

Stine Schou Mikkelsen
Anne Illemann Christensen
Janne S. Tolstrup

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Ungdomsprofil

Københavns Kommune

Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på
almene gymnasier i Københavns Kommune 2014



Ungdomsprofil Københavns Kommune

Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på
almene gymnasier i Københavns Kommune 2014

Stine Schou Mikkelsen
Anne Illemann Christensen
Janne S. Tolstrup

Copyright © 2016
Statens Institut for Folkesundhed,
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-323-6

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

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk og www.kk.dk/statistik

Stine Schou Mikkelsen
Anne Illemann Christensen
Janne S. Tolstrup

Ungdomsprofil

Københavns Kommune

Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på
almene gymnasier i Københavns Kommune 2014

Forord

Københavns Kommune

Ungdomsprofil Københavns Kommune giver et spændende indblik i unge gymnasieelevers sundhed og trivsel på gymnasier i København. Undersøgelsen er lavet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Københavns Kommune.

Ungdomsprofil Københavns Kommune gør det muligt at sammenligne unge københavnske gymnasieelever i Region Hovedstaden og resten af landet. Den viser, at de københavnske gymnasieelever på nogle områder er sundere end andre unge i resten af landet. De spiser flere grøntsager og drikker mindre sodavand. På andre områder er de mindre sunde, og trives ikke så godt som andre gymnasieelever. Der er flere dagligrygere i København, og flere ensomme og stressede.

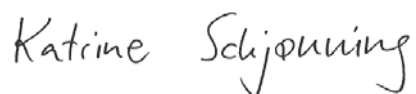
Resultaterne er vigtige for vores videre arbejde. Som en del af Københavns Kommunes sundhedspolitik "Nyd livet, Københavner", ønsker vi at styrke unges psykiske robusthed og at undgå at sundhedsproblemer står i vejen for, at de gennemfører en uddannelse. Vi har i Københavns Kommune handleplan om alkohol og stoffer sat fokus på, at færre unge skal have problemer med alkohol og stoffer.

I Københavns Kommune ønsker vi at styrke og udvikle vores samarbejde med gymnasier og andre ungdomsuddannelser, så vi i fællesskab kan støtte de unge på den rigtige måde og uden løftede pegefingre. Det vil gavne de unge både nu og i det lange løb.

Vi skal i dialog med ungdomsuddannelserne, og vi skal være med til at skabe rum for at sikre sund udvikling og robusthed blandt de unge. Vi skal alle blive bedre til at spotte og tale om signaler og forebyggelse af mistrivsel, stress og angst. Vi skal også fortsætte med at forebygge rygning og støtte rygestop.

Jeg håber, at den viden, som vi får med denne rapport, vil komme til gavn for alle, der arbejder med unge og deres vaner og adfærd.

Venlig hilsen



Katrine Schjøning
Folkesundhedschef
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Københavns Kommune, 2016

Forord

Statens Institut for Folkesundhed

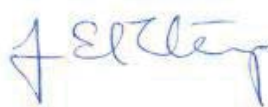
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har i samarbejde med Københavns Kommune lavet denne profil af københavnske unge. Arbejdet hviler på Ungdomsprofilen 2014 (rapporten kan downloades [her](#)) som er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt 75.000 unge på ungdomsuddannelser i Danmark. Ungdomsprofilen 2014 er den største undersøgelse af sin art i Danmark – og en af de største i verden af unges sundhed. På grund af undersøgelsens størrelse har det været muligt og meningsfuldt at udtrække københavnske unge og sammenligne deres sundhedsadfærd og trivsel med unge i resten af Danmark.

Et af de mange formål med Ungdomsprofilen 2014 er netop at anvende data til at forbedre planlægning og prioritering af forebyggende tiltag blandt unge. Vi er derfor begejstrede for det vellykkede samarbejde med Københavns Kommune, og for således at se data komme i spil i praksis.

Venlig hilsen



Morten Grønbæk, direktør,
Statens Institut for Folkesundhed



Janne S. Tolstrup, professor,
Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

Sammenfatning	6
Sundhedsadfærd.....	6
Fysisk helbred	7
Mental sundhed	8
Skoleliv	9
Sociale relationer.....	9
Materiale og metode	10
Baggrund	10
Datamateriale	10
Studiepopulationen.....	11
Læsevejledning	14
Sundhedsadfærd	17
Sundhedsadfærd i Københavns Kommune	17
Alkohol	17
Rygning.....	18
Euforiserende stoffer	19
Kost- og måltidsvaner	19
Fysisk aktivitet.....	20
Søvn og træthed.....	21
Sex	21
Solarium	22
Sundhedsadfærd i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark.....	23
Fysisk helbred.....	25
Fysisk helbred i Københavns Kommune.....	25
Selvurderet helbred	25
Fysiske symptomer og lidelser.....	25
Overvægt.....	26
Fysisk helbred i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark.....	27
Mental sundhed.....	30
Mental sundhed i Københavns Kommune.....	30
Livstilfredshed	30
Ensomhed	30
Stress	31
Psykiske symptomer.....	31
Selvskade, selvmordstanker og selvmordsforsøg.....	32
Mental sundhed i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark.....	33
Skoleliv.....	36
Skoleliv i Københavns Kommune.....	36
Skoleliv i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark	37
Sociale relationer.....	40
Skoleliv i Københavns Kommune.....	40
Sociale relationer i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark	41
Litteraturliste	43

Sammenfatning

Denne rapport er baseret på spørgeskemaundersøgelsen Ungdomsprofilen 2014. I rapporten beskrives sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed, skoleliv og sociale relationer blandt unge i Københavns Kommune. Resultaterne er baseret på spørgeskemabesvarelser fra 5.079 gymnasieelever (inklusive hf), der i 2014 gik på et alment gymnasium i Københavns Kommune. Resultaterne for gymnasieelever i Københavns Kommune sammenlignes med resultater for gymnasieelever i øvrige Region Hovedstaden (uden Københavns Kommune) (n=16.818) og i øvrige Danmark (uden Region Hovedstaden) (n=48.644).

Sundhedsadfærd

Alkohol

Omkring hver femte gymnasieelev i Københavns Kommune (19%) overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholforbrug (14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd). Denne andel adskiller sig ikke nævneværdigt fra hverken andelen i øvrige Region Hovedstaden (20%) eller i øvrige Danmark (21%).

