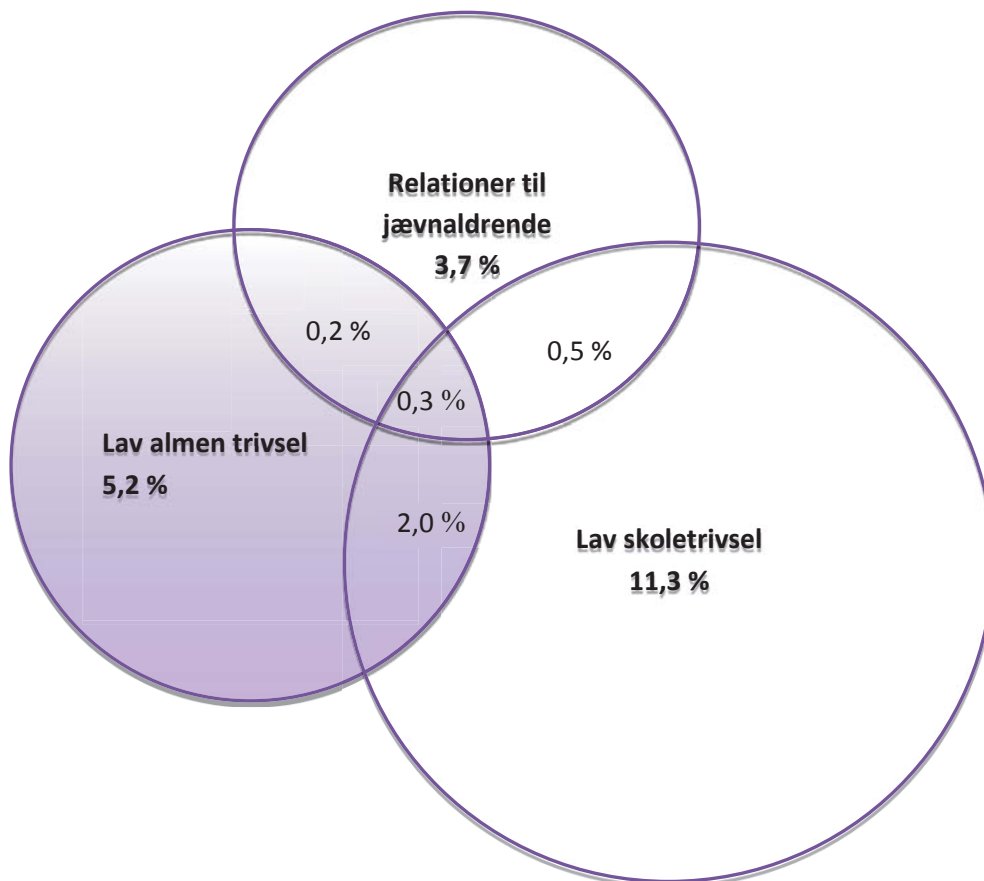
Blandt de indskolede børn har 4,3 % vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende samlet set. Mellem de forskellige kommuner varierer forekomsten fra 1,9 % i Gentofte til 9,4 % i Albertslund. Risikoen for at have vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende er signifikant forhøjet blandt børn og familier med følgende kendetegn: drenge; forældre uden erhvervstilknytning; lavt uddannede forældre; bor ikke sammen med både far og mor; far er indvandrer; bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår; bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår; børn med svær overvægt; bemærkninger til mad- og måltidsvaner; bemærkninger til fysisk aktivitet; motoriske problemer; bemærkninger til sproglig udvikling; sygdom eller handicap hos barn eller mor eller far; bemærkninger til forældre-barn relationen ved indskoling; øvrige bemærkninger til barnets udvikling og trivsel ved indskoling.

3.3 Ophobning af trivselsproblemer

Efter den forudgående gennemgang af lav almen trivsel, lav skoletrivsel og vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende hver for sig, ser dette afsnit på ophobning af trivselsproblemer – altså om det er de samme børn, der har de forskellige problemer.

Som tidligere nævnt er der blandt de indskolede børn 318 børn med lav almen trivsel, 687 børn med lav skoletrivsel og 224 med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Det svarer til henholdsvis 5,2 %, 11,3 % og 3,7 %. Der er 166 børn, der har to trivselsproblemer (2,7 %) og 15 børn, der har alle tre trivselsproblemer (0,3 %). Figur 3.32 viser disse andele. Hovedindtrykket er således, at der kun er begrænset overlap mellem de forskellige trivselsproblemer. Der er 17,2 % af børnene, der har et eller flere trivselsproblemer: 14,2 % har ét trivselsproblem og 3,0 % har to eller tre.

Figur 3.32 Forekomsten af de tre typer af trivselsproblemer, herunder overlap i forekomst.



3.4 Manglende oplysninger

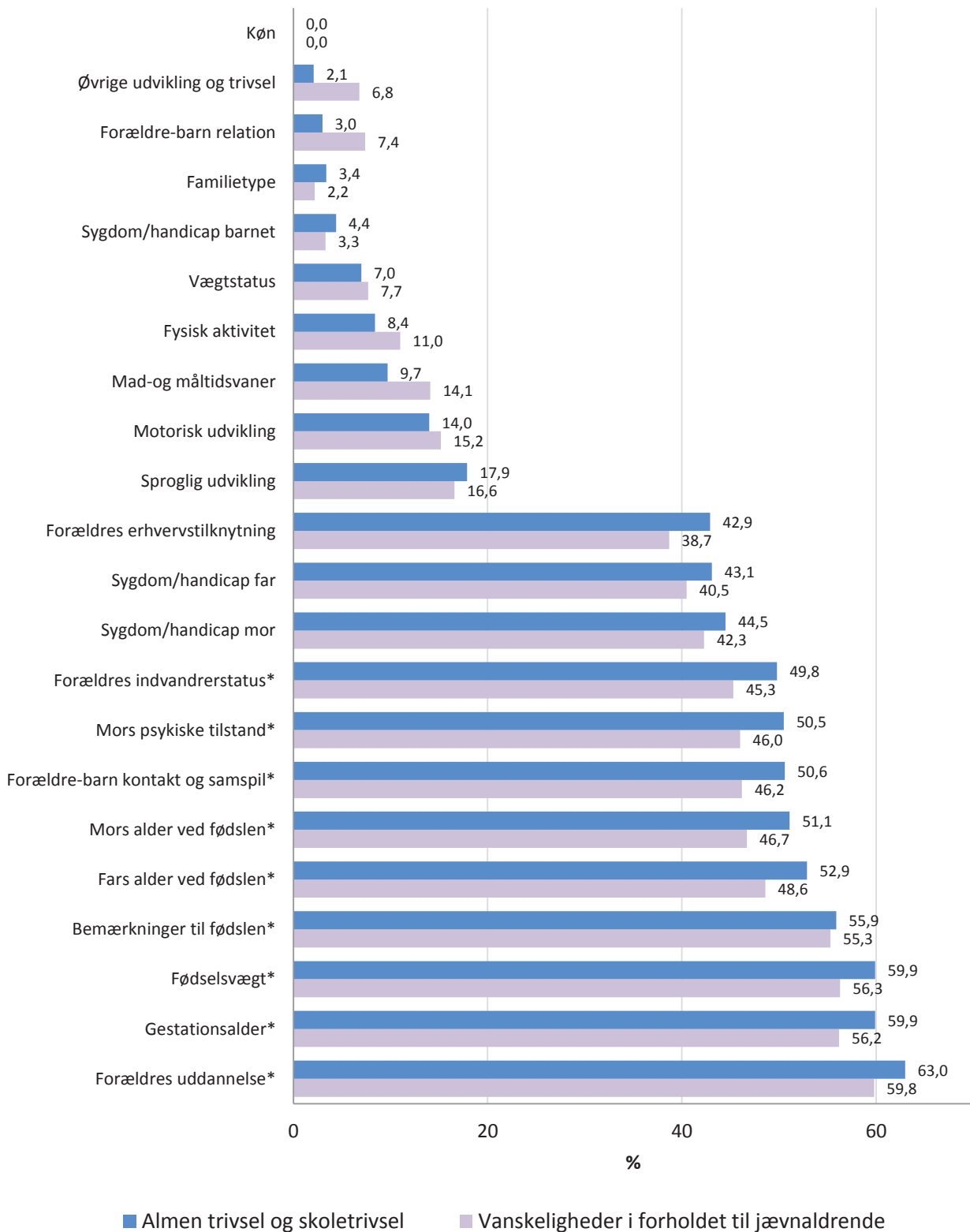
Mange databaser lider under problemer med manglende data. Der kan være mange grunde til manglende data, eksempelvis at den udfyldte værdi er ugyldig, eller at feltet ikke er udfyldt. Problemet er særligt stort i kliniske databaser, fordi data indsamles samtidig med at fagpersonen passer sit arbejde med patienter eller borgere. Der er mange situationer, hvor patienten eller borgeren har så påtrængende problemer, at fagpersonen må prioritere at finde løsninger frem for at registrere data. Det er vigtigt at afklare, hvad dette dataproblem betyder for resultaterne. I denne rapport er børn med manglende registreringer inkluderet i analyserne. Dette er gjort ved at placere dem i den særlige kategori 'ikke oplyst', som dog ikke vises i temarapportens søjlediagrammer, fordi det ville svække overskueligheden.

Figur 3.33 på næste side viser andelen af manglende oplysninger for de 22 variable, der indgår i analyserne. De øverste 13 faktorer (fra "køn" til og med "sygdom/handicap hos mor") er variable fra indskolingsundersøgelsen. For de data, der indsamles til indskolingsjournalen, er der eksempler på meget lave forekomster af manglende data, fx mangler der kun data om familietype for 2-3 % af børnene. Men der er også eksempler på noget højere tal, fx at der mangler data om sproglig udvikling for ca. 17 % af børnene. Det er meget sandsynligt, at disse manglende data skyldes, at der ikke er nogle problemer. Hvis der havde været problemer med den sproglige udvikling skulle sundhedsplejersken nok huske at notere det. Denne optimistiske fortolkning af manglende data skyldes grundige analyser foretaget af Mylin (2013), og den understøttes af analyserne i nærværende rapport. Men der er også eksempler på endog meget høje forekomster af manglende data, fx at der for omkring 40 % af børnene mangler oplysninger om forældrenes erhvervstilknytning.

De næste ni variable, som er markeret med en stjerne (*) stammer fra journalerne fra første leveår. Disse data mangler for alle børn, der ikke var en del af Databasen Børns Sundhed i spædbarnsalderen. Dette gælder henholdsvis 49,8 % af børnene fra analyserne om almen trivsel og skoletrivsel og 45,3 % af børnene i analyserne af forholdet til jævnaldrende. Når man for eksempel finder, at der mangler oplysning om mors psykiske tilstand i første leveår for 50,5 % af børnene, så skyldes det i næsten alle tilfælde at der ikke er nogen journal fra første leveår. De tilsyneladende høje forekomster af manglende oplysninger dækker således over, at oplysningerne ikke eksisterer. Reelt er manglende data ikke noget stort problem for de oplysninger, som stammer fra journalerne fra første leveår.

Når man følger udviklingen i andelen af manglende oplysninger fra år til år, så viser det sig at problemet med manglende data bliver mindre og mindre i de kommuner, der har deltaget i databasen i mange år. Men sundhedsplejerskerne i de nye kommuner, der kommer med i databasen, har måske ikke samme datadisciplin som kollegerne fra de oprindelige kommuner. De nye kommuner har typisk lidt højere forekomster af manglende data.

Figur 3.33 Procent uoplyste for de anvendte variable



4. Diskussion

Hovedkonklusionen er, at de fleste indskolingsbørn trives godt og at kun et mindretal trives decideret dårligt. Dårlig trivsel findes især blandt børn, som også har andre problemer i skole og hjem. Lidt mere specifikt peger undersøgelsen på fire hovedfund:

Det **første** hovedfund er, at kun en lille del af børnene (5,5 %) angiver lav almen trivsel. Forekomsten af lav almen trivsel er stort set lige stor i alle subgrupper. Der er dog en let forhøjet forekomst blandt drenge, børn der ikke bor sammen med begge forældre, børn der har problemer med fysisk aktivitet, motorik og sprog, børn hvis far er syg eller handicappet, og børn hvor sundhedsplejerskerne har skrevet bemærkninger til barn-forældre relationen og barnets øvrige udvikling og trivsel.

Det **andet** hovedfund er, at en relativt lille del af børnene (11,8 %) selv angiver problemer med skoletrivsel. Ligesom det var tilfældet med almen trivsel, så er forekomsten af lav skoletrivsel nogenlunde lige stor i alle subgrupper. Der er en let forhøjet forekomst af lav skoletrivsel blandt drenge, børn der ikke bor sammen med begge forældre, børn der har problemer med motorik, børn hvis mor er syg eller handicappet, børn hvor sundhedsplejerskerne har skrevet bemærkninger til barn-forældre relationen og barnets øvrige udvikling og trivsel, og børn hvor sundhedsplejersken i første leveår havde skrevet bemærkninger til fødslen.

Det **tredje** hovedfund er, at kun en lille del af børnene (4,3 %) efter forældrenes vurdering har problemer i forhold til jævnaldrende. Forekomsten af problemer i forhold til jævnaldrende er lidt højere blandt drenge end piger og i øvrigt meget skævt fordelt. Forekomsten er som hovedregel forhøjet i alle de subgrupper, som også har andre problemer: forældre uden erhvervstilknytning; lavt uddannede forældre; bor ikke sammen med både far og mor; forældrene er indvandrere; sygdom eller handicap hos forældrene; børn med svær overvægt; bemærkninger til mad- og måltidsvaner; bemærkninger til fysisk aktivitet; motoriske problemer; bemærkninger til sproglig udvikling; bemærkninger til forældre-barn relationen ved indskoling; øvrige bemærkninger til barnets udvikling og trivsel ved indskoling. Også faktorer i barnets første leveår spiller en rolle, idet forekomsten af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende var højere blandt de børn, hvor der i første leveår var bemærkninger til mors psykiske tilstand og bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil.

Det **fjerde** hovedfund er, at der kun er beskedent overlap mellem de tre typer af trivselsproblemer, eller sagt på en anden måde: De tre former for trivselsproblemer afdækker forskellige sider af børnenes trivsel. I alt er 14,2 % af børnene registreret med ét trivselsproblem og 3,0 % har to eller tre trivselsproblemer, samlet 17,2 %.

Sundhedsplejerskerne har også selv noteret i journalen, hvis de mener der er problemer med barnets udvikling og trivsel, og det gør de for 14,4 % af børnene. Der er en god overensstemmelse mellem sundhedsplejerskens vurdering og de vurderinger, der kommer fra børnene og deres forældre.

Disse fund stemmer godt overens med den nu 25 år gamle undersøgelse af børns sundhed ved skolestart 1988/89.³⁵ Også her konkluderede forfatterne at langt de fleste børn i denne aldersgruppe trives godt og kun en lille del trives decideret dårligt. Den nye undersøgelse fra Dansk Center for Undervisningsmiljø giver ligeledes resultater, der er tæt på vores.³⁶ De tre undersøgelser kan ikke sammenlignes direkte, fordi de benytter forskellige målinger, men er de enige om, at langt de fleste indskolingsbørn trives godt.

Vores fund må vurderes i relation til undersøgelsen stærke og svage sider. Det er en styrke, at undersøgelsen bygger på et stort datamateriale, og et datamateriale som omfatter næsten alle børn, det vil sige en undersøgelse næsten uden frafald. Det er ligeledes en styrke, at undersøgelsen omfatter tre forskellige trivselsmål: barnets egen vurdering af almen trivsel, barnets egen vurdering af skoletrivsel, og forældrenes vurdering af om barnet har vanskeligheder i forhold til jævnaldrende.

Det kan være et problem, at der er ca. 12 % af børnene, som ikke har svaret på spørgsmålene om almen trivsel og skoletrivsel, og at ca. 21 % af forældrene ikke har svaret på spørgsmålene om barnets forhold til jævnaldrende. Det er sandsynligt, at der netop blandt disse børn kan gemme sig elever med alvorlige trivselsproblemer. Derfor er det godt, at også sundhedsplejersken noterer sin vurdering, dvs. bemærkninger til barnets udvikling og trivsel. Det styrker tiltroen til data, at der er en så stærk sammenhæng mellem elevernes selvvaluerede trivsel, forældrenes vurdering af vanskeligheder i forhold til jævnaldrende, og sundhedsplejerskens bemærkninger til barnets udvikling og trivsel.

Alligevel skal man ikke undervurdere muligheden for validitetsproblemer. Forældrenes vurdering foretages med et kendt måleinstrument, en af delskalaerne fra SDQ, som ofte fremhæves for sin gode validitet. Men det er ukendt, om validiteten også er god for indvandrere, som kan have svært ved at forstå ordlyden. Validiteten af selvvalueret trivsel blandt så små børn er ikke undersøgt. Det er tænkeligt, at børnenes egne vurderinger er et øjebliksbillede snarere end en mere generel vurdering af egen trivsel. Det taler til fordel for validiteten af elevernes svar at målingen er så enkel: to enkle og let forståelige spørgsmål med fire enkle og let forståelige svarkategorier, markeret med smileys. Men kan en seksårig vurdere, hvad "det meste af tiden" vil sige? Er disse data flygtige snarere end robuste? Selv om en flygtig måling af elevernes trivsel kan dog være betydningsfuld for sundhedsplejersken, fx fordi den kan skærpe sundhedsplejerskens opmærksomhed over for særlige forhold, som hun kan hjælpe barnet med.

Det meste forskning om trivsel viser, at stort set alle trivselsmål er overordentligt sensitive over for levekår og belastninger i hverdagen. Derfor er det mærkeligt, at de to selvvaluerede mål ikke hænger sammen med forældrenes uddannelse eller erhvervstilknytning, at de ikke hænger sammen med forældre-barn kontakt i første leveår, at de ikke hænger sammen med overvægt, og at de ikke hænger sammen med sygdom eller handicap hos barnet.

Hvordan kan undersøgelsen så bruges i praksis? For det første har det stor værdi at kende til trivsel ved indskoling. Der er kun få andre data herom, og undersøgelsen kan dermed være med til at lukke et hul i vores viden om, hvordan børn har det. Denne viden har betydning ikke blot for sundhedsplejerskerne, men også for skolen og andre faggrupper, der har med indskolingsbørn at gøre.

For det andet har det stor værdi, at man kan indkredse grupper af børn, som er i risiko for mistrivsel: Børn der ikke bor sammen med begge forældre har højere forekomst af mistrivsel end andre børn. Børn hvis mødre havde psykiske vanskeligheder i første leveår har forhøjet forekomst af problemer i forhold til jævnaldrende. Desuden ser det ud til, at fysisk inaktivitet, motoriske problemer og problemer med forældre-barn relationen hænger sammen med trivselsproblemer. Nogle af disse risikofaktorer er svære at gøre noget ved. Sundhedsplejerskerne gør en stor indsats for familier og børn med risikofaktorer, men den sundhedsplejerske, som undersøger et barn ved indskolingen, kan jo ikke lave om på, forældrene bor sammen eller om mor havde fødselsdepression i første leveår. På andre områder er det muligt at gøre

noget ved risikofaktorerne: Man kan stimulere børn til at bevæge sig mere, man kan træne deres motorik, man kan hjælpe familierne til bedre forældre-barn relationer. Dette er oplagte temaer for sundhedsplejen og skolen at arbejde sammen om, og sådanne oplysninger kan benyttes i skoleforvaltningen til at prioritere særlige indsatser, hvor der er behov for det.

Endelig kan undersøgelsen skærpe opmærksomheden over for, at børns trivsel er et fænomen med mange facetter. Trivselsproblemer i form af børnenes egne oplevelser og trivselsproblemer i form af forældrenes vurdering af vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende er helt forskellige fænomener, næsten uden overlap. Det betyder, at en indsats for at bedre børns trivsel skal sætte ind på flere fronter, at man skal have opmærksomheden rettet mod indsatser, der kan øge oplevelsen af trivsel og indsatser, som kan styrke børnenes sociale kompetencer.

5. Trivselsdata fra hver kommune

Dette kapitel gennemgår nøgledata om trivsel blandt indskolingsbørn fra hver af de tretten kommuner. For hver kommune har vi analyseret talmaterialet på samme måde som analysen af det samlede datamateriale. Men hver kommune har kun små grupper af børn med lav trivsel, og en detaljeret gennemgang af tallene giver ikke så megen mening fra et statistisk synspunkt. Derfor fremstår kommunerapporterne som korte sammenfatninger af de vigtigste resultater.

I teksterne har vi angivet risiko for lav trivsel ved hjælp af den såkaldte odds ratio (OR). En OR under 1,0 betyder lavere risiko og en OR over 1,0 betyder højere risiko. Fordelen ved at benytte OR er at man kan beregne sikkerhedsinterval, dvs. vi kan udtale os om en over- eller underrisiko er statistisk sikker. Et eksempel: I Roskilde kommune er risikoen for lav skoletrivsel forhøjet for de børn, der har bemærkninger til motorik. OR angives til 2,65, i daglig tale 2,65 gange højere risiko en for børn uden motoriske problemer. Dette er en betydelig overrisiko blandt børn med motoriske problemer. Alle de OR-værdier, vi har nævnt i teksten, er statistisk sikre.