Andelen, der har binge-drukket (drukket fem eller flere genstande ved samme lejlighed) fire eller flere gange inden for de seneste 30 dage, er 36% i Københavns Kommune. Denne andel er lidt større end i resten af Region Hovedstaden (33%) og en del større end i resten af Danmark (26%).

Rygning

Lidt over hver femte gymnasieelev i Københavns Kommune (21%) angiver, at de ryger dagligt. Andelen af dagligrygere er markant større i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (13%) og øvrige Danmark (10%).

Omkring hver femte dagligryger i Københavns Kommune (21%) er storryger, det vil sige ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Denne andel adskiller sig ikke fra øvrige Region Hovedstaden (21%), mens andelen er lidt større end i øvrige Danmark (18%).

Andelen af rygere (dagligrygere og lejlighedsrygere), der ønsker rygestop, er 58% blandt gymnasieelever i Københavns Kommune. Andelen i Københavns Kommune er ikke nævneværdigt forskellig fra andelen i øvrige Region Hovedstaden (57%), mens den er lidt større end i øvrige Danmark (54%).

I alt ryger 16% af gymnasieelever i Københavns Kommune vandpibe jævnligt/dagligt. Denne andel er større sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (13%) og med resten af Danmark (11%).

Andelen, der jævnligt/dagligt ryger e-cigaretter, er 5,0% i Københavns Kommune, hvilket er nogenlunde tilsvarende andelen i øvrige Region Hovedstaden (4,4%) og øvrige Danmark (4,9%).

Euforiserende stoffer

I alt har 22% af gymnasieelever i Københavns Kommune prøvet hash, pot eller skunk inden for den seneste måned. Denne andel er markant større sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (14%) og øvrige Danmark (10%).

I Københavns Kommune har omkring en fjerdedel af gymnasieelever (25%) prøvet hash, pot eller skunk 10 eller flere gange i løbet af deres liv. Andelen er markant større end i resten af Region Hovedstaden (14%) og resten af Danmark (11%).

Andelen, der har prøvet amfetamin, ecstasy eller MDMA, kokain, svampe eller lignende, er 8,1% i Københavns Kommune, hvilket er en større andel sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (5,5%) og øvrige Danmark (4,6%).

Kost- og morgenmadsvaner

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune spiser 40% frugt dagligt. Andelen adskiller sig ikke nævneværdigt fra hverken øvrige Region Hovedstaden (41%) eller øvrige Danmark (39%).

I Københavns Kommune spiser 48% grøntsager dagligt, hvilket er en større andel sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (44%) og med resten af Danmark (40%).

Hyppt indtag af fastfood (mindst 2-4 dage om ugen), forekommer blandt 28% af gymnasieelever i Københavns Kommune. Forekomsten er højere end i øvrige Region Hovedstaden (21%) og øvrige Danmark (14%).

I Københavns Kommune forekommer hyppt indtag af sodavand (mindst 2-4 dage om ugen) blandt 46% af gymnasieelever, hvilket svarer nogenlunde til andelen i øvrige Region Hovedstaden (49%) og øvrige Danmark (47%).

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der spiser morgenmad alle hverdage er 63%. Denne andel er lidt mindre sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (66%) og resten af Danmark (68%).

Fysisk aktivitet

I Københavns Kommune angiver 30% af gymnasieelever fire eller flere timers fysisk aktivitet om ugen uden for skoletid, hvor de bliver forpustede eller sveder. Denne forekomst er lavere sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (43%) og øvrige Danmark (40%).

Andelen, der altid eller for det meste cykler eller går til og fra skole, er 61% i Københavns Kommune, hvilket er en lidt mindre andel end i øvrige Region Hovedstaden (65%), men en større andel end i øvrige Danmark (54%).

Søvn og træthed

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune oplever 23% søvnproblemer mere end én gang om ugen. Denne andel er lidt større

end andelen i resten af Region Hovedstaden (21%) og resten af Danmark (20%).

I Københavns Kommune er omkring hver tredje gymnasieelev (34%) meget generet af træthed, hvilket er en lidt højere forekomst sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (31%) og øvrige Danmark (29%).

Sex og kønssygdomme

Andelen, der har haft samleje, er 60% blandt gymnasieelever i Københavns Kommune. Denne andel er nogenlunde tilsvarende andelen i resten af Region Hovedstaden (58%) og resten af Danmark (63%).

Blandt de seksuelt aktive gymnasieelever i Københavns Kommune, angiver 7,5% at have haft en kønssygdom, hvilket er en lidt højere forekomst sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (5,9%) og øvrige Danmark (5,8%).

Solarium

Samlet set har 15% af gymnasieelever i Københavns Kommune anvendt solarium inden for det seneste år. Andelen er mindre end i resten af Region Hovedstaden (20%) og resten af Danmark (23%).

Fysisk helbred

Selvurderet helbred

I Københavns Kommune angiver 88% af gymnasieelever, at de har et fremragende, vældig godt eller godt selvurderet helbred, hvilket er en lidt mindre andel sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (92%) og øvrige Danmark (91%).

Fysiske symptomer og lidelser

Forekomsten af hovedpine næsten dagligt er 6,0% blandt gymnasieelever i Københavns Kommune. Forekomsten adskiller sig ikke nævneværdigt fra forekomsten i øvrige Region Hovedstaden (6,1%), men er lidt mindre end forekomsten i øvrige Danmark (7,2%).

Forekomsten af mavepine næsten dagligt blandt gymnasieelever i Københavns Kom-

mune er 2,3% og er tilsvarende forekomsterne i resten af Region Hovedstaden (2,0%) og resten af Danmark (2,3%).

I Københavns Kommune angiver 2,1% af gymnasieelever småsygdom næsten dagligt (fx ondt i halsen, forkølelse, kvalme, feber). Forekomsten er ikke nævneværdigt forskellig fra forekomsten i øvrige Region Hovedstaden (1,9%), men lidt højere end i øvrige Danmark (1,6%).