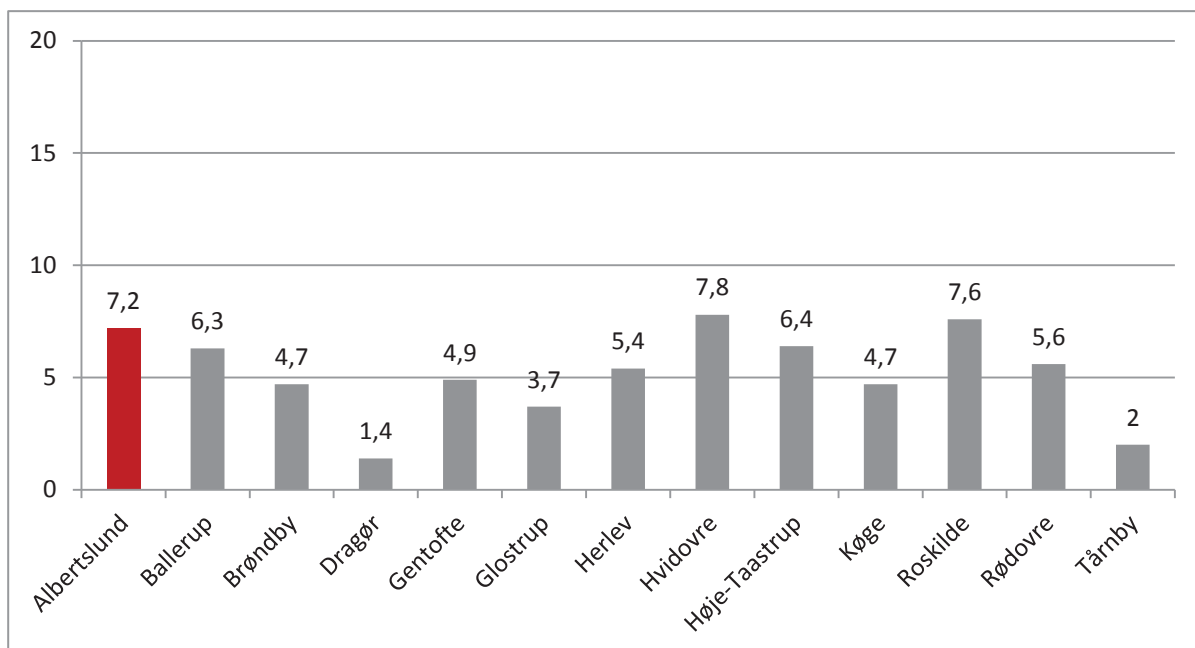
5.1 Trivsel ved indskoling i Albertslund Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 279 indskolingsundersøgte børn i Albertslund Kommune med oplysninger om trivsel. Heraf har 20 børn lav almen trivsel (7,2 %). Figur 5.1.1 viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner. En nærmere analyse af data viser, at der ikke er særlige risikogrupper for lav almen trivsel. Forekomsten er lav og nogenlunde ensartet i alle subgrupper af børn.

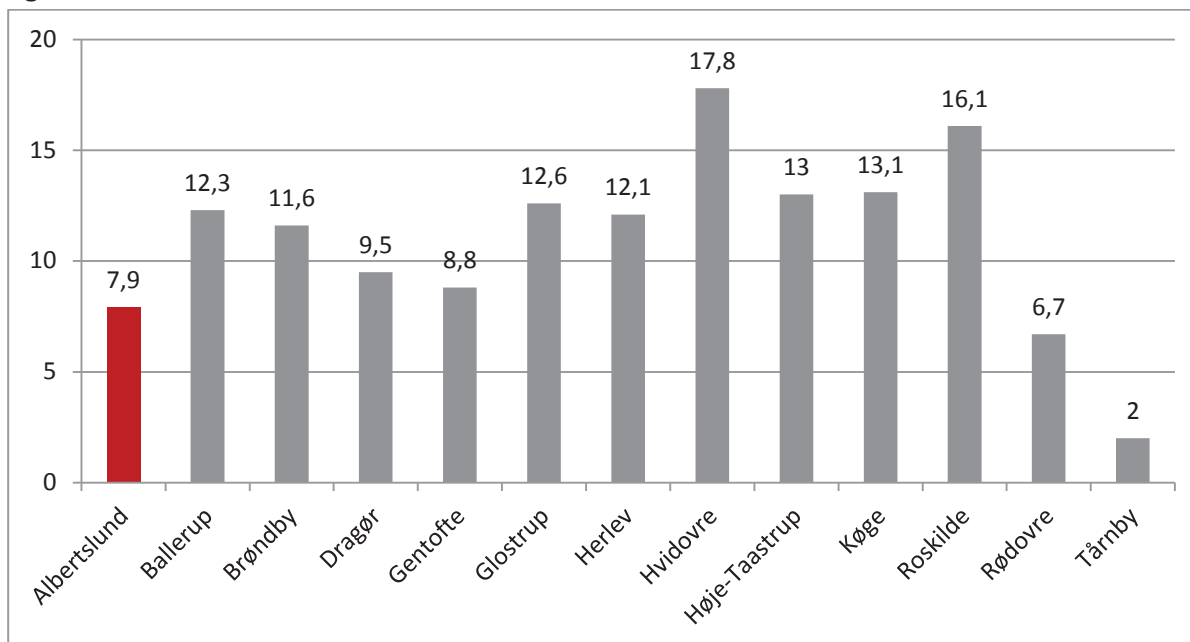
Figur 5.1.1 Procent med lav almen trivsel



Børn med lav skoletrivsel

Af de 279 indskolingsundersøgte børn i Albertslund Kommune havde 22 børn lav skoletrivsel (7,9 %). Figur 5.1.2 på næste side viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner. Piger har signifikant lavere risiko for lav skoletrivsel end drenge (OR: 0,24). Børn med bemærkninger til forældre-barn relationen ved indskolingen har en statistisk sikker forhøjet risiko for lav skoletrivsel (OR: 2,99). Det samme gælder børn med bemærkninger til øvrig udvikling og trivsel (OR: 2,91).

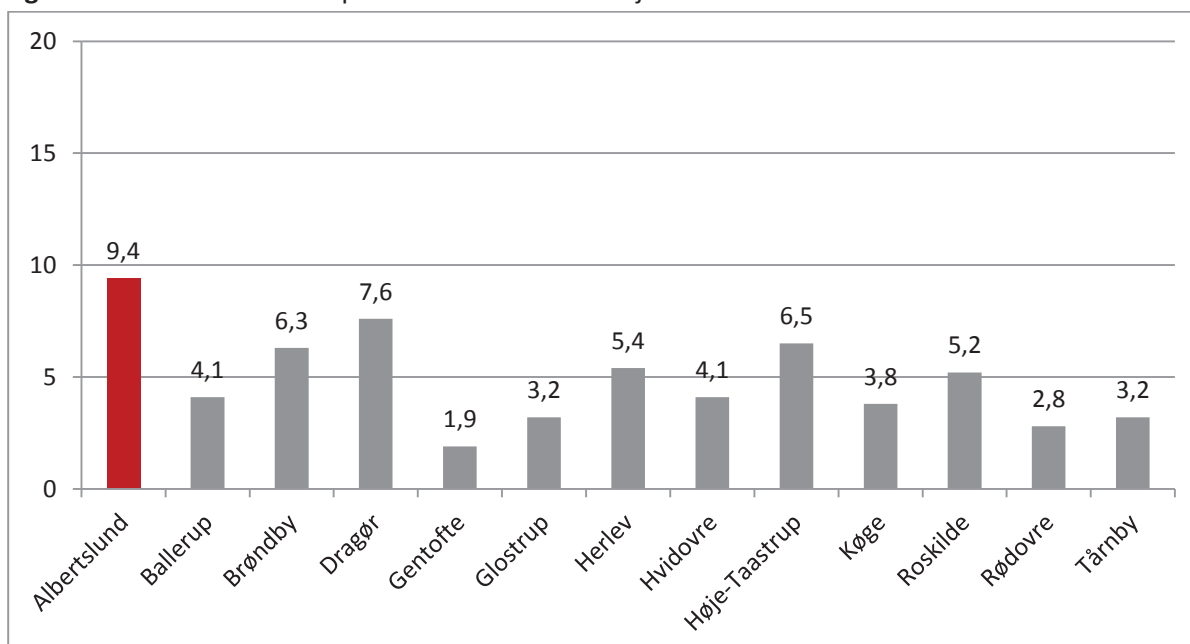
Figur 5.1.2 Procent med lav skoletrivsel



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Der er 9,4 % af indskolingsbørnene i Albertslund Kommune, som har vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Forekomsten ses i figur 5.1.3 sammenlignet med de øvrige kommuner.

Figur 5.1.3 Procent som har problemer i forholdet til jævnaldrende



I Albertslund Kommune er det sådan, at piger har en statistisk sikker lavere risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende end drenge (OR: 0,32). Der er flere subgrupper af børn, som har stærkt forhøjet risiko for at have problemer i forholdet til jævnaldrende. Det gælder følgende risikogrupper:

- kun én af forældrene har erhvervstilknytning (OR: 3,70)
- ingen af forældrene har erhvervstilknytning (OR: 14,11)
- forældrene har maksimalt 10. klasse (OR: 8,50)
- børn hvis mor er førstegenerationsindvandrer (OR: 3,87)
- børn hvis far er førstegenerationsindvandrer (OR: 4,00)
- børn hvis fædre var mellem 25-29 år ved fødslen (OR: 9,88)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til mad- og måltidsvaner ved indskolingen (OR: 3,08)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn-relationen ved indskolingen (OR: 2,77)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets udvikling og trivsel ved indskolingen (OR: 3,49).

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Albertslund Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer så som lavt uddannede eller arbejdsløse forældre.

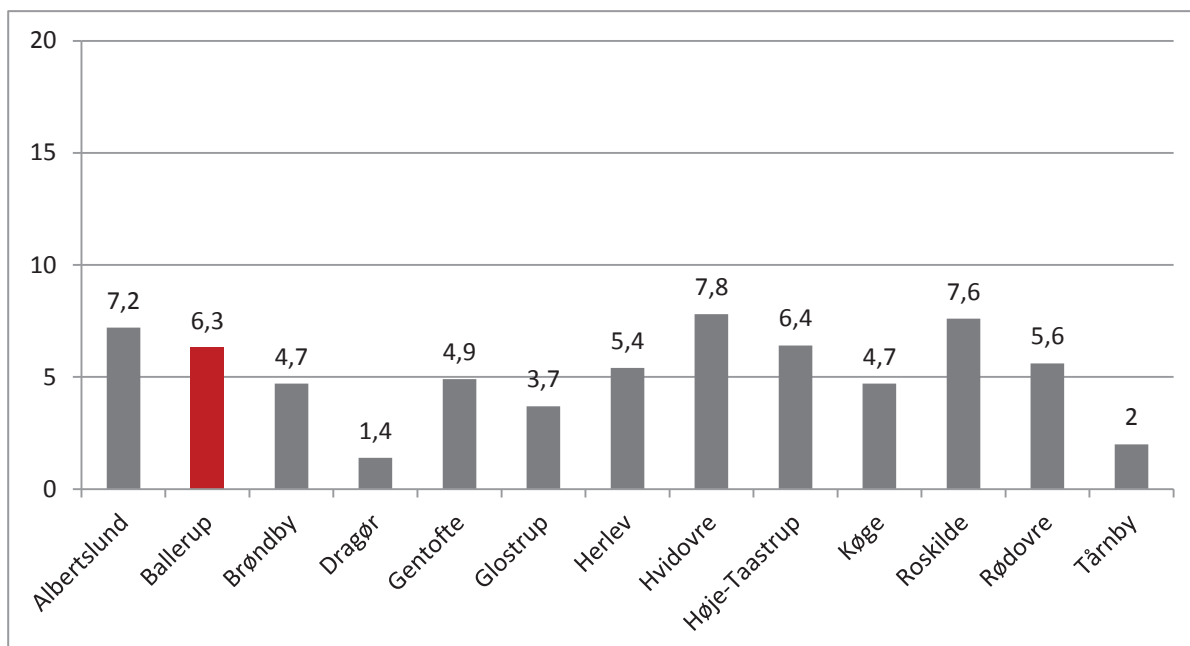
5.2 Trivsel ved indskoling i Ballerup Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 464 indskolingsundersøgte børn i Ballerup Kommune med oplysninger om trivsel. Heraf har 29 børn lav almen trivsel (6,3 %). Forekomsten ses i figur 5.2.1 sammenlignet med de øvrige kommuner. Børn af anden-/tredjegerationsindvandrermodre har stærkt øget risiko for lav almen trivsel (OR: 9,88), men derudover er forekomsten af lav almen trivsel stort set den samme i alle subgrupper af børn.

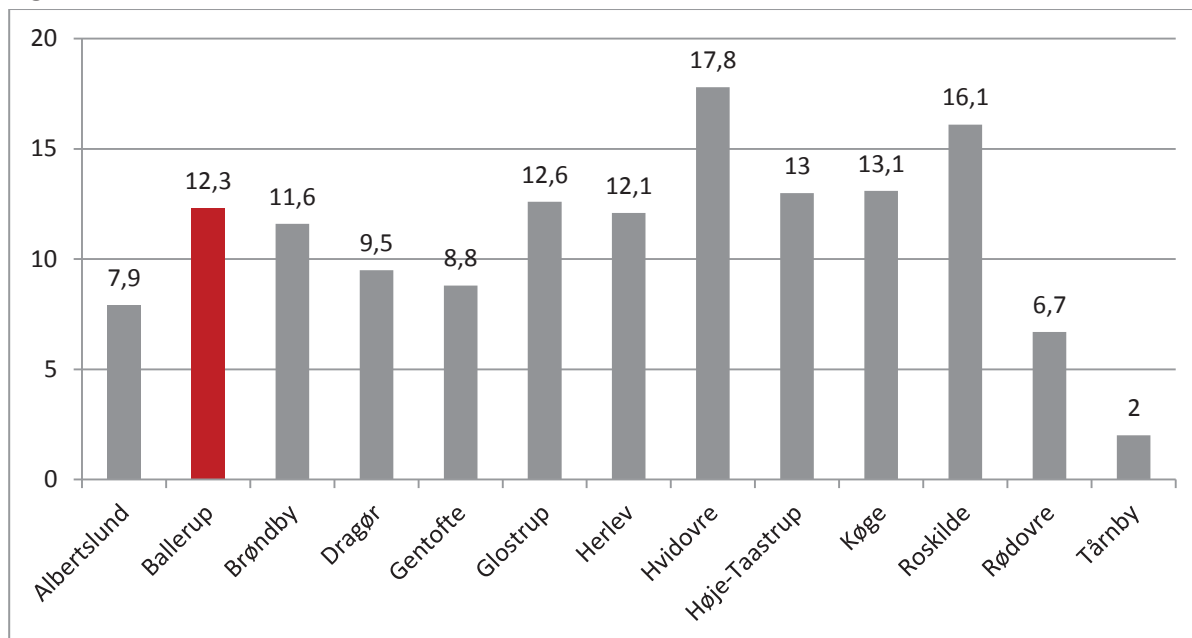
Figur 5.2.1 Procent med lav almen trivsel



Børn med lav skoletrivsel

Forekomsten er lav, 12,3 %, og nogenlunde ensartet i alle subgrupper af børn. Analysen af data fra Ballerup Kommune viser, at der ikke er særlige risikogrupper for lav skoletrivsel. Forekomsten ses i figur 5.2.2

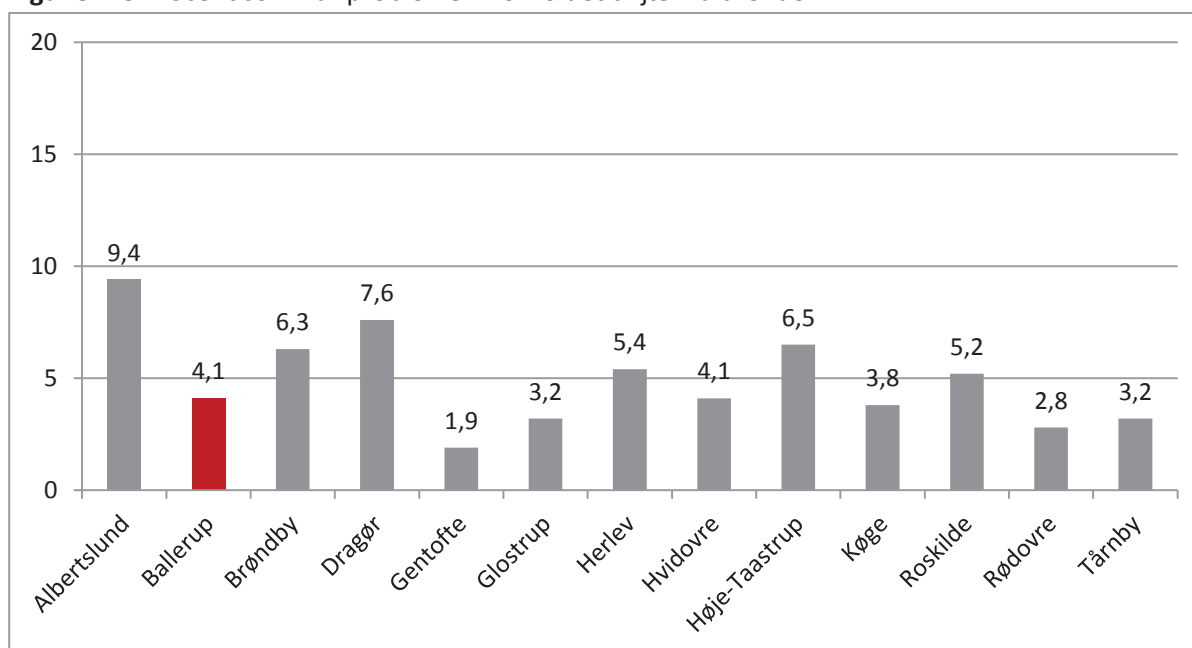
Figur 5.2.2 Procent med lav skoletrivsel



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Der er 4,1 % af indskolingsbørnene i Ballerup Kommune, som har vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Forekomsten ses i figur 5.2.3 sammenlignet med de øvrige kommuner.

Figur 5.2.3 Procent som har problemer i forholdet til jævnaldrende



I Ballerup Kommune er der flere subgrupper af børn, som har stærkt forhøjet risiko for at have problemer i forholdet til jævnaldrende. Det gælder følgende risikogrupper:

- moderen er førstegenerationsindvandrer (OR: 5,78)
- moderen er andengenerationsindvandrer (OR: 10,64)
- faderen er andengenerationsindvandrer (OR: 33,81)
- far yngre end 25 år ved barnets fødsel (OR: 10,93)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til motorik ved indskolingen (OR: 3,90)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til sprog ved indskolingen (OR: 5,67)
- sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn relation ved indskolingen (OR: 10,34)

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Ballerup Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer så som indvandrerstatus og problemer med forældre-barn-relationen.

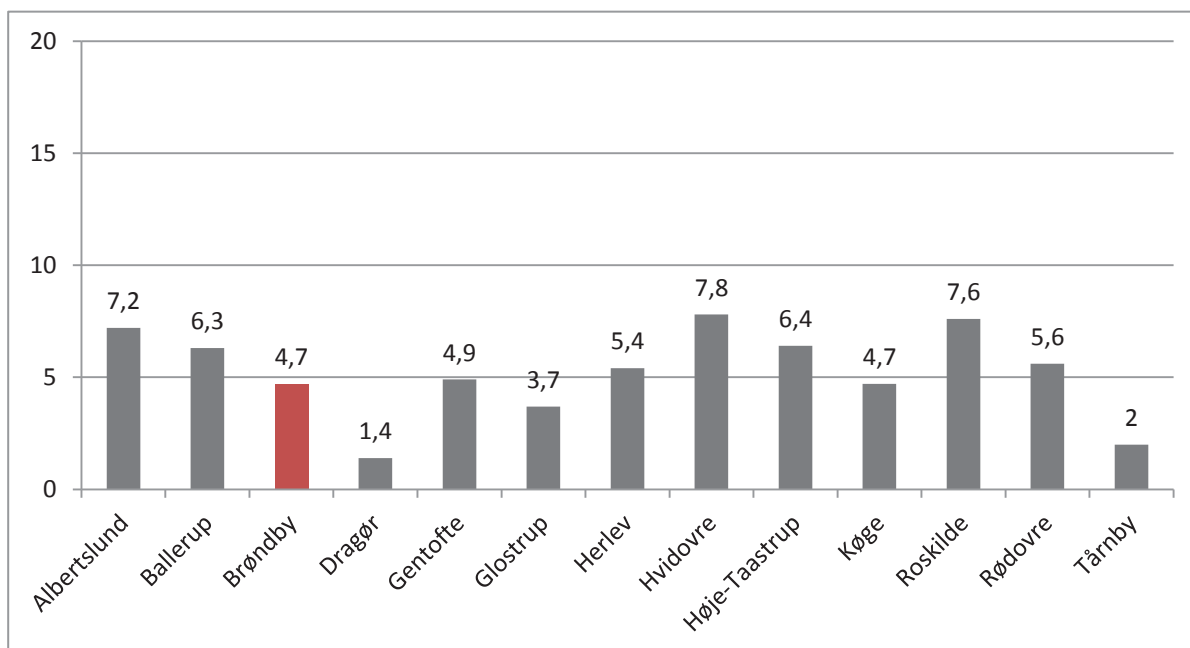
5.3 Trivsel ved indskoling i Brøndby Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 258 indskolingsundersøgte børn i Brøndby Kommune med oplysning om trivsel. Forekomsten af lav almen trivsel er beskeden, kun 6,3 %. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn med en enkelt undtagelse: Børn med bemærkninger til fysisk aktivitet har en forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 13,80). Forekomsten ses i figur 5.2.1.