Smerter eller ubehag i nakke, ryg, arme og/eller ben næsten dagligt forekommer blandt 9,2% af gymnasieelever i Københavns Kommune. Forekomsten er tilsvarende forekomsterne i øvrige Region Hovedstaden (8,4%) og øvrige Danmark (8,9%).

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune oplever 15% mindst ét af de fire fysiske symptomer næsten dagligt. Der er ikke nævneværdigt forskel på denne andel og andelen i resten af Region Hovedstaden (14%) og resten af Danmark (16%).

Den selvrapporterede forekomst af allergi er 31% blandt gymnasieelever i Københavns Kommune. Forekomsten er tilsvarende forekomsterne i øvrige Region Hovedstaden (30%) og øvrige Danmark (29%).

I Københavns Kommune rapporterer 10% af gymnasieelever, at de har astma. Denne forekomst er ikke nævneværdigt forskellig fra hverken forekomsten i øvrige Region Hovedstaden (11%) eller forekomsten i øvrige Danmark (10%).

Den selvrapporterede forekomst af migræne blandt gymnasieelever i Københavns Kommune er 9,7%. Forekomsten er nogenlunde tilsvarende forekomsten i resten af Region Hovedstaden (10%) og forekomsten i resten af Danmark (11%).

Overvægt

I Københavns Kommune er 11% af gymnasieelever overvægtige ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). Denne andel er ikke nævneværdigt forskellig fra

andelen i øvrige Region Hovedstaden (10%) eller øvrige Danmark (13%).

Mental sundhed

Livstilfredshed

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune angiver 9,4% meget lav eller lav livstilfredshed (0-4 på en skala fra 0-10). Andelen er lidt større end i øvrige Region Hovedstaden (7,7%) og øvrige Danmark (8,0%).

Ensomhed

Andelen af gymnasieelever, der ofte eller meget ofte føler sig ensomme, er 11% i Københavns Kommune, hvilket er en lidt større andel sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (8,4%) og resten af Danmark (9,2%).

Stress

I Københavns Kommune føler 15% af gymnasieelever sig dagligt stressede. Forekomsten af daglig stress er nogenlunde tilsvarende forekomsten i øvrige Region Hovedstaden (13%), men lidt højere end forekomsten i øvrige Danmark (11%).

Psykiske symptomer

Andelen af gymnasieelever, der er kede af det næsten dagligt, er 6,2% i Københavns Kommune, hvilket er en lidt større andel sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (4,8%) og øvrige Danmark (5,0).

I Københavns Kommune er 6,3% irritable/i dårligt humør næsten dagligt. Denne andel er ikke nævneværdigt forskellig fra andelen i resten af Region Hovedstaden (5,4%) og resten af Danmark (5,7%).

Nervøsitet næsten dagligt forekommer blandt 5,1% af gymnasieelever i Københavns Kommune, hvilket er en lidt højere forekomst sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (3,9%) og øvrige Danmark (4,1%).

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune oplever 9,8% mindst ét af de tre ovenstående psykiske symptomer næsten dagligt.

Andelen er lidt større end i øvrige Region Hovedstaden (8,1%) og øvrige Danmark (8,4%).

Selvskade, selvmordstanker og selvmordsforsøg

Omkring hver femte gymnasieelev i Københavns Kommune (21%) har på et tidspunkt i deres liv med vilje skadet sig selv (fx skåret, brændt, revet eller slået sig selv). Forekomsten er lidt større sammenlignet med forekomsterne i resten af Region Hovedstaden (18%) og resten af Danmark (19%).

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der har oplevet at have selvmordstanker, er 19%, hvilket er en lidt større andel end i øvrige Region Hovedstaden (16%) og øvrige Danmark (17%).

I Københavns Kommune angiver 3,2% af gymnasieelever, at de har forsøgt selvmord. Forekomst er lidt højere end i øvrige Region Hovedstaden (2,5%) og øvrige Danmark (2,8%).

Skoleliv

I alt synes 79% af gymnasieelever i Københavns Kommune meget godt eller godt om at gå i skole, hvilket er en mindre andel sammenlignet med resten af Region Hovedstaden (84%) og resten af Danmark (83%).

I Københavns Kommune angiver 49% ofte eller meget ofte at kunne få hjælp og støtte fra deres lærere. Denne andel er tilsvarende andelen i øvrige Region Hovedstaden (48%), men er lidt mindre end i øvrige Danmark (54%).

Sociale relationer

I alt angiver 81% af gymnasieelever i Københavns Kommune, at de nemt kan tale med en forælder om noget, der virkelig plager dem. Andelen er ikke nævneværdigt forskellig fra andelen i øvrige Region Hovedstaden (82%) eller øvrige Danmark (81%).

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der nemt kan tale med venner om noget, der virkelig plager dem, er 82%. Denne andel er tilsvarende andelen i resten af Region Hovedstaden (82%) og resten af Danmark (81%).

Materiale og metode

Baggrund

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune har bedt Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet om at belyse sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt gymnasieelever i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Datamateriale

Datagrundlaget for beskrivelsen af sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt gymnasieelever i Københavns Kommune er den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse Ungdomsprofilen 2014, udført af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, og afrapporteret i 2015 (Bendtsen et al. 2015).

Ungdomsprofilen 2014

Formålet med Ungdomsprofilen 2014 var at skabe et billede af sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt unge på ungdomsuddannelser. I ungdomsårene sker der mange forandringer – både fysiske, psykiske og sociale. Disse forandringer er med til at skabe grobund for nye vaner og ny adfærd, der ofte fastholdes ind i voksenlivet. For at kunne forebygge usunde vaner og fremme sunde vaner blandt unge er det vigtigt at have viden om deres nuværende sundhedsadfærd, helbred og trivsel. Den eksisterende viden på området er imidlertid yderst begrænset. Ungdomsprofilen 2014 bidrager derfor til ny og vigtig viden, og med godt 75.000 deltagende elever er undersøgelsen den største af sin art i Danmark.

Størstedelen af alle i Danmark gennemfører på et tidspunkt en ungdomsuddannelse. Eksempelvis forventes det, at 89% af ungdomsårgang 2012 (afsluttet 9. klasse i 2012) gen-

nemfører en ungdomsuddannelse (56% en gymnasial uddannelse, 21% en erhvervsfaglig uddannelse, 11% både en gymnasial og en erhvervsfaglig uddannelse og 1% en særligt tilrettelagt uddannelse) (Undervisningsministeriet 2014). De gymnasiale ungdomsuddannelser er stx (studentereksamen), hf (højere forberedelseseksamen), hhx (højere handelseksamen) og htx (højere teknisk eksamen). De erhvervsfaglige uddannelser består af 12 indgange (uddannelsesretninger) opdelt i grundforløb og hovedforløb. Unge fra både gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser er repræsenteret i Ungdomsprofilen 2014. Blandt de gymnasiale uddannelser blev alle landets 137 almene gymnasier (stx og hf) inviteret til at deltage, og blandt erhvervsuddannelser blev 12 af landets største erhvervsskoler inviteret (ud af i alt 91 erhvervsskoler i Danmark) til at deltage med grundforløbshold.

Eftersom Ungdomsprofilen Københavns Kommune alene inkluderer gymnasieelever, vil den videre beskrivelse af Ungdomsprofilen 2014 fokusere på dataindsamling og deltagelse på gymnasier.

Dataindsamlingen

Dataindsamlingen på de almene gymnasier foregik fra september til december 2014, og samtlige stx-klasser og eventuelle hf-klasser på alle årgange blev inviteret til at deltage, med undtagelse af IB-klasser (International Baccalaureate). Dataindsamlingen foregik elektronisk via et internetbaseret spørgeskema. Der blev identificeret én eller flere koordinatorer på hver skole, og kravet til de deltagende skoler var, at de skulle afsætte en undervisningstime til udfyldelse af spørgeskemaet, og at en lærer skulle være til stede. Koordinatorerne fik tilsendt informations- og vejledningsmateriale separat til hver klasse, samt adgangskoder til det elektroniske spørgeskema. Informationsmaterialet udtrykte klart, at undersøgelsen var frivillig for eleverne at deltage i, og at deres besvarelser ville blive behandlet fortroligt. Dataindsamlingen foregik som udgangspunkt i én specifikt aftalt uge, efterfulgt af en rykkerprocedure. Ryk-

kerproceduren bestod i at rykke klasser, hvor ingen eller meget få elever havde besvaret. Dette foregik via koordinatorene. I forbindelse med denne proces blev det tydeligt, at der i et fåtal af klasser ikke havde været afsat undervisningstid til udfyldelse af spørgeskemaet, hvilket sandsynligvis kan forklare enkelte klasser med meget få besvarelser.

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet i Ungdomsprofilen 2014 indeholdt omkring 250 kernespørgsmål, der tilsammen tegnede et nuanceret billede af sundhedsadfærd, helbred og trivsel. Spørgsmålene kom fra flere kilder. Nogle spørgsmål blev særligt udviklet til Ungdomsprofilen, hvilket skete i tæt samarbejde med forskere på området. Andre spørgsmål blev hentet fra større eksisterende nationale og internationale spørgeskemaundersøgelser, såsom 'Skolebørnsundersøgelsen' (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) (Currie et al. 2012), 'Gymnasie- og HF-elevs sundhedsvaner og livsstil 1996-97' (Nielsen 1998) og 'Den Nationale Sundhedsprofil' (Christensen et al. 2014). Da disse spørgsmål i visse tilfælde er udviklet til voksne eller børn, var det nødvendigt at tilpasse spørgsmålene til unge. For at sikre at spørgsmålene fungerede til målgruppen, blev spørgeskemaet pilottestet af flere omgange i form af spørgeskemabesvarelser og efterfølgende fokusgruppeinterviews med elever. Formålet var at afdække, hvordan eleverne forstod spørgsmålene, om spørgsmålene blev oplevet som meningsfulde, alderssvarende, belastende eller vanskelige, og om der var vigtige aspekter, der var blevet overset. Spørgeskemaet blev herefter ændret og tilpasset på baggrund af tilbagemeldingerne fra eleverne og i tæt samarbejde med forskere på området. På baggrund af pilottests blev spørgeskemaet desuden kortet i længde, således at det var realistisk at udfylde hele skemaet i løbet af en 45-minutters undervisningstid. Mindre justeringer i spørgeskemaet fandt løbende sted under dataindsamlingen.

Studiepopulationen

Nærværende rapport er en tillægsrapport til Ungdomsprofilen 2014 og omhandler sund-

hedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på gymnasier i Københavns Kommune. Resultater blandt eleverne på København Kommunes gymnasier sammenlignes med resultater for gymnasieelever på gymnasier i øvrige Region Hovedstaden (uden Københavns Kommune) og med gymnasieelever i øvrige Danmark (uden Region Hovedstaden). Det skal bemærkes, at gymnasieelever i Københavns Kommune og gymnasieelever i øvrige Region Hovedstaden i denne rapport er defineret ud fra det gymnasium eleverne går på, og ikke ud fra bopæl. Der vil således være nogle elever i populationen 'Københavns Kommune', som ikke har bopæl i Københavns Kommune. Omvendt vil der også være elever, der har bopæl i Københavns Kommune, men som går på et gymnasium uden for Københavns Kommune, hvorfor de ikke indgår i populationen 'Københavns Kommune'. Det samme gælder for populationen 'øvrige Region hovedstaden'. Den korrekte definition af populationerne er derfor 'elever, der går på et gymnasium i Københavns Kommune' og 'elever, der går på et gymnasium i øvrige Region Hovedstaden'. I rapporten vil de imidlertid ofte blive benævnt 'gymnasieelever i Københavns Kommune' og 'gymnasieelever i øvrige Region Hovedstaden', eller bare 'Københavns Kommune' og 'øvrige Region Hovedstaden'.