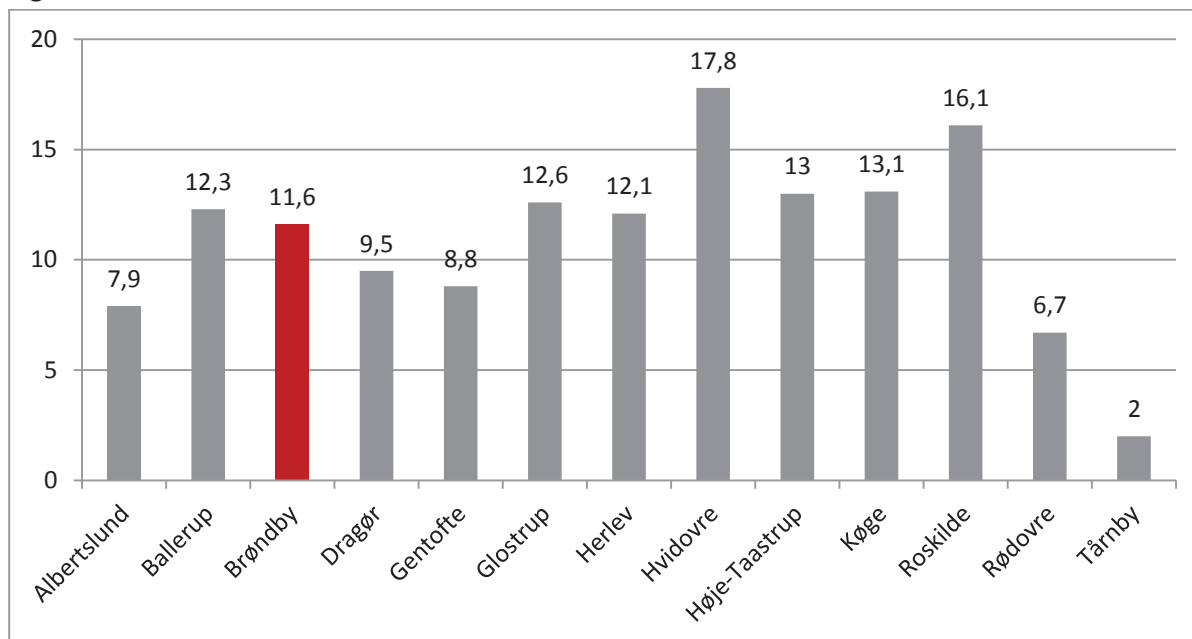
Figur 5.3.1 Procent med lav almen trivsel



Børn med lav skoletrivsel

Forekomsten af lav skoletrivsel er lav i Brøndby Kommune: 11,6 %. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn med en enkelt undtagelse: De børn, hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger om barnets sproglige udvikling, har en tredoblet risiko for lav skoletrivsel (OR: 3,03). Figur 5.3.2 på næste side viser forekomsten i Brøndby kommune sammenlignet med de øvrige kommuner.

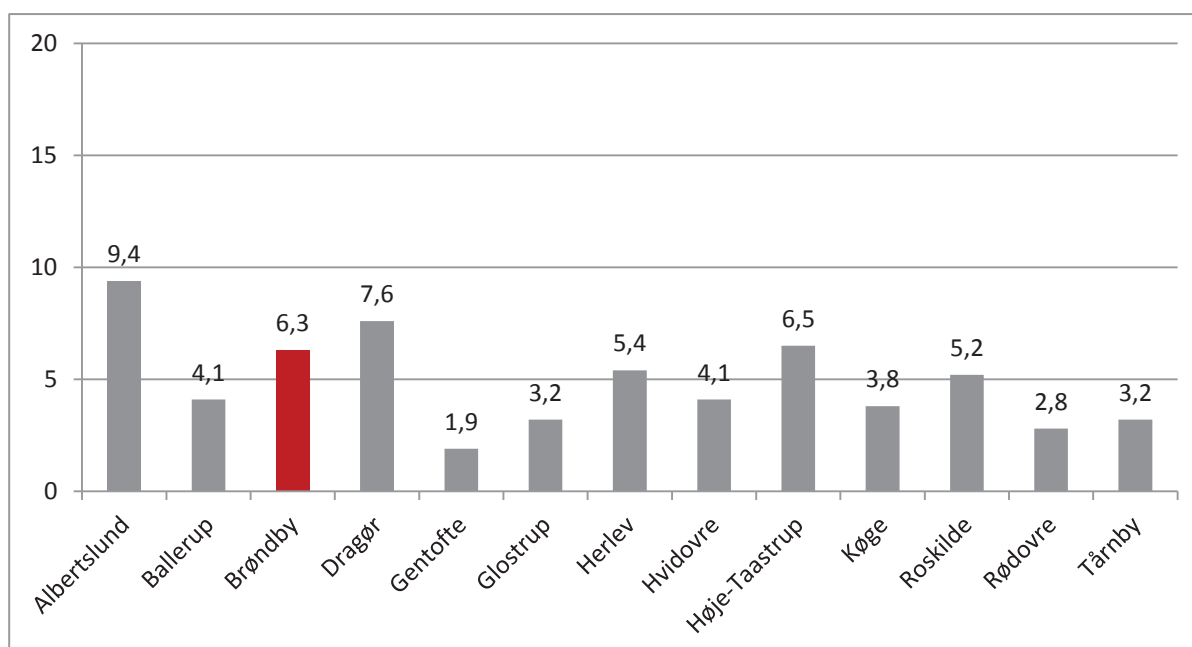
Figur 5.3.2 Procent med lav skoletrivsel



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Også her er forekomsten lav, 6,3 %. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn. Figur 5.3.3 viser forekomsten i Brøndby Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner.

Figur 5.3.3 Procent som har problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Brøndby Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Vi har ikke fundet særlige risikogrupper for lav trivsel, idet forekomsten er næsten den samme i alle subgrupper af børn og familier.

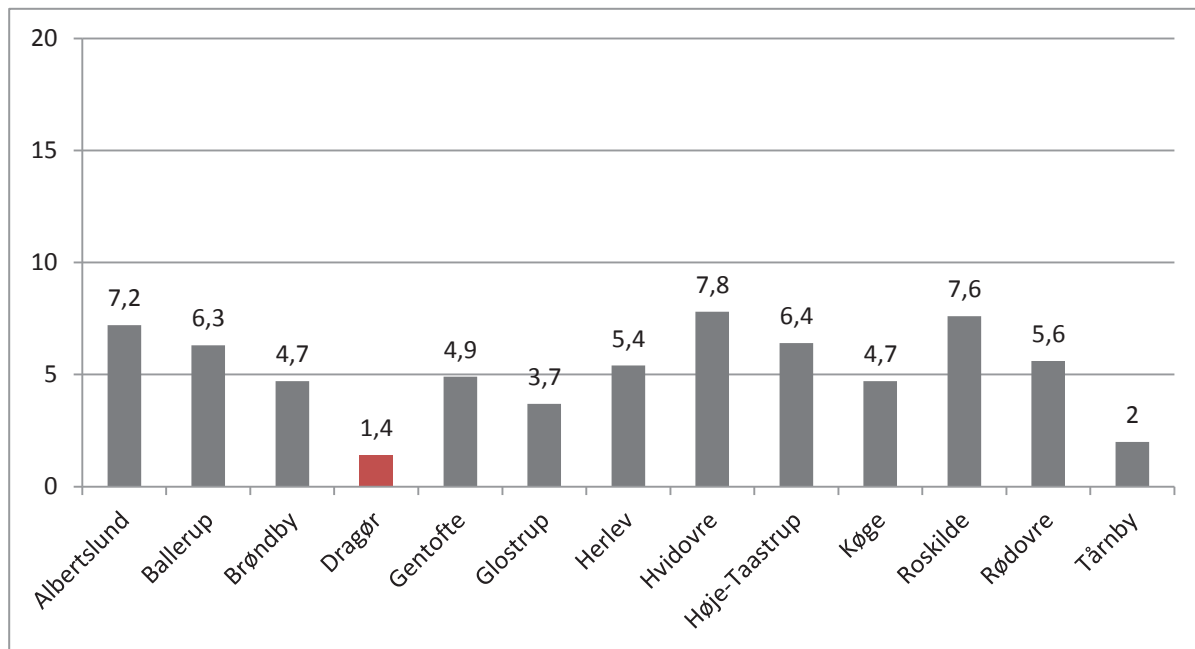
5.4 Trivsel ved indskoling i Dragør Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 158 indskolingsundersøgte børn i Dragør Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har kun to børn lav almen trivsel, hvilket svarer til mindre end to procent. Det er begge børn, som har bemærkninger til forældre-barn relation ved indskolingen. Forekomsten ses i figur 5.4.1 sammenlignet med de andre kommuner.

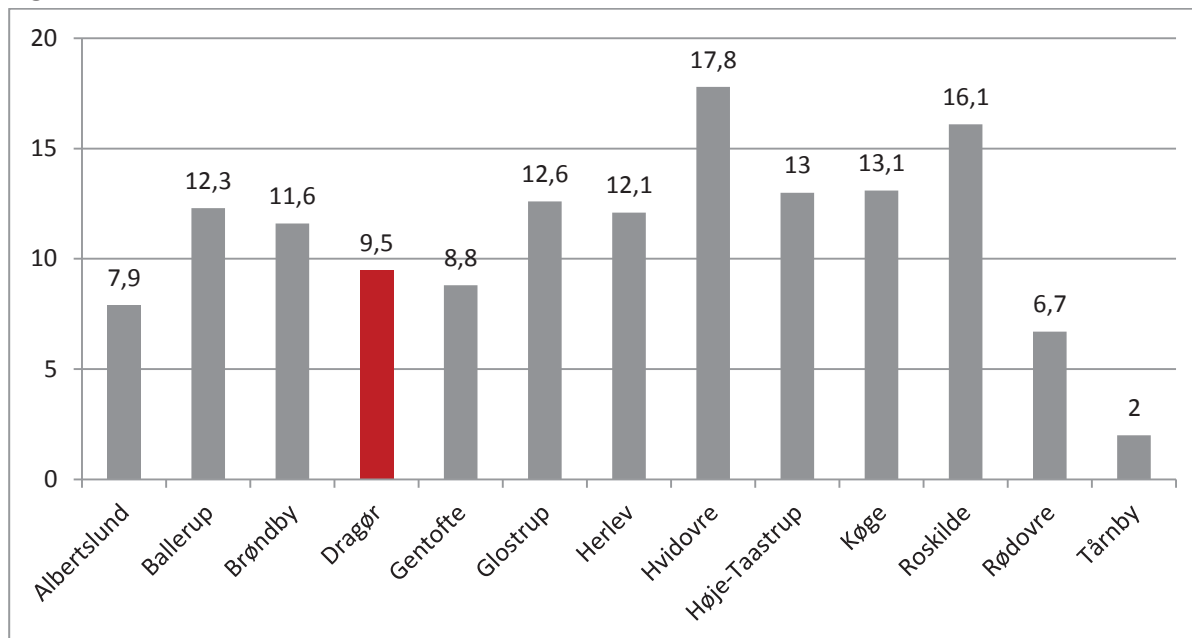
Figur 5.4.1 Procent med lav almen trivsel



Børn med lav skoletrivsel

Der var 14 børn med lav skoletrivsel i Dragør Kommune (9,5 %). Vi har ikke fundet særlige risikofaktorer for at have lav skoletrivsel i Dragør kommune, det vil sige at der ikke er nogen ophobning af lav skoletrivsel i bestemte grupper af børn. Forekomsten ses i figur 5.4.2 sammenlignet med de andre kommuner.

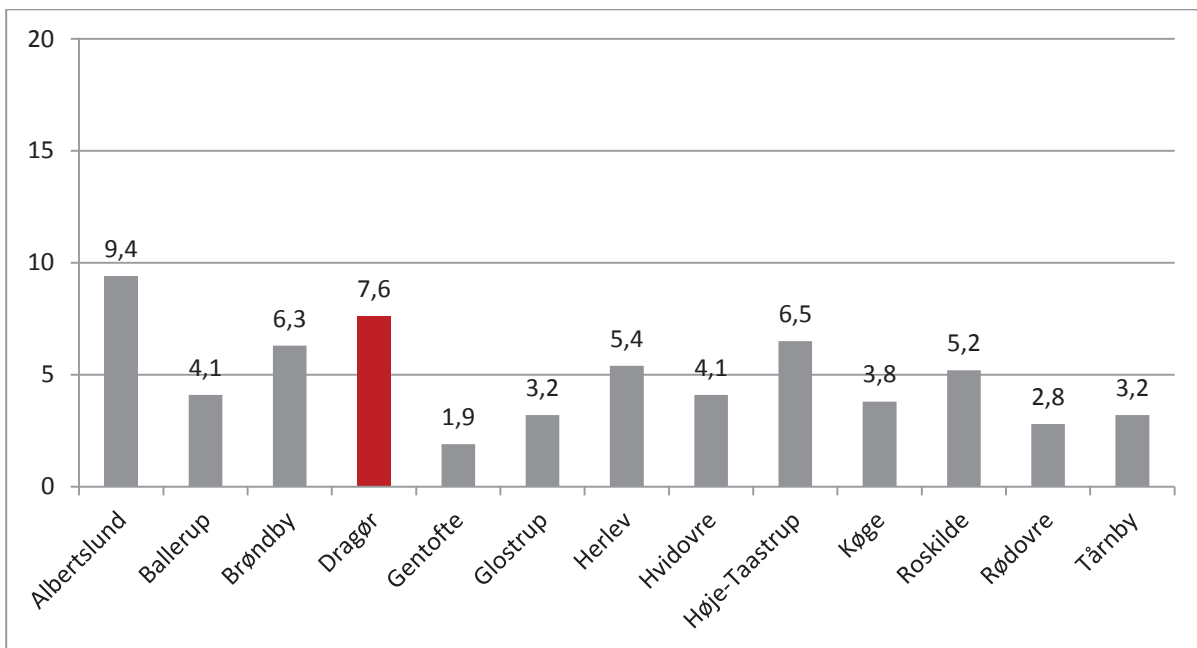
Figur 5.4.2 Procent med lav skoletrivsel



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

I Dragør Kommune var der 12 børn, hvor forældrene har angivet at barnet har vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Forekomsten ses i figur 5.4.3 på næste side sammenlignet med andre kommuner. Børn med bemærkninger til fysisk aktivitet ved indskolingsundersøgelsen har øget risiko for at have vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende (OR: 8,63).

Figur 5.4.3 Procent som har problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Dragør Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Vi har ikke fundet særlige risikogrupper for lav trivsel, idet forekomsten er næsten den samme i alle subgrupper af børn og familier.

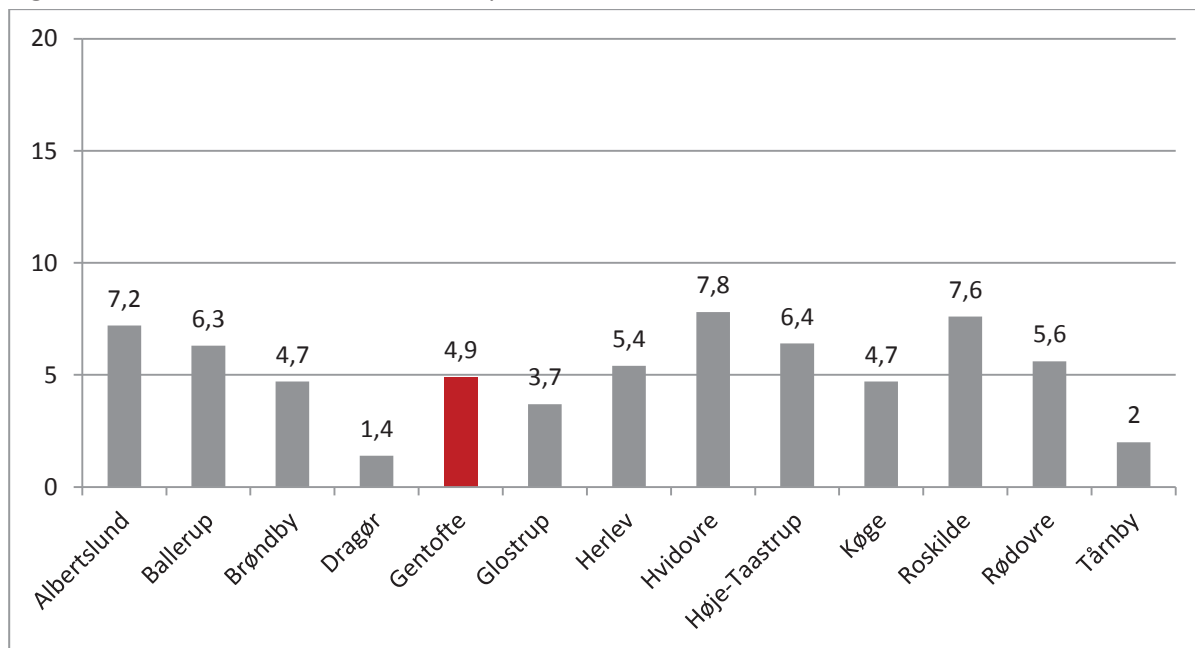
5.5 Gentofte Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 1.012 indskolingsundersøgte børn i Gentofte Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 50 børn lav almen trivsel (4,9 %). Figur 5.5.1 viser forekomsten i Gentofte sammenlignet med andre kommuner.

Figur 5.5.1. Procent af lav almen trivsel, procent.



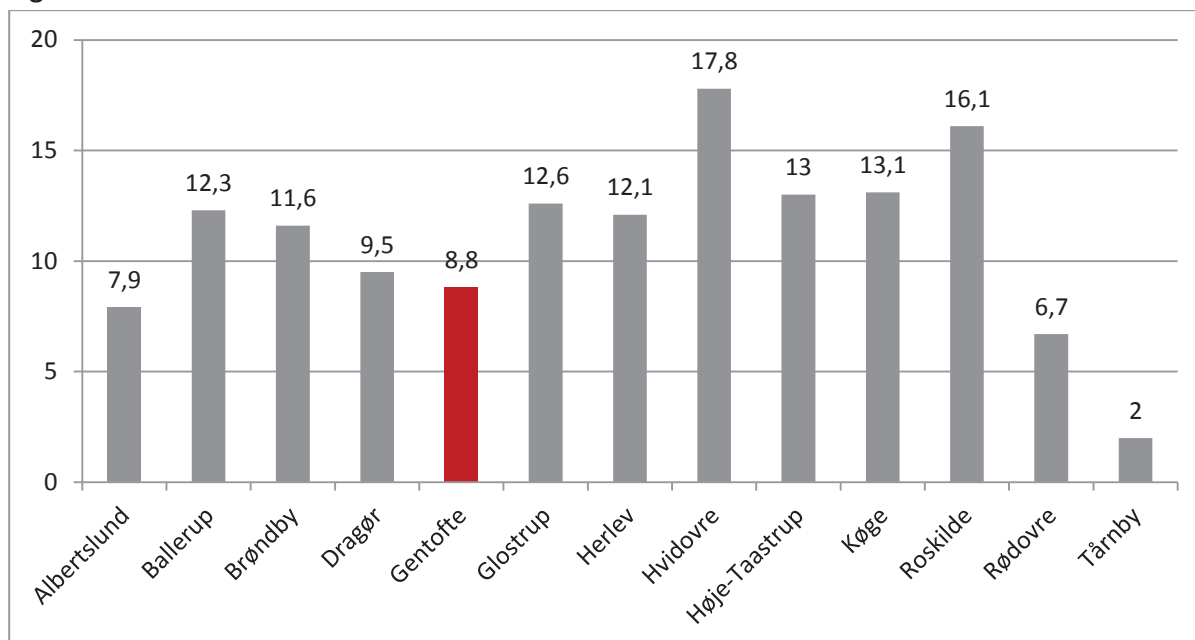
Børn med kun én forælder med erhvervstilknytning har næsten tre gange forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 2,73). Også børn med bemærkninger til forælder-barn kontakt og samspil i første leveår har signifikant forhøjet risiko for lav almen trivsel ved indskolingen (OR: 3,34). Det samme gælder børn med bemærkninger til udvikling og trivsel (OR: 2,10).

Børn med lav skoletrivsel

Også her er forekomsten lav i Gentofte Kommune: 8,8 %. Figur 5.5.2 på næste side viser forekomsten sammenlignet med andre kommuner. Børn med bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår har forhøjet risiko for lav skoletrivsel (OR: 2,38). Det samme gælder børn med bemærkninger til henholdsvis

motorik (OR: 2,11), forældre-barn relation (OR: 2,59) samt bemærkninger til udvikling og trivsel ved indskolingsundersøgelsen (OR: 1,87).