Deltagelse

Alle landets 137 almene gymnasier blev inviteret til at deltage i Ungdomsprofilen 2014, og heraf deltog 119. En oversigt over deltagelse ses i tabel 1. Deltagelse er vist for henholdsvis Københavns Kommune, øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark (de fire andre Regioner). I Københavns Kommune deltog 8 ud af 12 mulige gymnasier (67%), i øvrige Region Hovedstaden deltog 29 gymnasier af 33 mulige (88%), og i øvrige Danmark deltog 82 gymnasier ud af 92 mulige (89%). Deltagelsesprocenten på skoleniveau var altså mindre i Københavns Kommune end resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark. En klassens deltagelse er i denne rapport defineret ved mindst én elevbesvarelse. Klassedeltagelsen (på deltagende gymnasier) var 100% i både Københavns Kommune og i øvrige Region

Hovedstaden, mens den var 96% i øvrige Danmark. I Københavns Kommune deltog 85% af elever i de deltagende klasser, og i både øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark var det 83%. Klassesdeltagelsen og elevdeltagelsen i Københavns Kommune var således på niveau med både resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

Besvarelser fra 137 elever uden for målgruppen, det vil sige elever over 25 år, ekskluderes. Resultaterne i denne rapport er således baseret på information fra i alt 70.541 gymnasieelever: 5.079 fra Københavns Kommune, 16.818 fra øvrige Region Hovedstaden og 48.644 fra øvrige Danmark. Fordelingen af deltagerne opdelt på køn, alder og uddannelse (stx/hf) ses i tabel 2. Andelen af piger var henholdsvis 60%, 56% og 62% i Københavns Kommune, resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark. Gennemsnitsalderen var 17,7 år i både Københavns Kommune og øvrige Region Hovedstaden og 18,0 år i øvrige Danmark. Andelen af hf-elever var lavest i Københavns Kommune (4,1%). I øvrige Region Hovedstaden var hf-andelen 5,4%, og i resten af Danmark var den 8,4%. Der tages højde for forskellig køns-, alders- og uddannelsessammensætning, når resultater fra Københavns Kommune sammenlignes med resultater fra øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark (se læsevejledning).

Tabel 1. Deltagelse

	Københavns Kommune	Øvrige Region Hovedstaden	Øvrige Danmark
Antal inviterede gymnasier	12	33	92
Antal deltagende gymnasier	8	29	82
Deltagelsesprocent på skoleniveau	67%	88%	89%
Antal inviterede klasser	231	1.341	2.223
Antal deltagende klasser (mindst én deltagende elev)	231	1.341	2.138
Deltagelsesprocent på klasseniveau, blandt deltagende gymnasier	100%	100%	96%
Antal elever i inviterede klasser	5.961	20.419	59.455
Antal elever i deltagende klasser	5.961	20.419	58.576
Antal elevbesvarelser	5.082	16.862	48.734
Deltagelsesprocent på elevniveau, blandt inviterede klasser	85%	83%	82%
Deltagelsesprocent på elevniveau, blandt deltagende klasser	85%	83%	83%
Antal elevbesvarelser, 25 år eller yngre	5.079	16.818	48.644

Tabel 2. Deltagere opdelt på køn, alder og uddannelse

	Københavns Kommune		Øvrige Region Hovedstaden		Øvrige Danmark	
I alt	5.079	100%	16.818	100%	48.644	100%
Køn						
Piger	3.033	60%	9.499	56%	30.359	62%
Drenge	2.046	40%	7.319	44%	18.285	38%
Alder						
≤16 år	1.306	26%	4.600	27%	9.411	19%
17 år	1.757	35%	5.643	34%	16.344	34%
18 år	1.430	28%	4.673	28%	14.704	30%
19-25 år	586	12%	1.901	11%	8.183	17%
Uddannelse						
Stx	4.796	96%	15.560	95%	43.256	92%
Hf	204	4,1%	887	5,4%	3.972	8,4%

Læsevejledning

Rapporten består af seks kapitler. I første kapitel er der redegjort for undersøgelsens datamateriale, studiepopulation samt metode, og der gives en beskrivelse af deltagelse og deltagere. De efterfølgende fem kapitler viser på baggrund af Ungdomsprofilen 2014 resultater for gymnasieelever i Københavns Kommune på en række indikatorer inden for emnerne sundhedsadfærd, fysisk helbred, mental sundhed, skoleliv og sociale relationer. Hvert kapitel afsluttes med en sammenligning af resultater for gymnasieelever i Københavns Kommune med henholdsvis øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Tabelforklaring

I hvert kapitel findes to typer af tabeller. Den første type tabel viser forekomst og kønsfordeling af de forskellige indikatorer i Københavns Kommune. For nogle af de indikatorer, der kun har to kategorier (fx overvægt, ja/nej), vises resultater for Københavns Kommune alene i teksten. Den anden type tabel viser forekomst af indikatorer i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. Tabellerne er opbygget på samme måde i hvert kapitel, og i det følgende forklares, hvordan tabellerne skal læses. Brug af e-cigaretter er anvendt som eksempel (tabel 3 og tabel 4).

Tabel 3 viser forekomst og kønsfordeling af brug af e-cigaretter blandt gymnasieelever i Københavns Kommune. Der vises en søjle for piger, en søjle for drenge og en søjle for totalen. Rækken 'Antal svarpersoner' angiver, hvor mange elever forekomsten er baseret på i den pågældende søjle. Hvis en tabel er baseret på besvarelser fra mere end ét spørgsmål, angiver 'Antal svarpersoner' det antal elever, der har besvaret det spørgsmål, som første række i tabellen er baseret på. Antallet af elever, som har besvaret et givent spørgsmål, vil variere af tre årsager: 1) nogle elever har valgt ikke at besvare spørgsmålet, 2) nogle elever stilles ikke spørgsmålet grundet deres svar på et andet spørgsmål (fx stilles spørgsmålet om kønssygdomme kun til seksuelt aktive), og 3) enkelte spørgsmål findes ikke i

alle spørgeskemaversioner grundet relevans og løbende justeringer under dataindsamlingen.

Tabel 3. Brug af e-cigaretter, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.980	1.999	4.979
Nej	61	51	57
Få gange	35	42	38
Jævnligt/dagligt	3,6	7,2	5,0

Tabel 4 viser sammenligningen af forekomsten af jævnligt/dagligt brug af e-cigaretter mellem Københavns Kommune og henholdsvis øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. Her analyseres piger og drenge samlet. Søjlerne i tabellen har altid den samme rækkefølge: 'KK', 'RH', 'DK' 'OR' (95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH)' og 'OR' (95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK)'. Søjlerne 'KK', 'RH' og 'DK' angiver forekomsten af den givne indikator i henholdsvis Københavns Kommune, øvrige Region Hovedstaden (uden Københavns Kommune) og øvrige Danmark (uden Region Hovedstaden). Flere indikatorer har mere end to kategorier, og første søjle i tabellen angiver, hvilken forekomst der henføres til. I eksemplet med e-cigaretter er det andelen af elever, der jævnligt/dagligt bruger e-cigaretter, der henføres til, og altså denne andel/forekomst der sammenlignes.