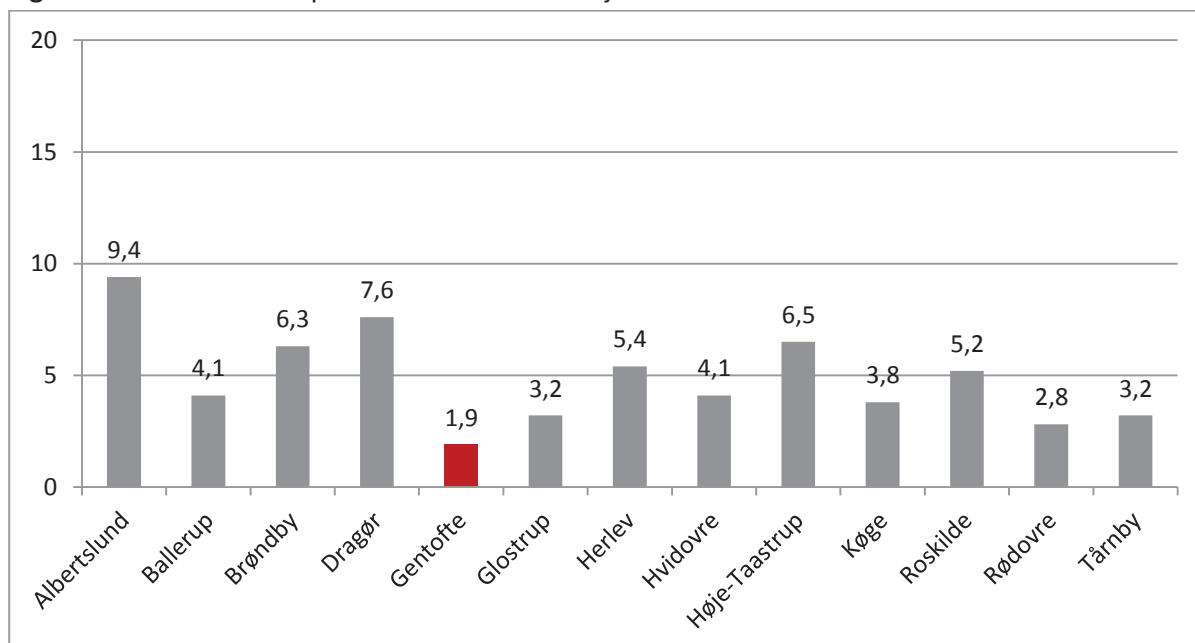
Figur 5.5.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Forekomsten i Gentofte Kommune er meget lav, kun 1,9 %. Forekomsten ses i figur 5.5.3 sammenlignet med de andre kommuner.

Figur 5.5.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende.



Der er flere subgrupper af børn i Gentofte Kommune med forhøjet risiko for at have problemer i forholdet til jævnaldrende. Det gælder følgende:

- Far under 25 år ved fødslen (OR: 14,33)
- Far er førstegenerationsindvandrer (OR: 5,25)
- For tidligt fødte børn (OR: 5,10)
- Bemærkninger til mors psykiske tilstand i barnets første leveår (OR: 5,26)
- Bemærkninger til fysisk aktivitet ved indskoling (OR: 5,03)
- Bemærkninger til sproglig udvikling (OR: 4,39)
- Bemærkninger til udvikling og trivsel (OR: 5,26)
- Børn med sygdom eller handicap (OR: 8,90)
- Mor med sygdom eller handicap (OR: 3,78)

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Gentofte Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer så som indvandrerstatus og bemærkninger til mors psykiske tilstand i første leveår.

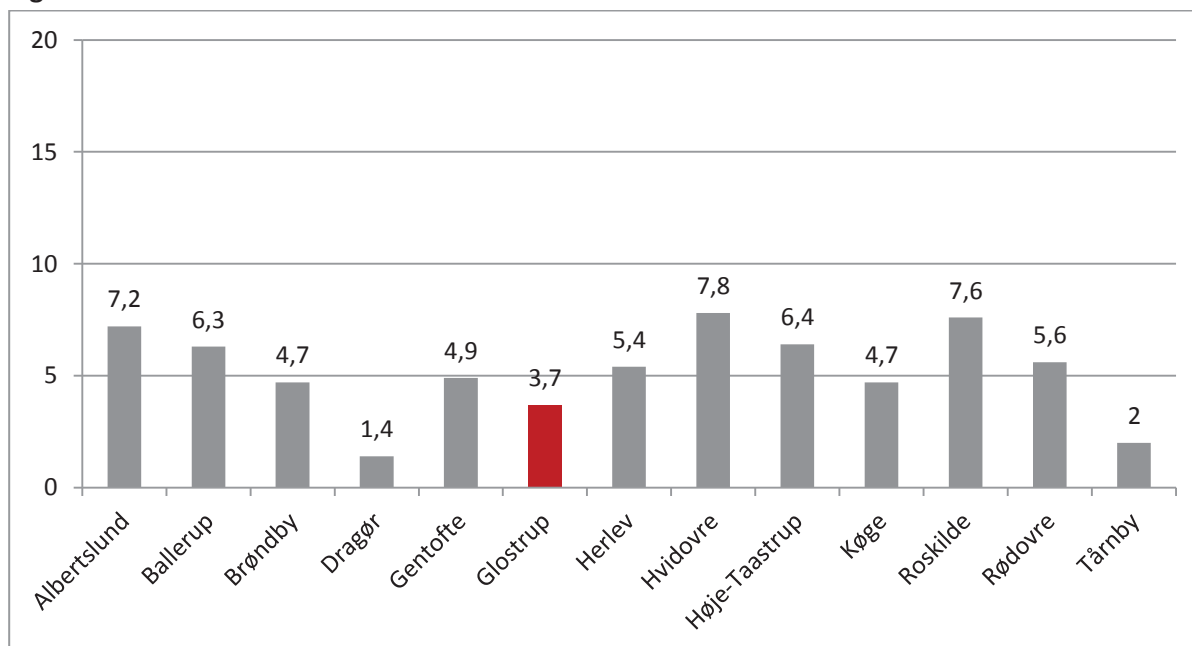
5.6 Glostrup Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 191 indskolingsundersøgte børn i Glostrup Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har syv børn (3,7 %) lav almen trivsel. Figur 5.6.1 viser forekomsten i Glostrup sammenlignet med andre kommuner. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn.

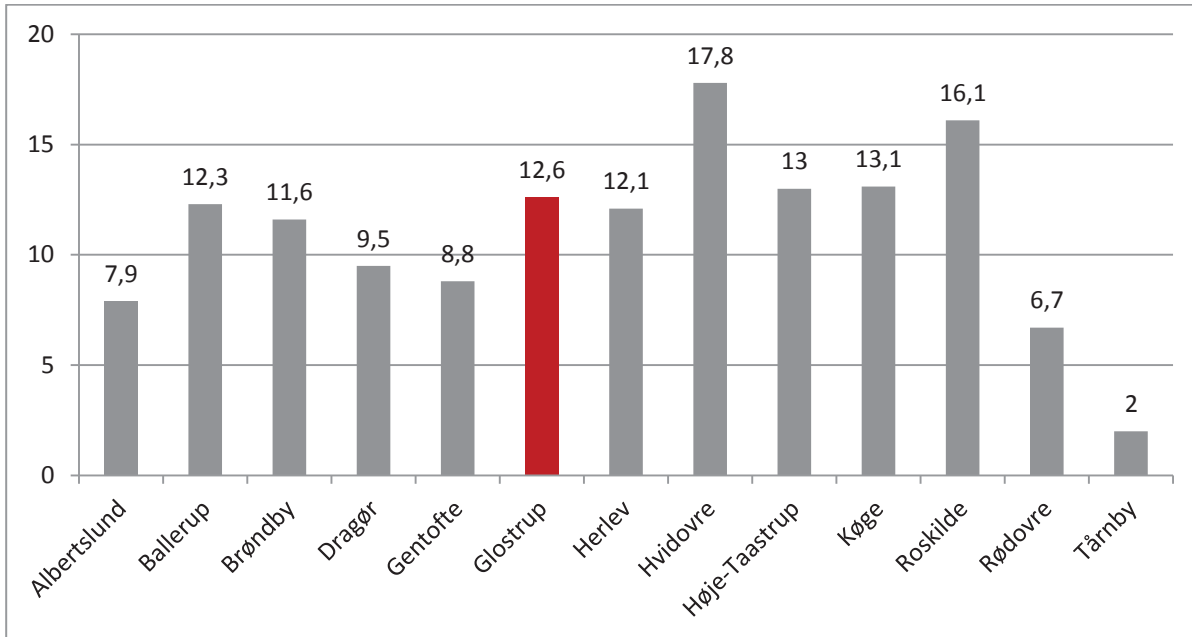
Figur 5.6.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Der er en del flere børn med lav skoletrivsel i Glostrup Kommune: 12,6 %. Figur 5.6.2 på næste side viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner. I Glostrup Kommune har piger lavere risiko for lav skoletrivsel end drenge (OR: 0,32). Børn med bemærkninger til mad- og måltidsvaner har forhøjet risiko for lav skoletrivsel (OR: 3,69). Det samme har børn med bemærkninger til sproglig udvikling (OR: 3,38) og bemærkninger til øvrig udvikling og trivsel (OR: 3,33) og børn, der har en mor med sygdom/handicap (OR: 5,70).

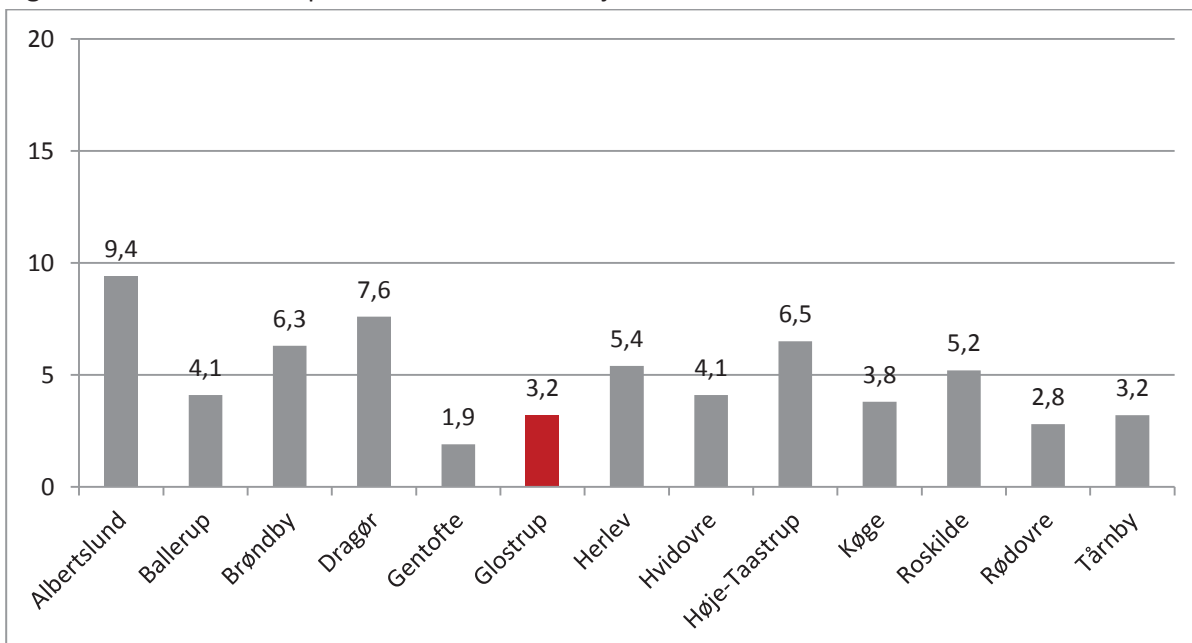
Figur 5.6.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Kun 3,2 % har vanskeligheder i forhold til jævnaldrende i Glostrup Kommune, således som det fremgår af figur 5.6.3.

Figur 5.6.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Forekomsten af problemer i forholdet til jævnaldrende er stærkt forhøjet i nogle subgrupper af børn i Glostrup Kommune:

- Børn, som ikke bor sammen med både mor og far (OR: 8,65)
- Børn, hvis far var under 25 år ved fødslen (OR: 65,00)
- Børn med sygdom eller handicap (OR: 11,79)
- Børn der er svært overvægtige (OR: 18,00)
- Børn med bemærkninger til mad- og måltidsvaner (OR: 20,16)
- Bemærkninger til fysisk aktivitet (OR: 23,67)
- Bemærkninger til forældre-barn relation (OR: 6,71).

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Glostrup Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer såsom at forældrene ikke bor sammen eller bemærkninger til forældre-barn relationen.

5.7 Herlev Kommune

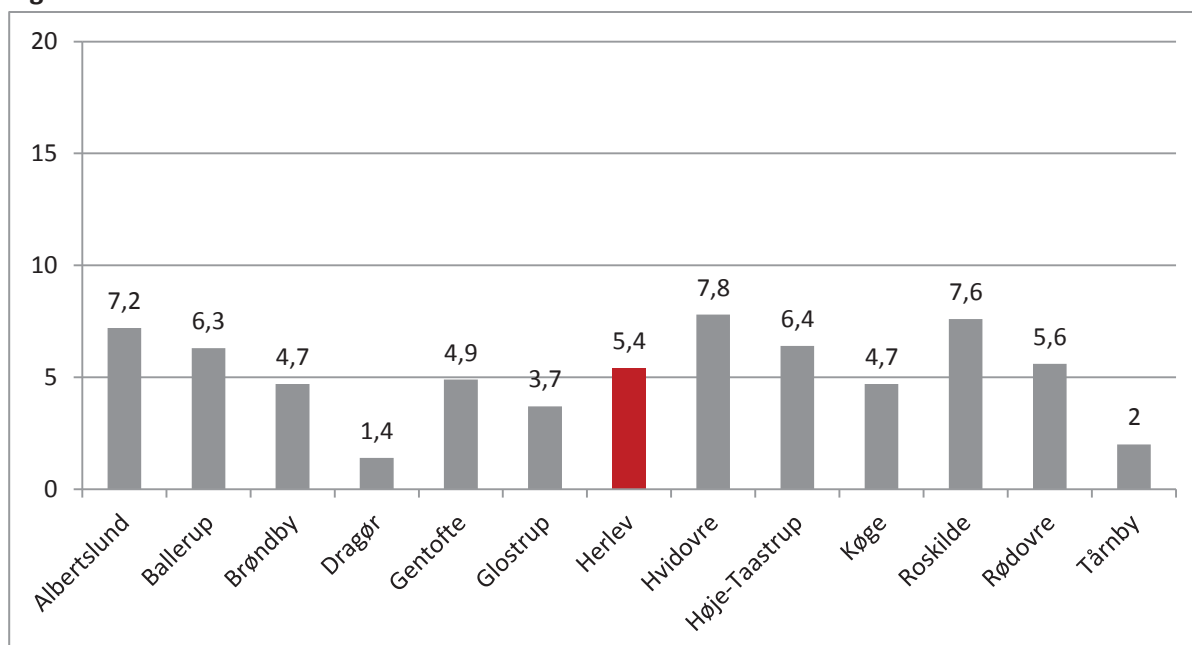
Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Børn med lav almen trivsel

Der er 240 indskolingsundersøgte børn i Herlev Kommune med oplysning om trivsel. Forekomsten af lav almen trivsel er lav, 5,4 %. Figur 5.7.1 viser forekomsten sammenlignet med de andre kommuner. Der er nogle subgrupper af børn i Herlev Kommune, hvor forekomsten er signifikant forhøjet: Børn med to forældre uden erhvervstilknytning har forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 23,25). Det samme gælder børn, der ikke bor sammen med både mor og far (OR: 5,03). Også svært overvægtige børn har forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 21,25) og det samme har børn med bemærkninger til forældre-barn relation (OR: 67,50).

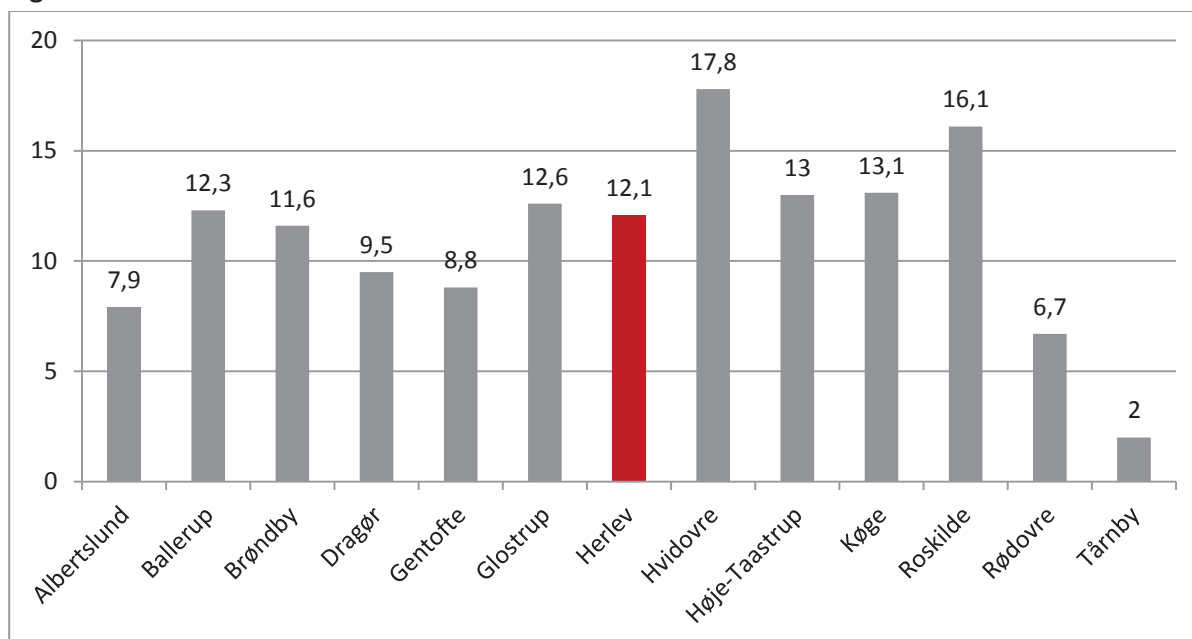
Figur 5.7.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Som det fremgår af figur 5.7.2 er forekomsten i Herlev Kommune lav, 12,1 %. Der er nogle subgrupper af børn i Herlev Kommune, der har forhøjet risiko for lav skoletrivsel. Det gælder børn, hvor begge forældre har højst 10 års skolegang (OR: 20,80), børn som ikke bor sammen med begge forældre (OR: 2,54), og børn hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår (OR: 4,35). Børn, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til henholdsvis forældre-barn relation (OR: 7,70) og øvrig udvikling og trivsel ved indskolingen (OR: 15,38) har ligeledes forhøjet risiko for lav skoletrivsel.

Figur 5.7.2. Procent med lav skoletrivsel.

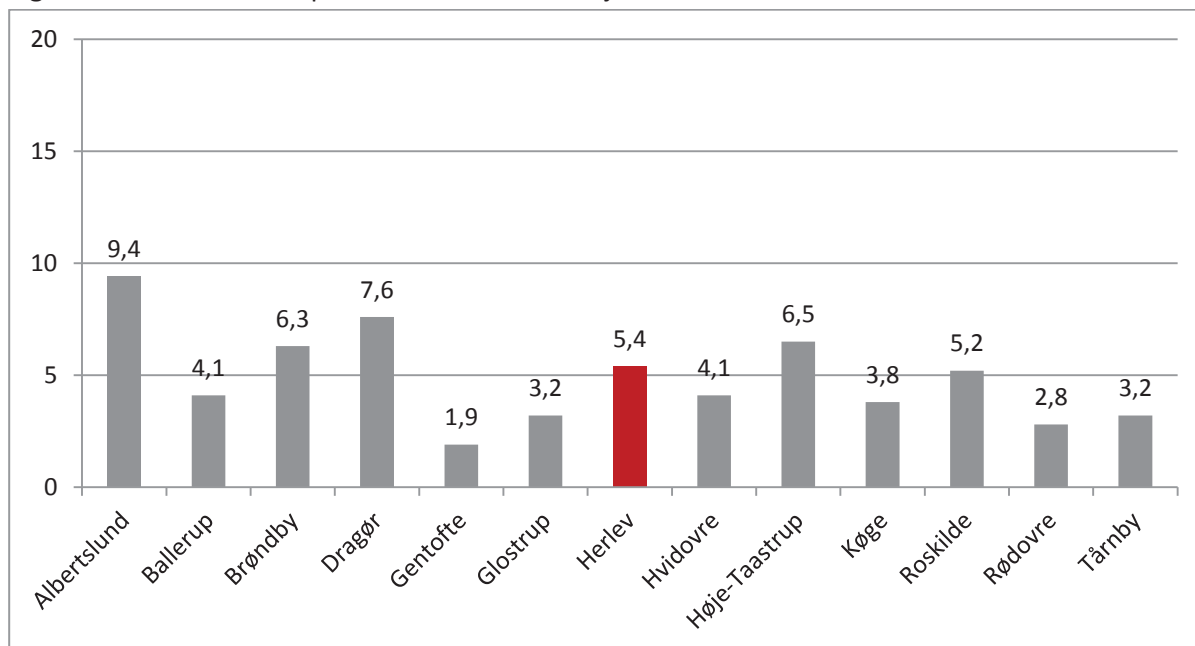


Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Figur 5.7.3 på næste side viser, at forekomsten af sådanne problemer er lav i Herlev Kommune, 5,4 %.

Enkelte subgrupper af børn i Herlev Kommune har forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Det gælder børn, hvis mor var under 25 år ved fødslen (OR: 18,15), børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mad- og måltidsvaner (OR: 8,98) og børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til fysisk aktivitet (OR: 1,50) ved indskolingen.

Figur 5.7.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Herlev Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel.

De børn, som har trivselsproblemer er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer såsom ung mor, bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil i første leveår, bemærkninger til henholdsvis forældre-barn relation ved indskolingen og lavtuddannede forældre.

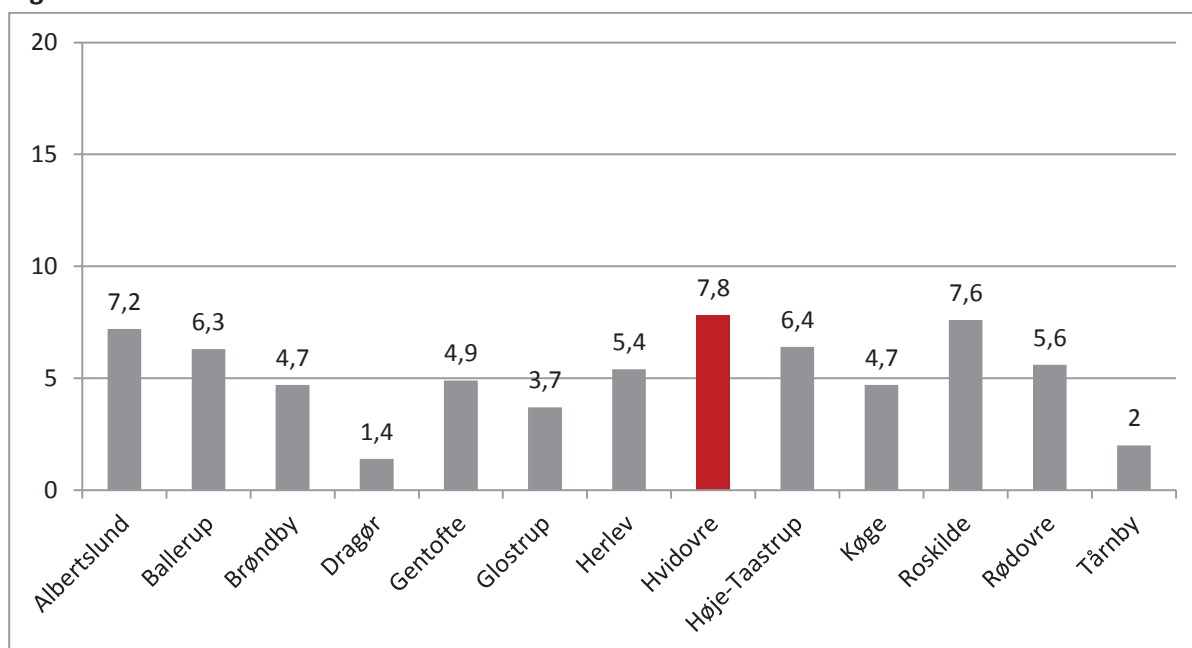
5.8 Hvidovre Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 539 indskolingsundersøgte børn i Hvidovre Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 42 børn (7,8 %) lav almen trivsel. Figur 5.8.1 viser forekomsten af lav almen trivsel sammenlignet med de andre kommuner. Forekomsten er ensartet i alle subgrupper af børn i Hvidovre Kommune med én undtagelse: Børn med bemærkninger til fysisk aktivitet ved indskolingen har forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 6,84).

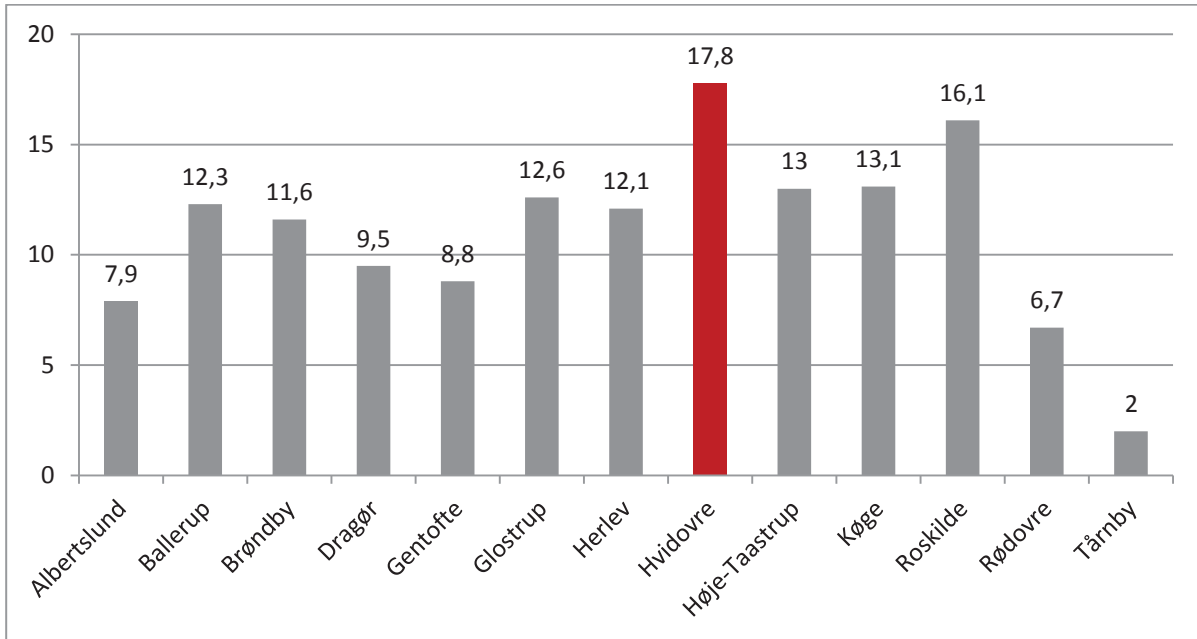
Figur 5.8.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Forekomsten er forholdsvis høj: 17,8 %. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn i Hvidovre Kommune, dog med én undtagelse: De børn, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets udvikling og trivsel har signifikant forhøjet risiko for lav skoletrivsel (OR: 2,04). Figur 5.8.2 på næste side viser forekomsten af lav skoletrivsel i Hvidovre Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner.

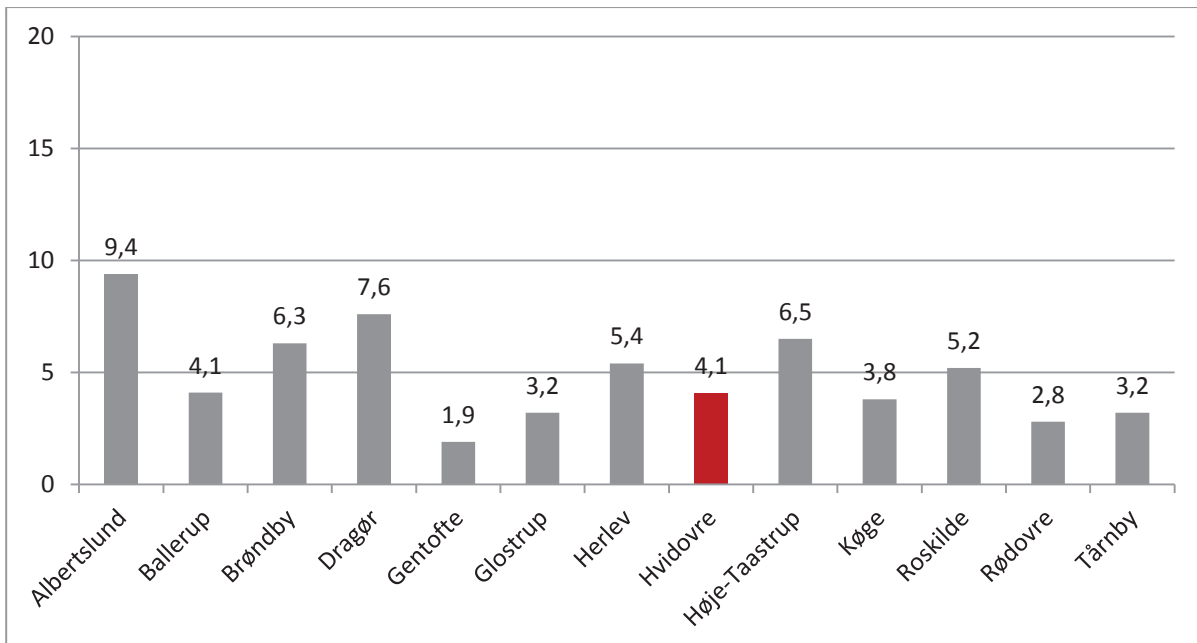
Figur 5.8.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Forekomsten er relativt lav i Hvidovre Kommune, kun 4,1 %. Figur 5.8.3 viser forekomsten i Hvidovre Kommune sammenlignet med de øvrige kommuner.

Figur 5.8.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Der er mange subgrupper af børn i Hvidovre Kommune, som har forhøjet risiko for at have vanskeligheder i forhold til jævnaldrende. Det gælder følgende:

- Børn med to forældre uden erhvervstilknytning (OR: 8,55)
- Børn med to forældre med højest 10 års skolegang (OR: 7,19)
- Børn hvor sundhedsplejersken i første leveår havde bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil (OR: 15,00)
- Børn hvor sundhedsplejersken i første leveår havde bemærkninger til mors psykiske tilstand (OR: 6,51). Børn, som ved indskolingen er svært overvægtige (OR: 6,32)
- Børn, som ved indskolingen havde bemærkninger til mad- og måltidsvaner (OR: 4,51)
- og bemærkninger til fysisk aktivitet (OR: 10,92).

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Hvidovre Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer såsom lavtuddannede forældre og problemer med forældre-barn kontakt og samspil.

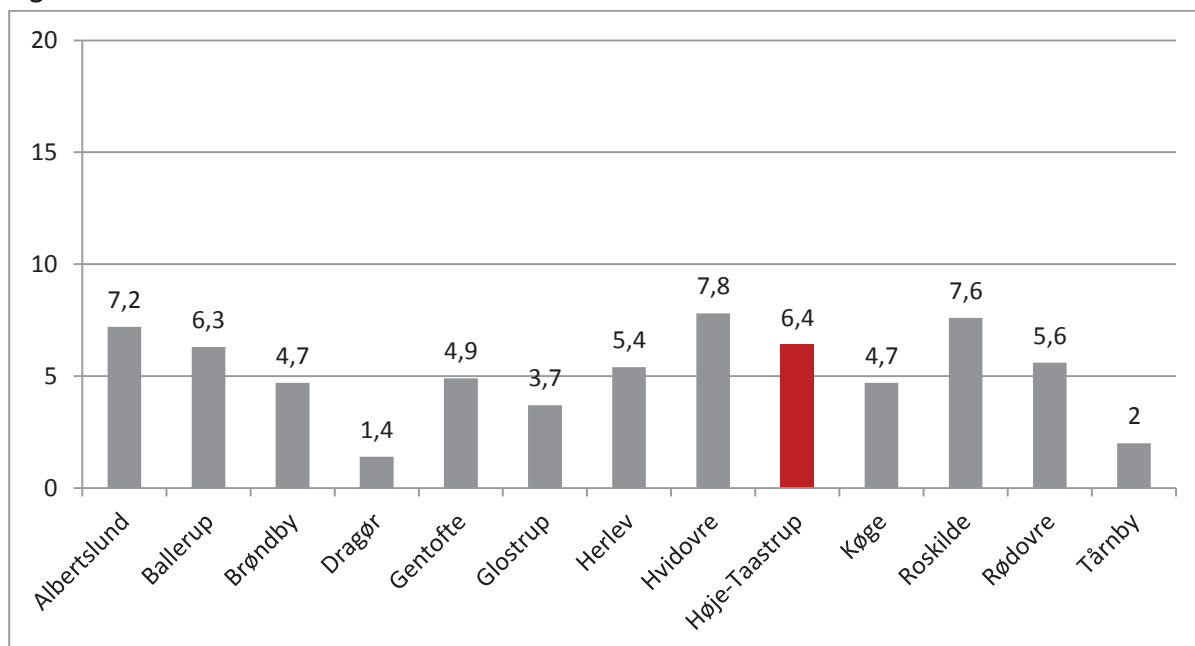
5.9 Høje-Taastrup Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 502 indskolingsundersøgte børn i Høje-Taastrup Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 6,4 % af børnene lav almen trivsel. Figur 5.9.1 viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner. Forekomsten af lav almen trivsel i Høje-Taastrup Kommune er nogenlunde den samme i alle subgrupper, dog med én undtagelse: Børn hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til fysisk aktivitet ved indskolingen har en statistisk sikker forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 3,66).

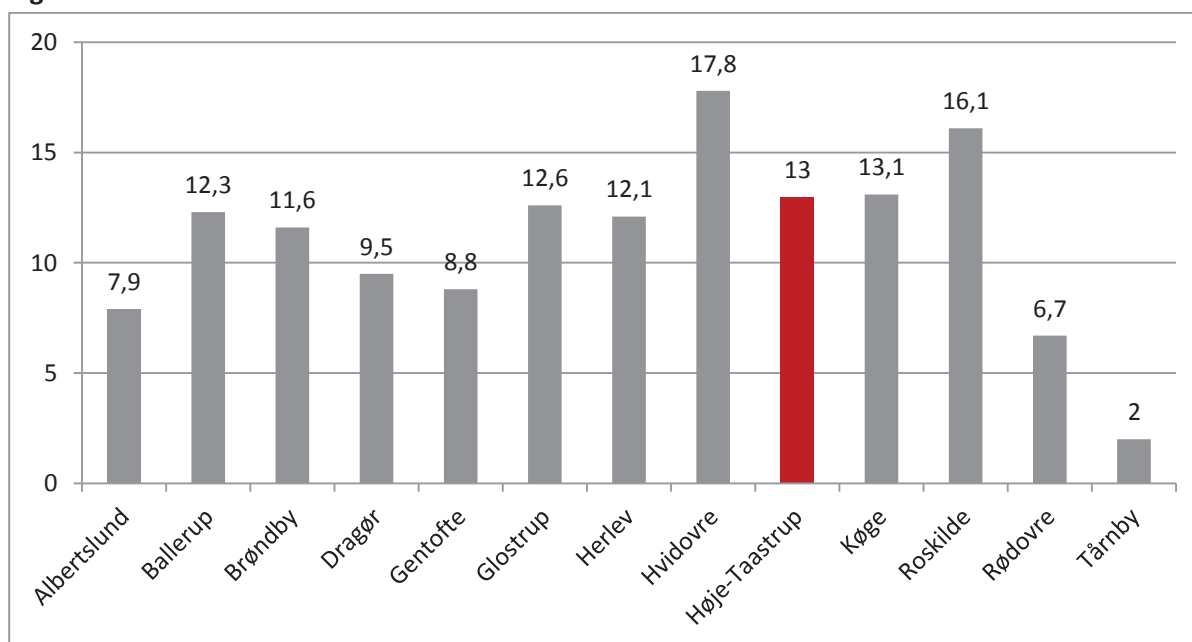
Figur 5.9.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Der er 13,0 % af børnene i Høje-Taastrup Kommune, som har lav skoletrivsel, se figur 5.9.2 på næste side, hvor forekomsten sammenlignes med de andre kommuner. Forekomsten er nogenlunde den samme i alle subgrupper af børn, di Høje-Taastrup Kommune og med to undtagelser: Børn som ikke bor sammen med begge forældre har fordoblet risikoen for lav skoletrivsel (OR: 2,00). Det samme gælder børn, hvor sundhedsplejersken har noteret bemærkninger til øvrig udvikling og trivsel (OR: 2,42).

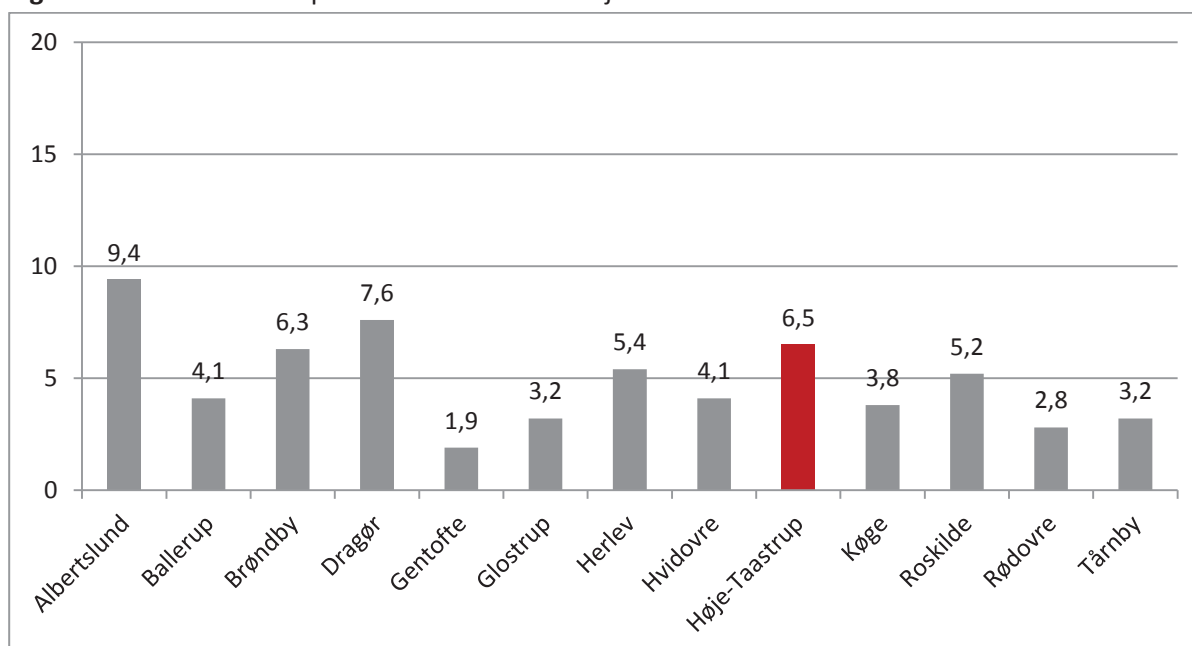
Figur 5.9.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Der er 6,5 % af børnene i Høje-Taastrup Kommune, som har sådanne vanskeligheder. Figur 5.9.3 viser forekomsten sammenlignet med de andre kommuner. Der er flere subgrupper af børn med stærkt forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende: Drengene (OR: 2,63), børn hvis mor har sygdom eller handicap (OR: 3,45), børn hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn relationen (OR: 4,40) og børn hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 3,10).

Figur 5.9.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Høje-Taastrup Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har trivselsproblemer, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer såsom ikke at bo sammen med begge forældre og at sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn-kontakten.

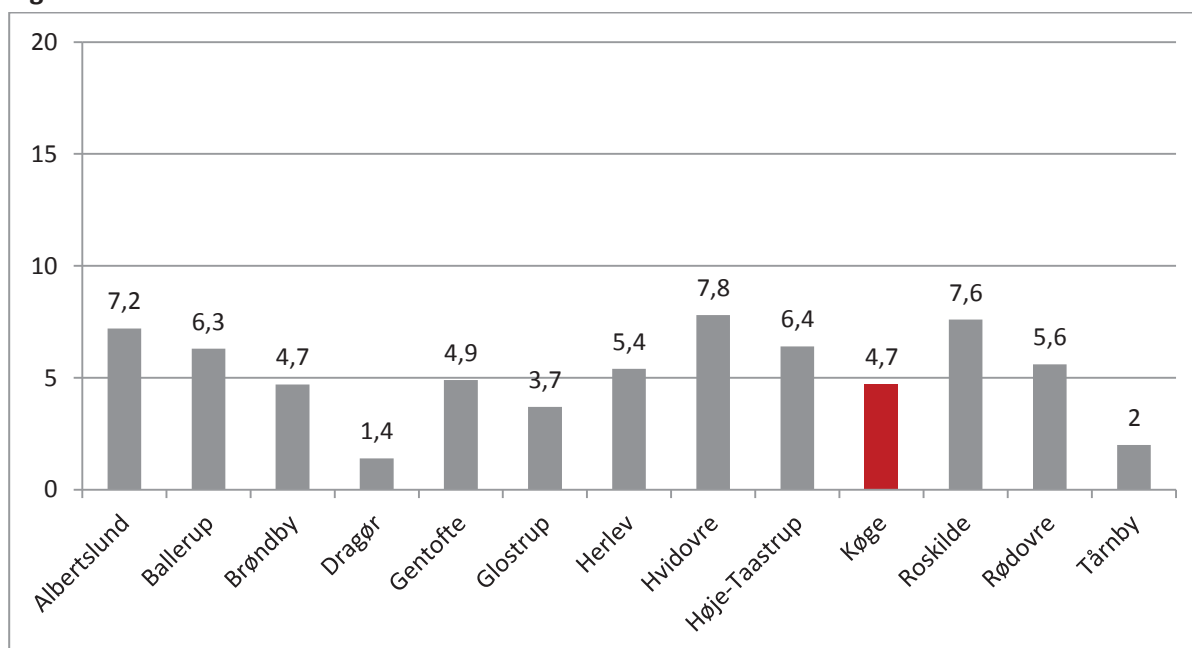
5.10 Køge Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 681 indskolingsundersøgte børn i Køge Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 31 lav almen trivsel (4,7 %). Forekomsten fremgår af figur 5.10.1, hvor Køge Kommune sammenlignes med de øvrige kommuner. Forekomsten er nogenlunde ensartet i alle subgrupper af børn i Køge Kommune, dog med to undtagelser. Børn hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger til mad- og måltidsvaner har forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 2,57), og det samme gælder børn, hvor sundhedsplejersken har skrevet bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 3,74).