Søjlerne 'KK', 'RH' og 'DK' angiver forekomsten af den givne indikator i henholdsvis Københavns Kommune, øvrige Region Hovedstaden (uden Københavns Kommune) og øvrige Danmark (uden Region Hovedstaden). Flere indikatorer har mere end to kategorier, og første søjle i tabellen angiver, hvilken forekomst der henføres til. I eksemplet med e-cigaretter er det andelen af elever, der jævnligt/dagligt bruger e-cigaretter, der henføres til, og altså denne andel/forekomst der sammenlignes.

Søjlen 'OR' indeholder odds ratio. Formålet med OR er at give en beskrivelse af forskellene mellem forekomsten i Københavns Kommune og en referencegruppe, når der tages højde for forskelle i køns-, alders- og uddannelsessammensætningen (stx eller hf) i grupperne. Referencegruppen er henholdsvis gymnasieelever i øvrige Region Hovedstaden og gymnasieelever i øvrige Danmark. Hvis odds ratio er 1, er der ingen forskel mellem Københavns Kommune og referencegruppen. Hvis OR er større end 1, angiver det, at forekomsten af den givne indikator er højere

blandt gymnasieelever i Københavns Kommune end i referencegruppen, når der tages højde for forskelle i køns-, alders- og uddannelsessammensætningen. Hvis OR er mindre end 1, er forekomsten lavere blandt gymnasieelever i Københavns Kommune end i referencegruppen, når der tages højde for forskelle i køns-, alders- og uddannelsessammensætningen. Et eksempel på beregning af OR ses i boksen på side 11.

'95% sikkerhedsgrænser' indeholder et 95% sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og den øvre grænse og indeholder i 95% af tilfældene den sande værdi af OR. Sikkerhedsgrænserne viser, om der er statistisk belæg for at sige, at OR for gymnasieelever i Københavns Kommune er forskellig fra 1 (referencegruppen). Hvis intervallet indeholder 1, er der ikke statistisk signifikant forskel mellem gymnasieelever i Københavns Kom-

mune og referencegruppen (øvrige Region Hovedstaden eller øvrige Danmark), mens der er statistisk signifikant forskel, hvis nedre og øvre grænse begge ligger henholdsvis under eller over 1.

I denne rapport beskrives forskelle mellem Københavns Kommune og øvrige Region Hovedstaden eller øvrige Danmark med udgangspunkt i de angivne forekomster/andele, det vil sige søjle 2-4, da disse angiver den faktiske forekomst/andel i de tre grupper. Søjlerne med OR skal anvendes, hvis man skal vurdere, hvorvidt der er forskel, når der tages højde for forskel i køns-, alders- og uddannelsessammensætningen. Når der er statistisk signifikant forskel mellem andel/forekomst i Københavns Kommune og øvrige Region Hovedstaden eller øvrige Danmark, angives dette med en stjerne (*).

Tabel 4. Eksempel på sammenligning. Altid/for det meste cykling eller gang til og fra skole i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs. øvrige DK) ^c
Altid/for det meste cykling eller gang til og fra skole	61	65	54	0,88 (0,83-0,95)*	1,32 (1,25-1,41)*

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

*Statistisk signifikant

I beregningen af OR tages der højde for køns-, alders- og uddannelsessammensætning.

Tallene angiver, at 61%, 65% og 54% af gymnasieelever i henholdsvis Københavns Kommune, øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark altid/for det meste cykler eller går til og fra skole.

Det første tal angiver odds ratioen (OR), dvs. hvor meget større (eller mindre) sandsynlighed (odds) gymnasieelever i Københavns Kommune har for altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole ift. referencegruppen gymnasieelever i **øvrige Region Hovedstaden**. I dette tilfælde har gymnasieelever i Københavns Kommune 12% lavere sandsynlighed for altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole ift. gymnasieelever i øvrige Region Hovedstaden. Intervallet i parentes (sikkerhedsgrænserne) angiver inden for hvilken sikkerhedsmargen, OR befinder sig. I dette tilfælde ligger både den nedre og øvre sikkerhedsgrænse under 1, og forskellen i andelen, der altid/for det meste cykler eller går til og fra skole, mellem Københavns Kommune og øvrige Region Hovedstaden er derfor statistisk signifikant, hvilket er angivet med en stjerne (*).

Det første tal angiver odds ratioen (OR), dvs. hvor meget større (eller mindre) sandsynlighed (odds) gymnasieelever i Københavns Kommune har for altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole ift. referencegruppen gymnasieelever i **øvrige Danmark**. I dette tilfælde har gymnasieelever i Københavns Kommune 32% større (eller 1,32 gange større) sandsynlighed for altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole end gymnasieelever i øvrige Danmark. Forskellen er statistisk signifikant (både nedre og øvre sikkerhedsgrænse er over 1), hvilket er angivet med en stjerne (*).

Hvad er en odds ratio (OR)?

OR er et ofte anvendt mål for sammenhæng mellem to variable, og som navnet antyder, er det i udgangspunktet et forhold (ratio) mellem to odds. Hvis OR er 1, er der ingen forskel på de to grupper. Hvis OR er større end 1, angiver det, at den aktuelle gruppe i højere grad end referencegruppen har svaret 'ja' til den betragtede indikator. Hvis OR er mindre end 1, har den aktuelle gruppe i mindre grad end referencegruppen svaret 'ja' til den betragtede indikator.

For nærmere at illustrere udregning af en OR benyttes nedenstående tabel, som viser sammenhængen mellem køn og altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole.

*Cykler eller går altid/for det meste til og fra skole,
Københavns Kommune*

	Ja	Nej	Total	Odds
Piger	1.737	1.236	2.973	1,4
Drenge	1.302	671	1.973	1,9

Eftersom 58% af pigerne (1.737/2.973) og 66% af drengene (1.302/1.973) altid/for det meste cykler eller går til og fra skole, er konklusionen, at piger i mindre grad end drenge altid/for det meste cykler eller går til og fra skole.