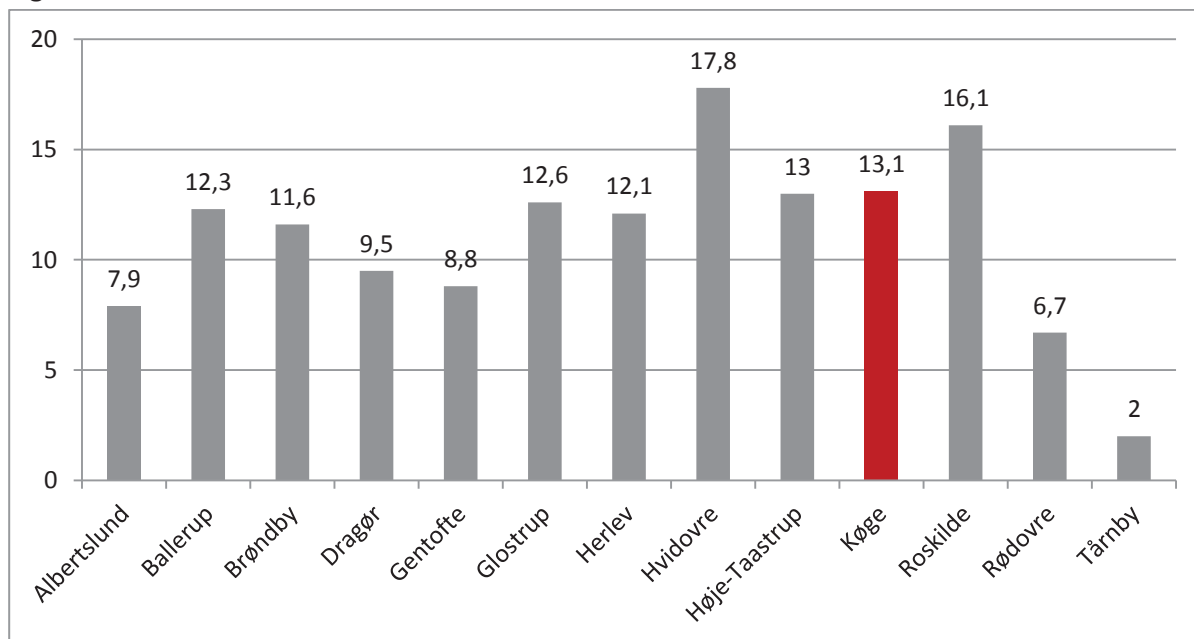
Figur 5.10.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Forekomsten af lav skoletrivsel er 13,1 %, se figur 5.10.2 på næste side, som også viser forekomsten i de øvrige kommuner. Der er tre subgrupper af børn i Køge Kommune med betydeligt forhøjet risiko for lav skoletrivsel. Det gælder de børn, hvor sundhedsplejersken i første leveår havde bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil (OR: 12,50). Det gælder også børn med sygdom/handicap (OR: 3,34) og børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel ved indskolingen (OR: 3,60).

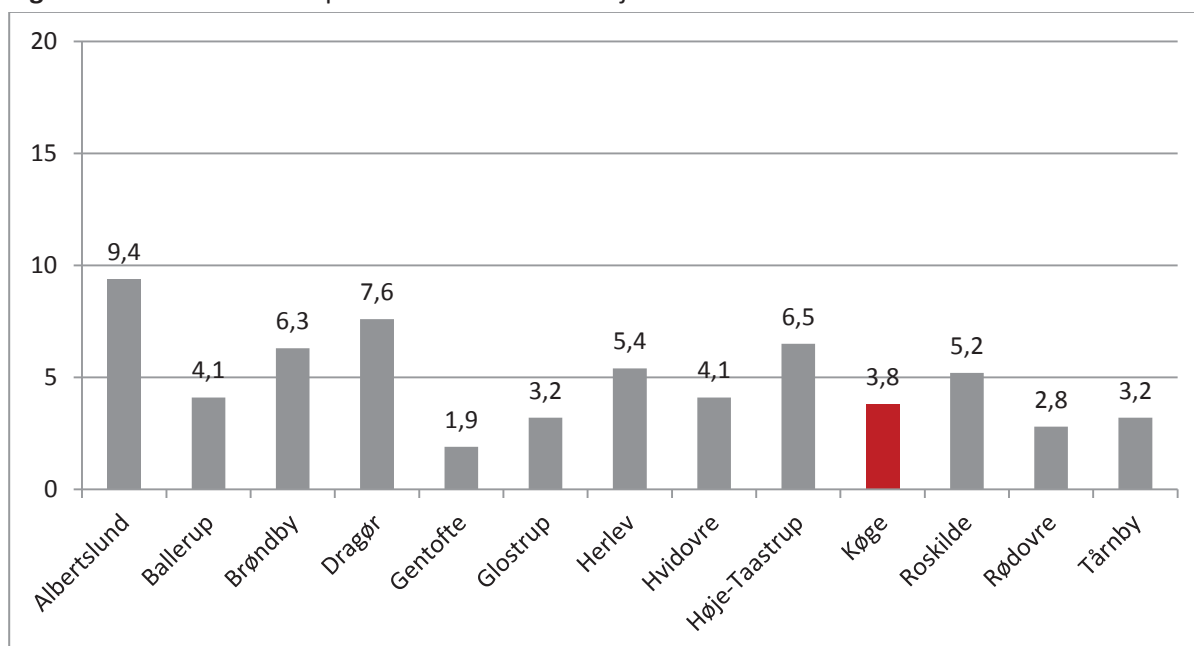
Figur 5.10.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Forekomsten er lav i Køge Kommune, kun 3,8 %. Det fremgår af figur 5.10.3 på næste side, hvor forekomsten i Køge Kommune sammenlignes med de øvrige kommuner. Der er to subgrupper af børn i Køge Kommune med betydeligt forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Den ene er børn med én forælder uden tilknytning til arbejdsmarkedet (OR: 9,98). Den anden subgruppe med forhøjet risiko er dem, hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til fysisk aktivitet (OR: 4,65).

Figur 5.10.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Køge Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel. Der er færre piger end drenge, som har trivselsproblemer.

De børn, som har problemer i forholdet til jævnaldrende, er i vid udstrækning børn med kendte risikofaktorer såsom svag tilknytning til arbejdsmarkedet og at sundhedsplejersken har bemærkninger til barnets udvikling og trivsel ved indskoling.

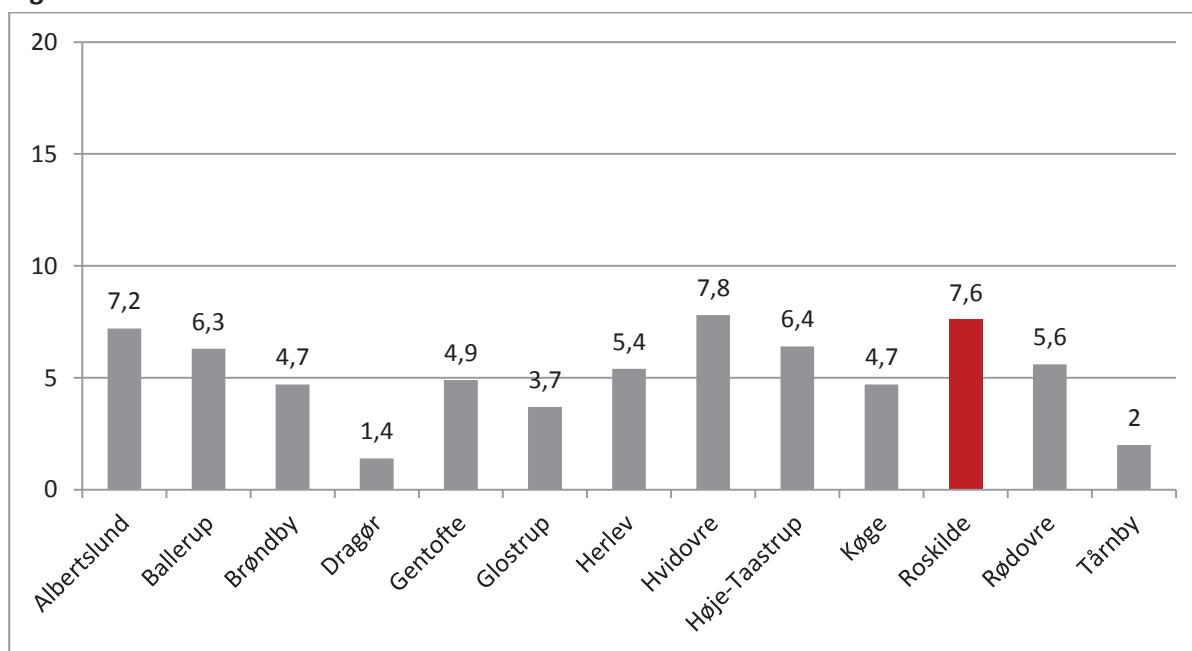
5.11 Roskilde Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 658 indskolingsundersøgte børn i Roskilde Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 50 børn lav almen trivsel (7,6 %). Figur 5.11.1 viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner. Forekomsten er nogenlunde ensartet i de forskellige subgrupper af børn i Roskilde Kommune, dog med to undtagelser: De børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til motorik, havde forhøjet risiko for lav almen trivsel (OR: 1,72) og det samme gælder de børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til forældre-barn relation (OR: 3,01).

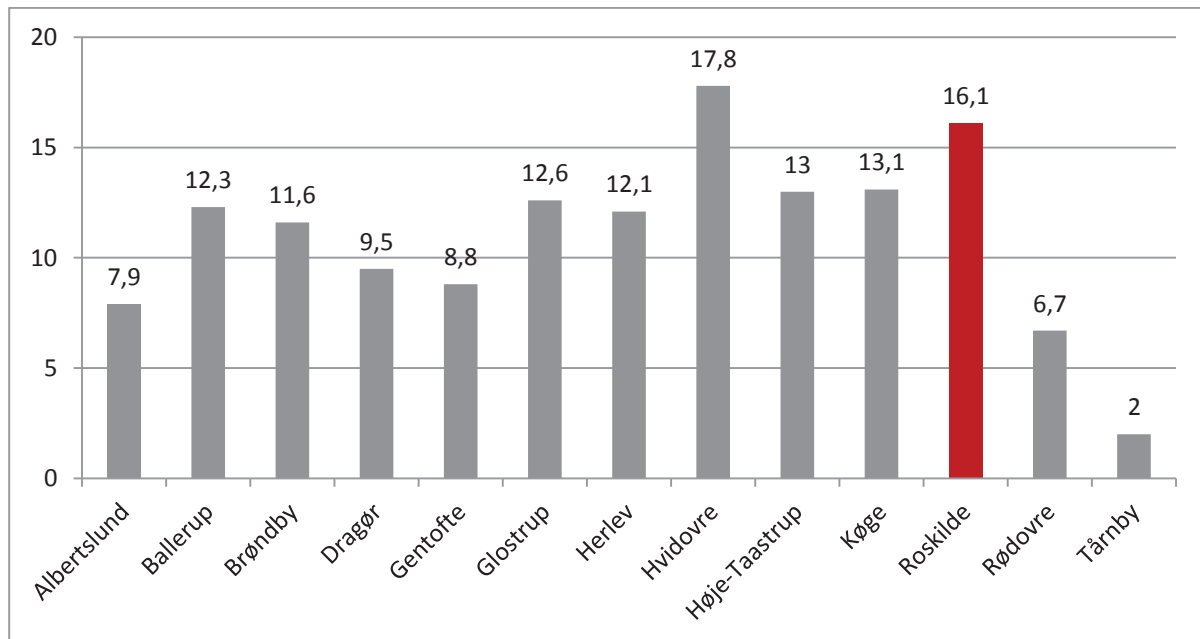
Figur 5.11.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Figur 5.11.2 på næste side viser forekomsten af lav skoletrivsel, som er forholdsvis høj i Roskilde Kommune: 16,1 %. Der er to subgrupper af børn i Roskilde Kommune med forhøjet risiko for lav skoletrivsel. Den ene er de børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til motorik (OR: 2,65), den anden er de børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 2,64).

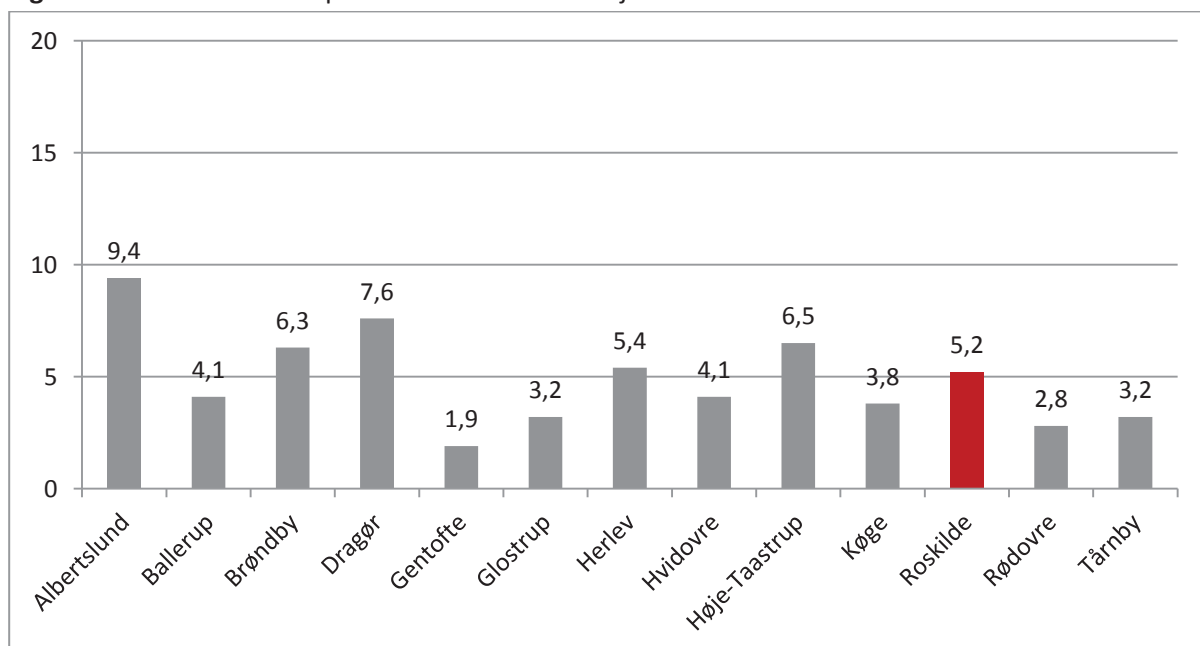
Figur 5.11.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Kun for et mindretal af børnene i Roskilde Kommuner (135) er der data om vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Der er kun syv børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende, hvilket svarer til 5,2 % af de 135 børn med data herom. Figur 5.11.3 viser forekomsten sammenlignet med de øvrige kommuner.

Figur 5.11.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Der er tre subgrupper af børn i Roskilde Kommune med stærkt forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende: Børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til motorik (OR: 9,00), børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets sproglige udvikling (OR: 40,00) samt børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 19,31).

Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Roskilde Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel.

De børn, som har trivselsproblemer, er ofte børn med kendte risikofaktorer såsom dårlig motorik, forsinket sprogudvikling, og børn hvor sundhedsplejersken har bemærkninger til forældre-barn-kontakt eller barnets udvikling og trivsel.

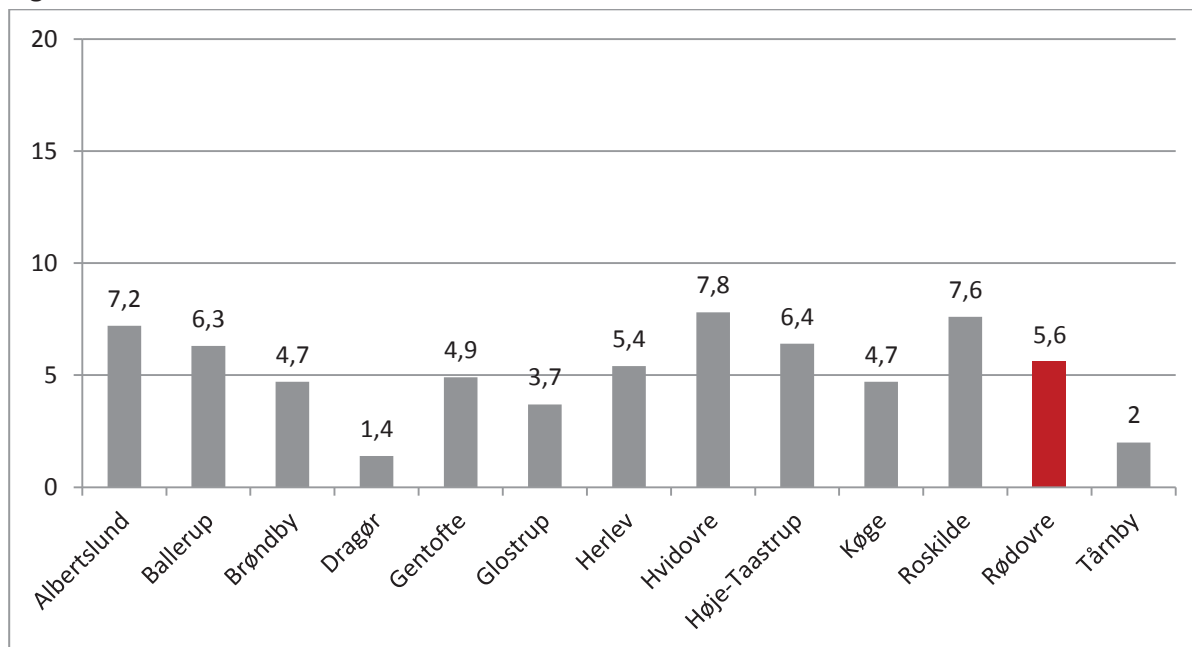
5.12 Rødovre Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 359 indskolingsundersøgte børn i Rødovre Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har 20 børn lav almen trivsel (5,6 %). Forekomsten fremgår af figur 5.12.1, som også sammenligner med de øvrige kommuner. Risikoen for lav almen trivsel er ulige fordelt: Der er flere subgrupper af børn i Rødovre Kommune, som har stærkt forhøjet risiko for lav almen trivsel. Det gælder børn med en far, der er anden- eller tredjegerations indvandrere (OR: 6,65), børn med en far, der var over 35 år ved barnets fødsel (OR: 5,34), børn med sygdom eller handicap (OR: 3,88), børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mad- og måltidsvaner (OR: 3,62) samt børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 3,47).

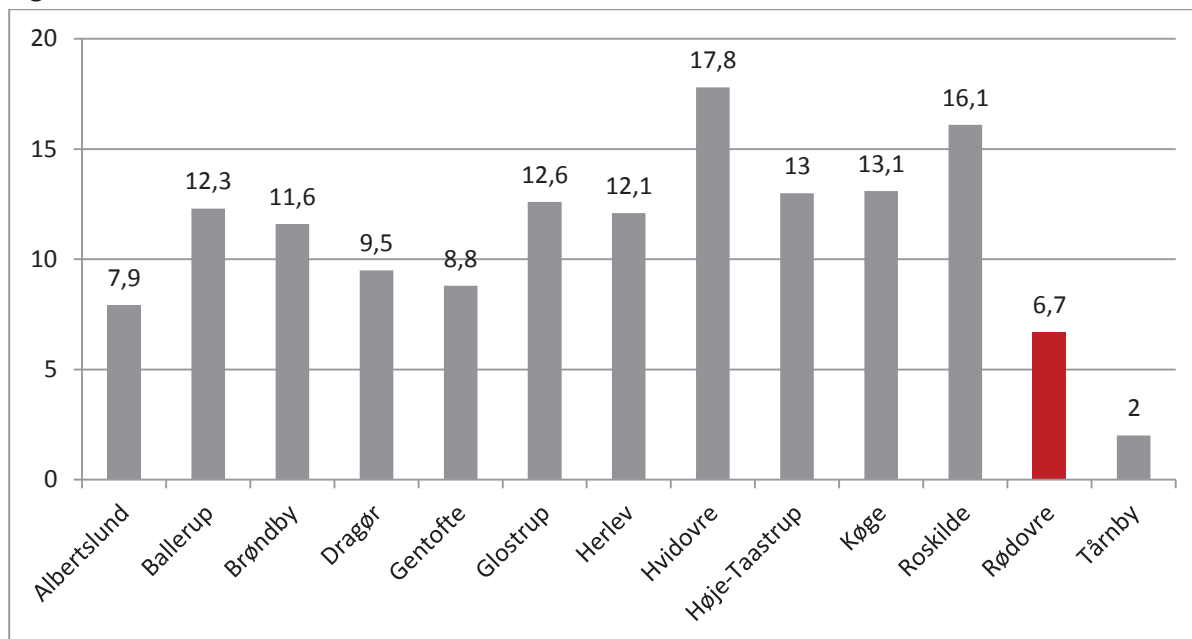
Figur 5.12.1. Procent med lav almen trivsel.



Børn med lav skoletrivsel

Forekomsten af lav skoletrivsel er kun 6,7 % i Rødovre Kommune, væsentligt lavere end i det samlede undersøgelsesmateriale, se figur 5.12.2. Forekomsten af lav skoletrivsel er nogenlunde ensartet i alle subgrupper af børn i Rødovre Kommune, dog med to undtagelser: Børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets sproglige udvikling ved indskolingen, havde stærkt forhøjet risiko for lav skoletrivsel (OR: 4,01), og det samme gælder børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel (OR: 6,08).

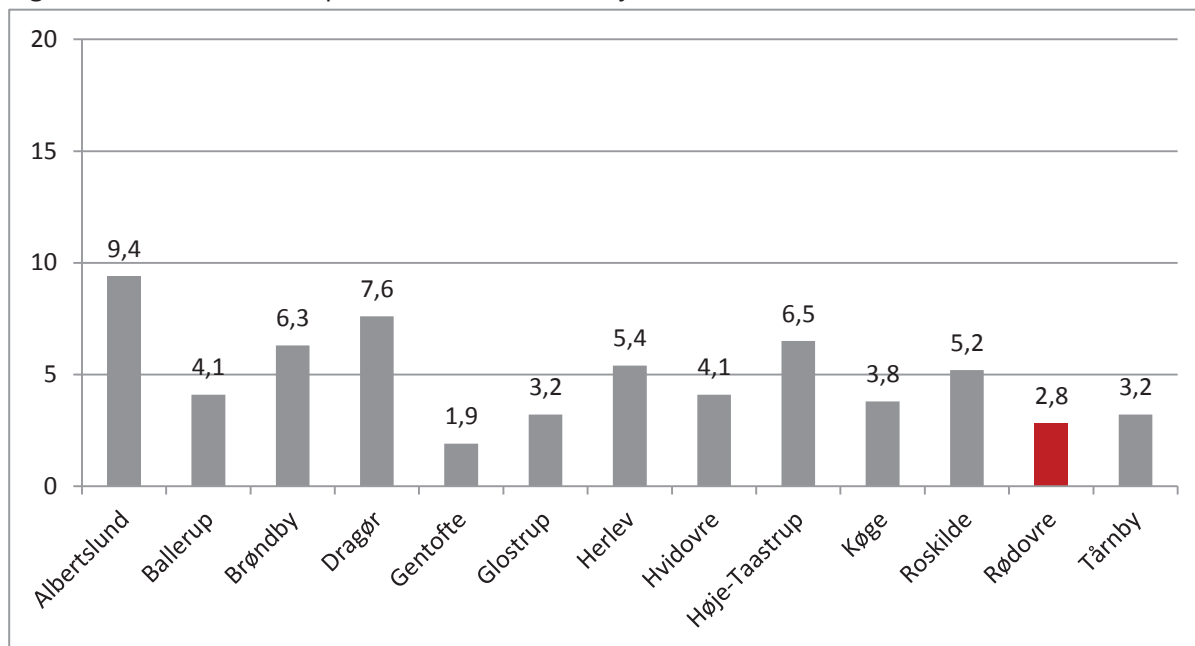
Figur 5.12.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Der er kun 2,8 % af indskolingsbørnene i Rødovre kommune, som har vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Forekomsten fremgår af figur 5.12.3 på næste side, hvor der også ses en sammenligning med de øvrige kommuner. Forekomsten er stort set den samme i alle subgrupper, dvs. ingen subgruppe har signifikant forhøjet risiko.

Figur 5.12.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Længt de fleste indskolingsbørn i Rødovre Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel.

I Rødovre Kommune er risikoen for lav trivsel i store træk ensartet i alle subgrupper af børn. Der er nogle få subgrupper med forhøjet risiko for lav almen trivsel: Børn hvis far er anden- eller tredjegerations indvandrer, børn med en far der var over 35 år ved barnets fødsel, børn med sygdom eller handicap, børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til mad- og måltidsvaner ved indskolingen, samt børn, hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige udvikling og trivsel ved indskolingen.

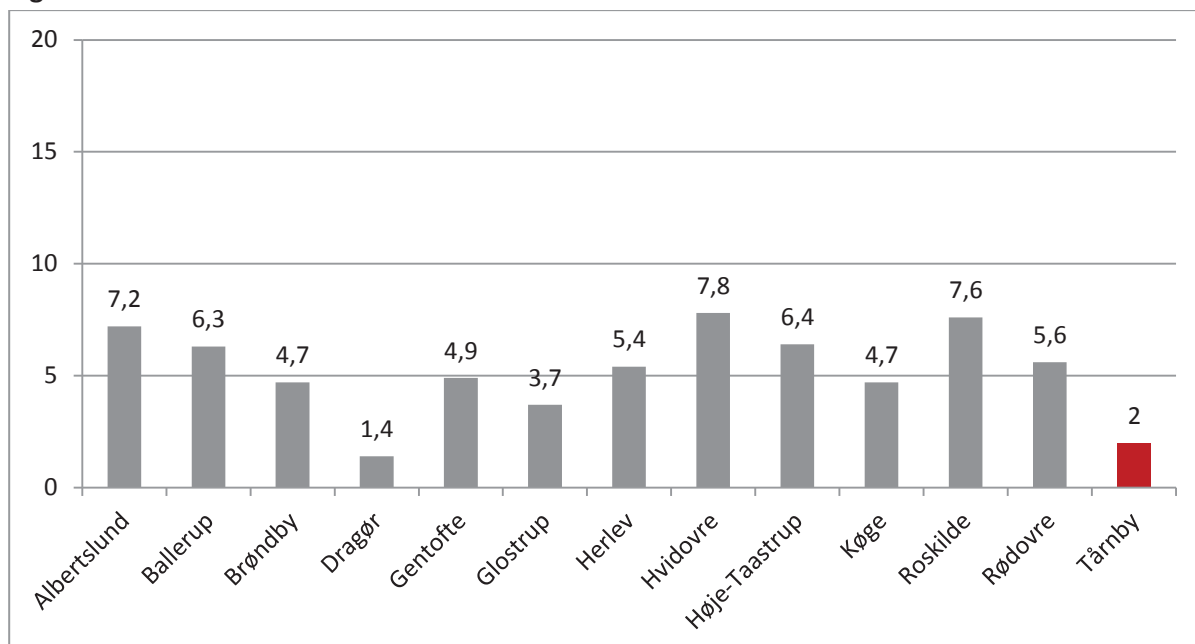
5.13 Tårnby Kommune

Denne temarapport har tre formål. Det første er at beskrive forekomsten af tre indikatorer på mistrivsel: 1) børnenes egen angivelse af lav almen trivsel, 2) børnenes egen angivelse af lav skoletrivsel og 3) forældrenes angivelse af problemer i forholdet til jævnaldrende. Det andet formål er at undersøge, om der er særlige forhold ved barnet og familien, som hænger sammen med mistrivsel. Det tredje formål er at undersøge, om der er en ophobning af de tre indikatorer for mistrivsel hos nogle få børn. Kapitel 2 i rapporten beskriver population og metoder, og der kan man læse flere detaljer om data og analyser. I teksten herunder beskriver vi risiko med det mål, som hedder odds ratio (OR). I praksis fortolkes det sådan, at en OR-værdi på 1,5 betyder 50 % forhøjet risiko, en OR-værdi på 2 betyder dobbelt risiko, en OR på 3 betyder tredobbelt risiko osv.

Børn med lav almen trivsel

Der er 503 indskolingsundersøgte børn i Tårnby Kommune med oplysning om trivsel. Heraf har kun 10 børn lav almen trivsel (2,0 %). Tallet fremgår af tabel 5.13.1, som også sammenligner med de andre kommuner. Forekomsten af lav trivsel er ensartet i alle subgrupper af børn i Tårnby Kommune, dog med én undtagelse: Der er stærkt forhøjet risiko for lav almen trivsel blandt børn, hvis mor har sygdom eller handicap (OR: 6,68).

Figur 5.13.1. Procent med lav almen trivsel.

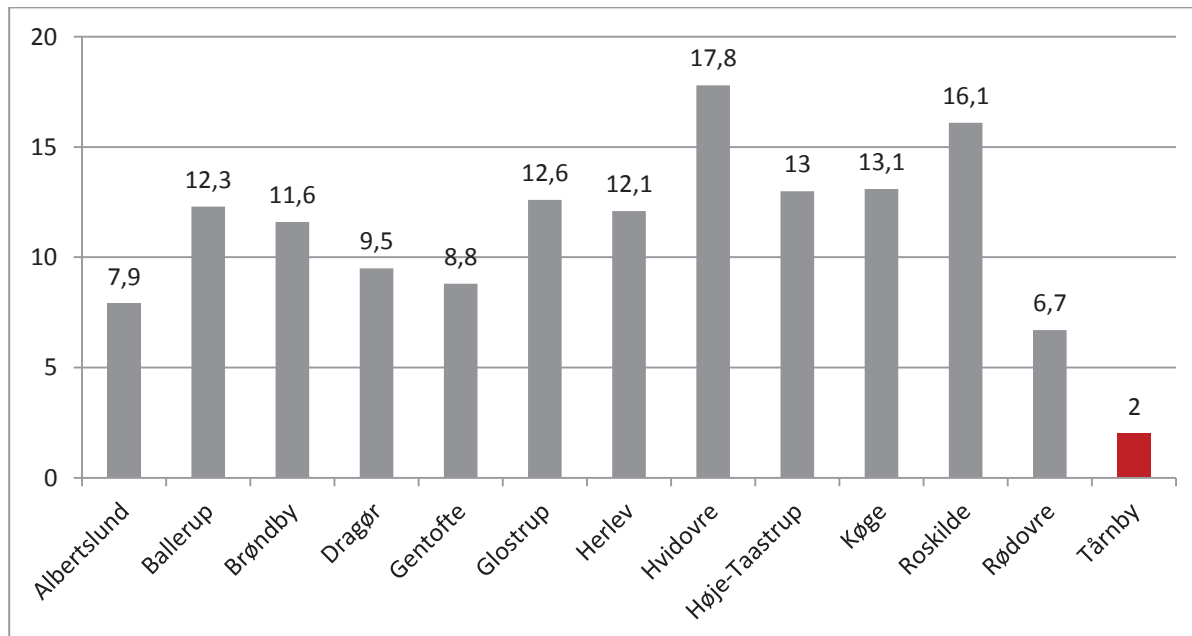


Børn med lav skoletrivsel

Figur 5.13.2 på næste side viser forekomsten af lav skoletrivsel. Også her er forekomsten lav i Tårnby Kommune, kun 8,8 %. Der er flere subgrupper af børn i Tårnby Kommune, som har forhøjet risiko for lav skoletrivsel. Det gælder drenge (OR: 2,27), børn hvis fædre var mere end 35 år ved barnets fødsel (OR:

4,28), børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til fysisk aktivitet (OR: 5,67), børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til motorik (OR: 2,27), og børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige trivsel og udvikling ved indskolingen (OR: 2,92).

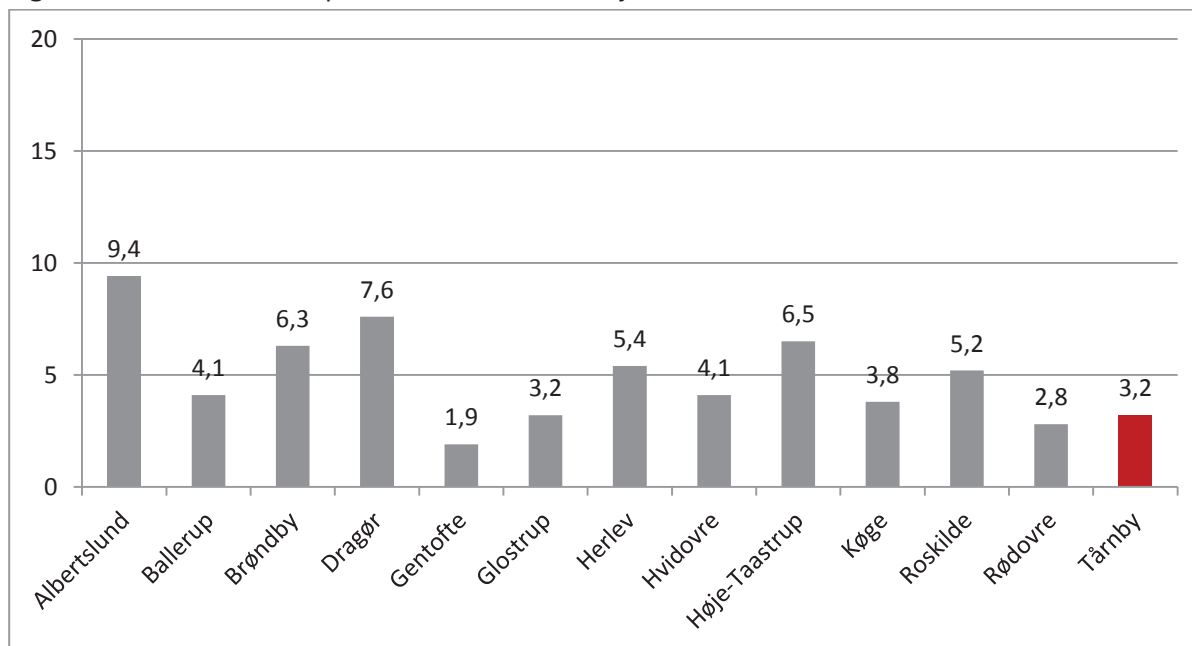
Figur 5.13.2. Procent med lav skoletrivsel.



Børn med vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende

Kun 3,2 % af børnene i Tårnby Kommune havde dette problem. Tallet fremgår af figur 5.13.3, som også sammenligner med de øvrige kommuner. Forekomsten er lige lav i alle subgrupper af børn, dog med én undtagelse: Børn hvor sundhedsplejersken havde bemærkninger til barnets øvrige trivsel og udvikling havde stærkt forhøjet risiko for vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende (OR: 5,16).

Figur 5.13.3. Procent med problemer i forholdet til jævnaldrende



Sammenfatning: Langt de fleste indskolingsbørn i Tårnby Kommune har god almen trivsel, god skoletrivsel og ingen problemer i forholdet til jævnaldrende. De få børn, som har trivselsproblemer, har som hovedregel kun problemer på én af de tre indikatorer for trivsel.

Det har ikke været muligt at identificere store risikogrupper for lav trivsel blandt Tårnby Kommunes børn. Dog er der nogle få eksempler på, at trivselsproblemer er mere almindelige blandt børn med andre risikofaktorer såsom sygdom hos mor, at sundhedsplejersken havde bemærkninger til motorik eller til barnets øvrige trivsel og udvikling ved indskolingen.

Referencer

1. Eplov LF og Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen, 2008
2. Holstein BE, Damsgaard MT, Henriksen PW, Kjær C, Meilstrup C, Nelausen MK, Nielsen L, Rayce SB, Due P. Psykisk mistrivsel blandt 11-15 årige. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
3. Anderson P, Jane-Llopis E, Hosman C. Reducing the silent burden of impaired mental health. *Health Promot Int* 2011; 26 (Suppl 1): i4-9.
4. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int* 2011; 26 (Suppl 1): i29-69.
5. Katja R, Päivi AK, Marja-Terttu T, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *J Sch Health* 2002; 72: 243-9.
6. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs* 2004; 20: 189-96.
7. Simões, C. School satisfaction and academic achievement: the effect of school and internal assets as moderators of this relation in adolescents with special needs. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010. 9: p. 1177-1181.
8. Takakura M, Wake N, Kobayashi M. The Contextual Effect of School Satisfaction on Health-Risk Behaviors in Japanese High School Students. *Journal of School Health* 2010; 80: 544-551.
9. Almgren G, Magarati M, Mogford L. Examining the influences of gender, race, ethnicity, and social capital on the subjective health of adolescents. *J Adolesc* 2009; 32: 109-33.
10. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
11. Christensen AM, Svendsen M, Laursen B, Holstein BE. Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: Amning i 14 kommuner. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2011,.
12. Svendsen M, Holstein BE. Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed: 2012,
13. Rayce SB, Holstein BE. Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.
14. Brixval CS, Holstein BE., Motoriske vanskeligheder – Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed 2012
15. Svendsen M, Brixval C, Holstein BE. Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. . København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013
16. Jørgensen SE, Rayce SB, Holstein BE, Årsberetning om børn født i 2011. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2013.
17. Obel C, Dalsgaard S, Stax HP, Bilenberg N. Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan). Et nyt instrument til screening for psykopatologi i alderen 4-16 år. *Ugeskr Laeger*, 2003. 165: 462-5.
18. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240-3.
19. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes* 2012; 7: 284-94.
20. Forebyggelsespakke mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen 2012

21. WHO. Mental health: new understanding, new hope. World Health Report 2001. Geneva: World Health Organization 2001.
22. Jané-Llopis E, Braddick F, eds. Mental health in youth and education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities 2008.
23. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs* 2004; 20: 189-96.
24. Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas KR. The unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective. Biol Psychiatr* 2001; 49: 1002-14.
25. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Adolescent health 3. Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
26. NICE. Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2009.
27. Osler M, Nybo Andersen A-M, Nordentoft M. Impaired childhood development and suicidal behaviour in a cohort of Danish men born in 1953; *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 23-8.
28. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H, Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scand J Public Health* 2011; 39 (Suppl 6): 62-78.
29. Brante T. Den nya psykiatrin. I: Halerstedt G, red. *Diagnosens makt. Om kunnskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos 2006.
30. Timimi, S, Leo, J. *Rethinking ADHD from brain to culture*. New York: Palgrave Macmillan: 2009
31. Durlak JA, Weissberg RP, Pachan M. A meta-analysis of after-school programs tht seek to promote personal and social skills in children and adolescents. *Am J Community Psychol* 2010; 45: 294-309.
32. Adi Y, Kiloran A, Janmohamed K, Stewart-Brown S. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools. Report 1: Universal approaches which do not focus on violence or bullying. London: Centre of Public Health Excellence, NICE, 2007.
33. Wistoft K. *Trivsel og selvværd. Mental sundhed i skolen*. København: Hans Reitzels forlag 2012.
34. Anwar-McHenry J, Donovan RJ. The development of the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing. *Int J Mental Health Promot* 2013;
35. Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. *Børns sundhed ved skolestart 1988/89*.
36. Juhl O, red. *Elevers syn på undervisningsmiljøet 2012*. Randers: Dansk Center for Undervisningsmiljø, 2012.

Bilag 1: Logistiske regressionsanalyser

Tabel 1. OR (95 % CI) for **lav almen trivsel** efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Køn (n=5816)		
Dreng	1 (reference)	1 (reference)
Pige	0,66 (0,53-0,84)	0,67 (0,53-0,85)
Forældres erhvervstilknytning (n=5816)		
To forældre med erhvervstilknytning	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med erhvervstilknytning	1,28 (0,93-1,77)	1,16 (0,83-1,63)
Ingen forældre med erhvervstilknytning	1,14 (0,46- 2,88)	1,11 (0,43-2,86)
Forældres erhvervstilknytning uoplyst	1,12 (0,87-1,44)	1,01 (0,75-1,35)
Forældres uddannelse (n=2920)		
To forældre med mere end 10. klasse	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med mere end 10. klasse	1,18 (0,76- 1,82)	1,10 (0,64-1,59)
Ingen forældre med mere end 10. klasse	0,93 (0,42- 2,05)	0,69 (0,30-1,60)
Forældres uddannelse uoplyst	0,91 (0,61-1,37)	
Familietype (n=5816)		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)
Anden familietype	1,34 (1,02-1,75)	1,32 (1,00-1,74)
Familietype uoplyst	1,66 (0,98-2,81)	1,59 (0,94-2,71)
Mors indvandrerstatus (n=2920)		
Dansk	1 (reference)	-
1. generationsindvandrer	0,72 (0,36- 1,44)	-
2./3. generationsindvandrer	1,84 (0,87-3,88)	-
Fars indvandrerstatus (n=2920)		
Dansk	1 (reference)	1 (reference)
1. generations	1,43 (0,82-2,49)	1,40 (0,80-2,48)
2./3. generation	1,92 (0,87-4,26)	1,86 (0,81-4,27)
Mors alder ved fødslen (n=2920)		
<25 år	1,38 (0,76-2,50)	1,21 (0,65-2,26)
25-29 år	1,31 (0,86-1,98)	1,24 (0,82-1,89)
30-34 år	1 (reference)	1 (reference)
≥35 år	1,21 (0,78-1,87)	1,21 (0,78-1,88)
Mors alder ved fødslen uoplyst	1,22 (0,43-3,47)	1,08 (0,37-3,10)
Fars alder ved fødslen (n=2920)		
<25 år	1,39 (0,61-3,15)	-
25-29 år	0,98 (0,59-1,63)	-
30-34 år	1 (reference)	-
≥35 år	1,24 (0,85-1,83)	-
Fars alder ved fødslen uoplyst	0,94 (0,44-2,01)	-

^a Indbyrdes justeret for køn, forældres erhvervstilknytning, forældres uddannelse, familietype, fars indvandrerstatus og mors alder.