Tankegangen for OR er som følger: 1.737 piger cykler eller går altid/for det meste til og fra skole, mens 1.236 ikke gør. Dette giver et odds for altid/for det meste at cykle eller gå til og fra skole på $1.737/1.236=1,4$. Det vil sige for hver pige, der ikke altid/for det meste cykler eller går til og fra skole, er der 1,4, der gør. Tilsvarende er odds for drenge $1.302/671=1,9$. For hver dreng, der ikke altid/for det meste cykler eller går til og fra skole, er der således 1,9, der gør. Når vi vælger drenge som basis (referencegruppe) betyder dette, at OR er $1,4/1,9=0,74$. Eftersom OR er mindre end 1, og drenge er valgt som referencegruppe, betyder det, at piger i mindre grad end drenge altid/for det meste cykler eller går til og fra skole.

Sundhedsadfærd

Sundhedsadfærd kan forstås som den del af en persons livsstil, der har betydning for sundheden. Der kan både være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at opnå sundhed eller undgå sygdom, men der kan også være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige konsekvenser (Sundhedsstyrelsen 2005). U hensigtsmæssig sundhedsadfærd, såsom rygning og højt alkoholforbrug, er tidligere blevet fremhævet som årsag til stagnationen i danskernes middellevetid (Juel 2008). Samtidig skyldes en del af den sociale ulighed, der er i sygelighed og dødelighed i Danmark, forskelle i befolkningsgrupperes sundhedsadfærd (Juel & Koch 2013). Eksempelvis er andelen, der ryger dagligt, større blandt ufaglærte personer end blandt personer med længere videregående uddannelser.

Der er flere grunde til at interessere sig for netop unges sundhedsadfærd. For det første er ungdomsårene præget af store forandringer, som er med til at skabe grobund for nye vaner og ny adfærd, der ofte fastholdes ind i voksenlivet. For det andet er der en række muligheder for at påvirke unges sundhedsadfærd, og for det tredje giver viden om unges sundhedsadfærd i højere grad mulighed for at prioritere og planlægge forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Dette kapitel beskriver sundhedsadfærd blandt Københavns Kommunes gymnasieelever og inkluderer temaerne alkohol, rygning, euforiserende stoffer, kost- og morgenmadvaner, fysisk aktivitet, søvn, sex og solariebrug.

Sundhedsadfærd i Københavns Kommune

Alkohol

Det er estimeret, at der i Danmark er 3.000 dødsfald årligt, som er direkte eller indirekte relateret til forhøjet alkoholforbrug. Det svarer til ca. 5% af alle dødsfald i Danmark (Sundhedsstyrelsen & Statens Serum Institut 2015, Eliassen et al. 2014). Alkohol kan have en række umiddelbare konsekvenser for unges sundhed og trivsel. På længere sigt kan et højt alkoholforbrug medføre øget sygelighed, og det ser ud til, at unge, der starter tidligt og drikker meget, har større risiko for alkoholrelaterede problemer senere hen. Ifølge Sundhedsstyrelsens udmeldinger omkring alkohol har kvinder med et forbrug over 14 genstande om ugen og mænd med et forbrug over 21 genstande om ugen en høj risiko for at blive syge på grund af alkohol. Der er ikke sat specifikke genstandsgrænser for unge, men unge mellem 16 og 18 år anbefales ifølge Sundhedsstyrelsen at drikke mindst muligt og stoppe før fem genstande ved samme lejlighed (Sundhedsstyrelsen 2015a).

Sammenlignet med unge i andre europæiske lande har danske unge et højt alkoholforbrug, hvilket afspejles i de internationale sammenligninger af unges alkoholvaner, der er lavet på området (Danielsson et al. 2012, Currie et al. 2012). At have mulighed for at gå til fester, blive sent ude og drikke alkohol betragtes af mange unge som en vigtig del af ungdomslivet og som en del af det at blive voksen (Gundelach & Järvinen 2006).

Ugentligt alkoholforbrug

Eleverne er blevet spurgt, hvor mange genstande de drikker på en normal uge (både hverdage og weekend). I gennemsnit drikker gymnasieelever i Københavns Kommune 10,6 genstande om ugen (8,9 genstande blandt piger og 13,3 genstande blandt drenge). Gennemsnittet på landsplan er ligeledes 10,6 genstande om ugen (9,2 genstande blandt piger og 12,9 genstande blandt drenge).

I alt overskrider omkring hver femte gymnasieelev (19%) i Københavns Kommune Sund-

hedsstyrelsens højrisikogrænse for alkoholforbrug (14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande om ugen for mænd). Blandt piger er det 20%, og blandt drenge er det 18%.

Binge drinking

Eleverne er yderligere blevet spurgt til, hvor ofte de inden for de seneste 30 dage har drukket fem eller flere genstande ved samme lejlighed – såkaldt binge drinking. Det ses i tabel 5, at ca. en fjerdedel af gymnasieelever i Københavns Kommune (25%) ikke har binge-drukket inden for de seneste 30 dage; en større andel blandt piger (27%) end blandt drenge (21%). Andelen, der har binge-drukket fire eller flere gange inden for de seneste 30 dage, er 36% (32% blandt piger og 43% blandt drenge).

Tabel 5. Hyppighed af binge drinking (fem eller flere genstande ved samme lejlighed) inden for de seneste 30 dage, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.010	2.032	5.042
0 gange	27	21	25
1 gang	15	10	13
2-3 gange	27	26	26
≥4 gange	32	43	36

Rygning

Rygning betyder meget for folkesundheden og dødeligheden i Danmark. Således er rygning en medvirkende årsag til knap 13.000 dødsfald om året, hvilket svarer til ca. hvert fjerde dødsfald (Koch et al. 2015). I Danmark ryger 17% af befolkningen dagligt, og 5% ryger lejlighedsvist (Christensen et al. 2014). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, såsom lungekræft, hjertekarsygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom. Risikoen for en rygerrelateret sygdom øges med rygemængde og antallet af år, man har røget. Forskning viser, at de, der begynder at ryge tidligt, har sværere ved senere at holde op, og jo tidligere man begynder at ryge, jo større er sandsynligheden for, at man bliver storryger senere hen (Richardson et al. 2009). Storrygere er defineret som personer, der ryger 15

eller flere cigaretter om dagen. De fleste rygere er startet med at ryge som unge, og derfor er ungdomsårene en særlig vigtig periode, hvis man vil forsøge at forebygge rygning.