Tabel 2. OR (95 % CI) for **lav almen trivsel** efter forhold i første leveår

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Gestationsalder (n=3093)		
≥37 uger	1 (reference)	1 (reference)
<37 uger (født for tidligt)	1,15 (0,57-2,32)	1,12 (0,56-2,22)
Gestationsalder uoplyst	1,35 (0,93-1,97)	1,35 (0,93-1,97)
Fødselsvægt (n=3093)		
≥2500 gram	1 (reference)	1 (reference)
<2500 gram (lav fødselsvægt)	1,13 (0,51-2,47)	1,15 (0,52-2,52)
Fødselsvægt uoplyst	1,08 (0,73-1,59)	1,09 (0,73-1,61)
Bemærkning til fødslen (n=2892)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	0,95 (0,66-1,36)	0,94 (0,65-1,35)
Bemærkninger til fødslen uoplyst	1,46 (0,91-2,34)	1,39 (0,86-2,23)
Forældre-barn kontakt og samspil (n=3093)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	0,88 (0,60-1,29)	1,05 (0,69-1,59)
To eller flere besøg med bemærkninger	1,10 (0,57- 2,15)	1,16 (0,59-2,29)
Bemærkninger til forældre-barn kontakt og samspil uoplyst	0,33 (0,05-2,42)	0,34 (0,05-2,50)
Mors psykiske tilstand (n=3093)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	0,80 (0,54-1,17)	0,90 (0,60-1,35)
To eller flere besøg med bemærkninger	1,39 (0,91-2,11)	1,45 (0,94-2,23)
Mors psykiske tilstand uoplyst	0,37 (0,05-2,73)	0,39 (0,05-2,86)

^a Justeret for familietype og køn

Tabel 3. OR (95 % CI) for **lav almen trivsel** efter forhold ved indskolingen

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Vægtstatus (n=5816)		
Normalvægtig	1 (reference)	1 (reference)
Overvægtig	0,65 (0,40-1,05)	0,65 (0,40-1,06)
Svært overvægtig	1,69 (0,87-3,27)	1,64 (0,84-3,18)
Vægtstatus uoplyst	0,92 (0,58-1,45)	0,94 (0,60-1,49)
Mad- og måltidsvaner (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,18 (0,86-1,61)	1,19 (0,87-1,63)
Mad- og måltidsvaner uoplyst	1,58 (1,13-2,21)	1,58 (1,13-2,21)
Fysisk aktivitet (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,25 (1,43-3,53)	2,19 (1,39-3,44)
Fysisk aktivitet uoplyst	1,25 (0,85-1,84)	1,23 (0,84-1,81)
Motorik (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,24 (0,95-1,62)	1,21 (0,93-1,57)
Motorik uoplyst	1,50 (1,10-2,04)	1,46 (1,08-1,99)
Sproglig udvikling (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,17 (0,77-1,80)	1,09 (0,71-1,67)
Sproglig udvikling uoplyst	1,39 (1,06-1,83)	1,37 (1,04-1,80)
Sygdom/handicap hos barnet (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,05 (0,68-1,61)	1,01 (0,66-1,56)
Sygdom/handicap uoplyst	1,34 (0,82-2,19)	1,15 (0,64-2,07)
Sygdom/handicap hos mor (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,45 (0,97-2,16)	1,43 (0,96-2,13)
Sygdom/handicap uoplyst	1,26 (0,99-1,60)	1,23 (0,97-1,56)
Sygdom/handicap hos far (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,66 (1,07-2,57)	1,62 (1,04-2,53)
Sygdom/handicap uoplyst	1,27 (1,00-1,60)	1,23 (0,97-1,55)
Forældre-barn relation (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,89 (1,31-2,71)	1,74 (1,20-2,51)
Forældre-barn relation uoplyst	1,22 (0,65-2,27)	1,12 (0,60-2,10)
Øvrig udvikling og trivsel (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,00 (1,52-2,62)	1,89 (1,44-2,48)
Udvikling og trivsel uoplyst	1,58 (0,79-3,15)	1,54 (0,77-3,07)

^a Justeret for familietype og køn

Table 4. OR (95 % CI) for **lav skoletrivsel** efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Køn (n=5816)		
Dreng	1 (reference)	1 (reference)
Pige	0,70 (0,60-0,83)	0,71 (0,60-0,83)
Forældres erhvervstilknytning (n=5816)		
To forældre med erhvervstilknytning	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med erhvervstilknytning	1,05 (0,82-1,33)	1,02 (0,79-1,31)
Ingen forældre med erhvervstilknytning	0,71 (0,33-1,56)	0,74 (0,33-1,64)
Forældres erhvervstilknytning uoplyst	1,25 (1,05-1,49)	1,18 (0,96-1,44)
Forældres uddannelse (n=2920)		
To forældre med mere end 10. klasse	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med mere end 10. klasse	1,04 (0,76-1,43)	1,01 (0,73-1,40)
Ingen forældre med mere end 10. klasse	0,84 (0,47-1,49)	0,89 (0,49-1,63)
Forældres uddannelse uoplyst	0,82 (0,62-1,10)	1,76 (0,56-1,04)
Familietype (n=5816)		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)
Anden familietype	1,33 (1,10-1,62)	1,34 (1,10-1,63)
Familietype uoplyst	1,33 (0,88-2,00)	1,26 (0,84-1,91)
Mors indvandrerstatus (n=2920)		
Dansk	1 (reference)	-
1. generationsindvandrer	0,91 (0,59-1,41)	-
2./3. generationsindvandrer	0,70 (0,32-1,54)	-
Fars indvandrerstatus (n=2920)		
Dansk	1 (reference)	1 (reference)
1. generations	0,97 (0,62-1,53)	0,93 (0,58-1,48)
2./3. generation	0,82 (0,37-1,80)	0,82 (0,37-1,84)
Mors alder ved fødslen (n=2920)		
<25 år	0,68 (0,41-1,13)	0,65 (0,38-1,09)
25-29 år	1,14 (0,86-1,52)	1,13 (0,84-1,51)
30-34 år	1 (reference)	1 (reference)
≥35 år	0,94 (0,69-1,28)	0,92 (0,68-1,26)
Mors alder ved fødslen uoplyst	0,99 (0,47-2,11)	0,93 (0,43-2,00)
Fars alder ved fødslen (n=2920)		
<25 år	1,29 (0,71-2,34)	-
25-29 år	0,89 (0,62-1,28)	-
30-34 år	1 (reference)	-
≥35 år	1,09 (0,83-1,63)	-
Fars alder ved fødslen uoplyst	1,34 (0,83-2,15)	

^a Indbyrdes justering for køn, forældres erhvervstilknytning, forældres uddannelse, familietype, fars indvandrerstatus og mors alder ved fødslen

Tabel 5. OR (95 % CI) for **lav skoletrivsel** efter forhold i første leveår

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR^a (95 % CI)
Gestationsalder (n=3093)		
≥37 uger	1 (reference)	1 (reference)
<37 uger (født for tidligt)	1,05 (0,84-1,73)	1,02 (0,62-1,67)
Gestationsalder uoplyst	0,87 (0,65-1,17)	0,87 (0,65-1,17)
Fødselsvægt (n=3093)		
≥2500 gram	1 (reference)	1 (reference)
<2500 gram (lav fødselsvægt)	0,96 (0,53-1,73)	0,99 (0,76-1,78)
Fødselsvægt uoplyst	1,00 (0,75-1,32)	1,01 (0,76-1,34)
Bemærkning til fødslen (n=2892)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,37 (1,06-1,77)	1,36 (1,06-1,76)
Bemærkninger til fødslen uoplyst	1,52(1,06-2,17)	1,43 (1,00-2,04)
Forældre-barn kontakt og samspil (n=3093)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	0,84 (0,64-1,10)	1,05 (0,78-1,42)
To eller flere besøg med bemærkninger	1,11 (0,69-1,78)	1,18 (0,73-1,92)
Forældre-barn kontakt og samspil uoplyst	0,80 (0,31-2,01)	0,83 (0,33-2,10)
Mors psykiske tilstand (n=3093)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	0,74 (0,56-0,99)	0,86 (0,65-1,15)
To eller flere besøg med bemærkninger	1,35 (1,00-1,83)	1,43 (1,05-1,96)
Mors psykiske tilstand uoplyst	0,51 (0,16-1,64)	0,54 (0,16-1,74)

^a Justeret for køn og familietype

Tabel 6. OR (95 % CI) for **lav skoletrivsel** efter forhold ved indskolingen

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Vægtstatus ved indskoling^a (n=5816)		
Normalvægtig	1 (reference)	1 (reference)
Overvægtig	0,94 (0,70-1,26)	0,94 (0,70-1,26)
Svært overvægtig	1,08 (0,61-1,90)	1,05 (0,60-1,86)
Vægtstatus uoplyst	0,92 (0,67-1,27)	0,94 (1,68-1,30)
Mad- og måltidsvaner^a (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,12 (0,89-1,39)	1,13 (0,90-1,41)
Mad- og måltidsvaner uoplyst	1,14 (0,88-1,49)	1,14 (0,88-1,49)
Fysisk aktivitet (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,46 (1,00-2,14)	1,43 (0,97-2,09)
Fysisk aktivitet uoplyst	1,48 (1,14-1,91)	1,47 (1,13-1,90)
Motorik (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,40 (1,16-1,68)	1,37 (1,14-1,65)
Motorik uoplyst	1,63 (1,31-2,03)	1,61 (1,29-2,01)
Sproglig udvikling (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,39 (1,04-1,86)	1,30 (0,97-1,74)
Sproglig udvikling uoplyst	1,57 (1,30-1,90)	1,56 (1,28-1,89)
Sygdom/handicap hos barnet (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,24 (0,93-1,65)	1,21 (0,91-1,61)
Sygdom/handicap uoplyst	1,01 (0,69-1,50)	0,90 (0,57-1,42)
Sygdom/handicap hos mor (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,49 (1,13-1,98)	1,47 (1,11-1,95)
Sygdom/handicap uoplyst	1,20 (1,02-1,42)	1,18 (0,99-1,39)
Sygdom/handicap hos far (n=5816)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,28 (0,91-1,79)	1,26 (0,89-1,76)
Sygdom/handicap uoplyst	1,18 (1,00-1,39)	1,15 (0,97-1,36)
Forældre-barn relation (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,86 (1,42-2,43)	1,73 (1,32-2,28)
Forældre-barn relation uoplyst	1,56 (1,04-2,35)	1,48 (0,98-2,23)
Øvrig udvikling og trivsel (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,42 (2,00-2,93)	2,31 (1,90-2,80)
Udvikling og trivsel uoplyst	1,75 (1,07-2,85)	1,72 (1,05-2,81)

^a Justeret for køn og familietype

Tabel 7. OR (95 % CI) for **vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende** efter sociodemografiske faktorer

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI)
Køn (n=5267)		
Dreng	1 (reference)	1 (reference)
Pige	0,67 (0,51-0,88)	0,67 (0,51-0,88)
Forældres erhvervstilknytning (n=5267)		
To forældre med erhvervstilknytning	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med erhvervstilknytning	2,27 (1,59-3,24)	1,75 (1,20-2,53)
Ingen forældre med erhvervstilknytning	3,75 (1,80-7,78)	2,68 (1,23-5,86)
Forældres erhvervstilknytning uoplyst	1,40 (1,01-1,93)	1,00 (0,70-1,42)
Forældres uddannelse (n=2883)		
To forældre med mere end 10. klasse	1 (reference)	1 (reference)
En forælder med mere end 10. klasse	1,29 (0,71-2,34)	0,87 (0,47-1,62)
Ingen forældre med mere end 10. klasse	5,61 (3,1-10,13)	2,70 (1,40-5,21)
Forældres uddannelse uoplyst	2,20 (1,40-3,47)	2,17 (1,35-4,48)
Familietype (n=5816)		
Bor med begge forældre	1 (reference)	1 (reference)
Anden familietype	1,63 (1,20-2,22)	1,48 (1,08-2,03)
Familietype uoplyst	2,68 (1,41-5,09)	2,61 (1,37-5,00)
Mors indvandrerstatus (n=2883)		
Dansk	1 (reference)	-
1. generationsindvandrer	2,79 (1,67-4,64)	-
2./3. generationsindvandrer	3,54 (1,71-7,30)	-
Fars indvandrerstatus (n=2883)		
Dansk	1 (reference)	1 (reference)
1. generations	3,06 (1,82-5,15)	2,47 (1,42-4,31)
2./3. generation	4,46 (2,21-8,96)	3,21 (1,50-6,85)
Mors alder ved fødslen (n=2883)		
<25 år	2,85 (1,62-5,02)	1,73 (0,94-3,17)
25-29 år	1,41 (0,87-2,31)	1,12 (0,67-1,85)
30-34 år	1 (reference)	1 (reference)
≥35 år	1,05 (0,61-1,82)	1,07 (0,62-1,87)
Mors alder ved fødslen uoplyst	1,35 (0,40-4,50)	0,82 (0,24-2,82)
Fars alder ved fødslen (n=2883)		
<25 år	2,68 (1,13-6,30)	-
25-29 år	2,25 (1,32-3,84)	-
30-34 år	1 (reference)	-
≥35 år	1,48 (0,90-2,43)	-
Fars alder ved fødslen uoplyst	2,01 (0,93-4,34)	-

^a Indbyrdes justeret for køn, forældres erhvervsstatus, forældres uddannelse, familietype, fars indvandrerstatus og mors alder ved fødslen

Tabel 8. OR (95 % CI) for **vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende** efter forhold i første leveår

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret OR (95 % CI) ^a
Gestationsalder (n=3055)		
≥37 uger	1 (reference)	1 (reference)
<37 uger (født for tidligt)	1,55 (0,79-3,04)	1,42 (0,71-2,84)
Gestationsalder uoplyst	0,87 (0,54-1,41)	0,83 (0,50-1,36)
Fødselsvægt (n=3055)		
≥2500 gram	1 (reference)	1 (reference)
<2500 gram (lav fødselsvægt)	1,84 (0,91-3,75)	1,84 (0,89-3,81)
Fødselsvægt uoplyst	0,70 (0,42-1,17)	0,84 (0,44-1,42)
Bemærkning til fødslen (n=2862)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,15 (0,77-1,70)	1,11 (0,74-1,66)
Bemærkninger til fødslen uoplyst	0,80 (0,41-1,55)	0,70 (0,36-1,38)
Forældre-barn kontakt og samspil (n=3055)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	1,21 (0,80-1,83)	1,40 (0,88-2,34)
To eller flere besøg med bemærkninger	2,32 (1,26-4,29)	1,88 (0,97-3,65)
Forældre-barn kontakt og samspil uoplyst	1,53 (0,47-5,00)	1,45 (0,43-4,97)
Mors psykiske tilstand (n=3055)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Et besøg med bemærkninger	1,30 (0,85-1,98)	1,46 (0,93-2,28)
To eller flere besøg med bemærkninger	1,95 (1,21-3,14)	1,98 (1,07-2,95)
Mors psykiske tilstand uoplyst	1,24 (0,29-5,26)	1,14 (0,26-4,98)

^a Justeret for antal forældre med mere end 10 års skolegang, antal forældre i erhverv, familieform, fars indvandrerstatus og mors alder

Tabel 9. OR (95 % CI) for **vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende** efter forhold ved indskolingen

	Ujusteret OR (95 % CI)	Justeret ^a OR (95 % CI) ^a
Vægtstatus ved indskoling (n=5267)		
Normalvægtig	1 (reference)	1 (reference)
Overvægtig	1,44 (0,93-2,22)	1,29 (0,83-2,01)
Svært overvægtig	3,99 (2,26-7,03)	2,56 (1,41-4,67)
Vægtstatus uoplyst	0,94 (0,55-1,60)	0,96 (0,56-1,65)
Mad- og måltidsvaner (n=5267)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,82 (1,29-2,56)	1,59 (1,12-2,26)
Mad- og måltidsvaner uoplyst	1,67 (1,17-2,38)	1,55 (1,08-2,21)
Fysisk aktivitet (n=5267)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	3,38 (2,11-5,40)	2,59 (1,58-4,25)
Fysisk aktivitet uoplyst	1,55 (1,05-2,27)	1,46 (0,99-2,15)
Motorik (n=5816)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	1,41 (1,04-1,91)	1,39 (1,02-1,90)
Motorik uoplyst	1,42 (0,99-2,05)	1,43 (0,98-2,07)
Sproglig udvikling (n=5267)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,06 (1,35-3,12)	1,83 (1,19-2,81)
Sproglig udvikling uoplyst	1,43 (1,02-2,01)	1,44 (1,02-2,04)
Sygdom/handicap hos barnet (n=5267)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,69 (1,10-2,60)	1,68 (1,08-2,60)
Sygdom/handicap uoplyst	1,15 (0,56-2,37)	0,78 (0,34-1,77)
Sygdom/handicap hos mor (n=5267)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,76 (1,14-2,72)	1,80 (1,15-2,82)
Sygdom/handicap uoplyst	1,28 (0,96-1,70)	1,10 (1,15-1,58)
Sygdom/handicap hos far (n=5267)		
Nej	1 (reference)	1 (reference)
Ja	1,12 (0,64-1,98)	1,05 (0,59-1,88)
Sygdom/handicap uoplyst	1,12 (0,85-1,48)	0,86 (0,61-1,19)
Forældre-barn relation (n=5267)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,63 (1,75-3,94)	2,06 (1,34-3,15)
Forældre-barn relation uoplyst	1,87 (1,22-2,87)	1,66 (1,08-2,57)
Øvrig udvikling og trivsel (n=5267)		
Ingen bemærkninger	1 (reference)	1 (reference)
Bemærkninger	2,65 (1,94-3,62)	2,29 (1,66-3,16)
Udvikling og trivsel uoplyst	1,97 (1,25-3,10)	1,79 (1,13-2,85)

^a Justeret for køn, forældres erhvervstilknytning, forældres uddannelse, familietype, fars indvandrerstatus og mors alder ved fødslen.

Bilag B: Publikationer fra Databasen Børns Sundhed siden 2011

Link til publikationer foreligger på hjemmesiden si-folkesundhed.dk/Links/Databasen

Årsberetninger

2013

Årsberetning om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2011/12. Jørgensen SE, Svendsen M, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Årsberetning om børn født i 2011. Jørgensen SE, Rayce SB, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

2012

Årsberetning om børn født i 2010 -databasen børns sundhed. Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE., Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Temarapporter

2013

Vægtstatus i første leveår og overvægt i indskolingsalderen. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Søvnproblemer blandt spædbørn rapporteret af sundhedsplejersker. Rayce SB, Ellegaard Jørgensen S, Holstein BE. Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

2012

Sundhedsplejerskens vurdering af **mors psykiske tilstand**. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Motoriske vanskeligheder - Sundhedsplejerskernes undersøgelser af motorik ved indskolingen. Brixval CS, Svendsen M, Holstein BE., Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

2011

Årsrapport for børn født i 2008 og 2009 fra Databasen Børns Sundhed: **Amning** i 14 kommuner. Christensen AM, Brixval CS, Svendsen M, Laursen B og Holstein BE, Styregruppen for Databasen Børns Sundhed. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Rapporter om Region Hovedstaden

2013

Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden. Jørgensen SE, Rayce SB, Brixval CS, Denbæk AM, Svendsen M, Holstein BE. Hillerød: Region Hovedstaden.

Artikler

2014

Breastfeeding Practices in Relation to Country of Origin Among Women Living in Denmark: A Population-Based Study. Busck-Rasmussen M, Fredsted Villadsen S, Nyboe Norsker F, Mortensen L, Nybo Andersen AM. *Matern Child Health J* DOI 10.1007/s10995-014-1486-z

2013

Trends in prevalence of overweight and obesity in Danish infants, children and adolescents – are we still on a plateau? Schmidt Morgen C, Rokholm B, Sjöberg Brixval C, Schou Andersen C, Geisler Andersen L, Rasmussen M, Nybo Andersen AM, Due P, Sørensen TI. *PLoS ONE* 2013; 8: e69860

2011

Opdag psykiske problemer i barnets første leveår. Ammitzbøll J. *Sygeplejersken* 2011; 14: 58-59

Sundhedsplejerskeordninger deltager i udvikling af en screening for psykiske helbredsproblemer i 9-10 måneder alderen. Ammitzbøll J. *Sundhedsplejersken* 2011; 5: 38-39.

Afhandlinger og specialer

2013

Behovssundhedspleje: Epidemiologisk studie af forekomst og prædiktorer blandt 15418 spædbørnsfamilier. Karen Lassen Mylin. Kandidatspeciale ved den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.