Rygevaner

Omkring hver femte gymnasieelev i Københavns Kommune (21%) angiver, at de ryger dagligt (tabel 6). Andelen er lidt større blandt drenge (22%) end blandt piger (20%). Derimod er der en lidt større andel piger (34%) end drenge (30%), der ryger lejlighedsvist.

Tabel 6. Rygevaner, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.028	2.025	5.053
Ryger aldrig	46	48	46
Ryger lejlighedsvist	34	30	32
Ryger hver dag	20	22	21

Hvor meget ryges der?

I Københavns Kommune angiver de gymnasieelever, der ryger dagligt, at de i gennemsnit ryger 9,5 cigaretter om dagen (8,7 cigaretter blandt piger og 10,7 cigaretter blandt drenge). På landsplan er gennemsnittet 9,3 cigaretter om dagen (8,6 cigaretter blandt piger og 10,1 cigaretter blandt drenge). I alt er ca. hver femte dagligryger i Københavns Kommune (21%) storryger, det vil sige, de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. Andelen af storrygere er 17% blandt piger og 26% blandt drenge.

Rygestop

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune, der ryger (dagligt eller lejlighedsvist), ønsker over halvdelen at stoppe (58%); 61% blandt piger og 52% blandt drenge.

Brug af vandpibe

Størstedelen af gymnasieelever i Københavns Kommune har prøvet at ryge vandpibe (tabel 7). I alt har 55% prøvet det få gange, og 16% ryger vandpibe jævnligt/dagligt. Andelen med jævnligt/dagligt brug af vandpibe er mindre blandt piger (13%) end blandt drenge (20%).

Tabel 7. Brug af vandpipe, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.016	2.021	5.037
Nej	33	25	30
Få gange	55	54	55
Jævnligt/dagligt	13	20	16

Brug af e-cigaretter

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune har 38% brugt e-cigaretter få gange, mens 5,0% bruger e-cigaretter jævnligt/dagligt (tabel 8). Andelen af brugere er mindre blandt piger end drenge, især jævnligt/dagligt brug (3,6% vs. 7,2%).

Tabel 8. Brug af e-cigaretter, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.980	1.999	4.979
Nej	61	51	57
Få gange	35	42	38
Jævnligt/dagligt	3,6	7,2	5,0

Euforiserende stoffer

I ungdomsårene eksperimenterer nogle unge med hash, og enkelte forsøger sig også med andre stoffer, såsom amfetamin, kokain og ecstasy. Den eksperimentelle brug af stoffer toppe i aldersgruppen 16-19 år. For de fleste er der tale om et ungdomsfænomen, og de færreste fortsætter brugen ind i voksenlivet (Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen 2009, Sundhedsstyrelsen 2013). For en mindre andel af de unge kan forbruget dog føre til akutte helbredsskader, såsom forgiftninger og psykiatriske indlæggelser, eller til et decideret stofmisbrug og langvarige helbredsskader (Hall & Degenhardt 2009, Kjølner & Sindballe 2007).

Erfaring med hash

Godt halvdelen af gymnasieelever i Københavns Kommune (53%) har på et tidspunkt i deres liv prøvet hash, pot eller skunk (tabel 9). Andelen er mindre blandt piger (47%) end

blandt drenge (62%). I alt har 22% prøvet hash inden for den seneste måned (15% blandt piger og 31% blandt drenge).

Tabel 9. Erfaring med hash, pot eller skunk, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.018	2.019	5.037
Nej	53	38	47
Ja, men ikke inden for det seneste år	7,9	7,4	7,7
Ja, inden for det seneste år	24	24	24
Ja, inden for den seneste måned	15	31	22

Hashforbrugets omfang

Det ses i tabel 10, at 28% af gymnasieelever i Københavns Kommune har prøvet hash, pot eller skunk 1-9 gange i deres liv, mens 25% har prøvet det 10 eller flere gange (18% blandt piger og 37% blandt drenge).

Tabel 10. Hyppighed af hash-, pot- eller skunkforbrug (hele livet), Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.025	2.019	5.044
0 gange	53	38	47
1-9 gange	29	26	28
≥10 gange	18	37	25

Erfaring med andre euforiserende stoffer end hash

Eleverne er også blevet spurgt om brug af andre euforiserende stoffer end hash. I alt har 8,1% af gymnasieelever i Københavns Kommune prøvet mindst ét af stofferne amfetamin, ecstasy eller MDMA, kokain, svampe eller lignende. Andelen er mindre blandt piger (5,3%) end blandt drenge (12%).

Kost- og måltidsvaner

I takt med at de unge bliver ældre og mere selvstændige, får de også større indflydelse på deres kostvaner. Et usundt kostmønster, hvor der fx spises meget mættet fedt, sukker og kun lidt frugt og grønt, har betydning for udviklingen af en række folkesygdomme, såsom hjer-

tekarsygdomme, type 2-diabetes og kræft (Willett & Stampfer 2013). Kostvaner spiller ligeledes en central rolle i forhold til at undgå overvægt og sikre god tandsundhed (Groth & Fagt 2007).

Udover forskning i hvad unge spiser, er der også en gren af forskningen, der beskæftiger sig med, hvornår de spiser, det vil sige måltidsvaner. Studier af unges måltidsvaner har fundet en sammenhæng mellem regelmæssigt indtag af morgenmad og en generel sundere kost i løbet af dagen (Rampersaud et al. 2005), men forskning om unges måltidsvaner er endnu begrænset, og den eksisterende forskning omhandler i høj grad måltidsvaner i forbindelse med morgenmad.

Kostvaner

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de indtager frugt, grøntsager, fastfood og sodavand i løbet af en normal uge, og tabel 11 viser, hvor stor en andel, der ofte gør dette. I alt spiser 40% og 48% af gymnasieelever i Københavns Kommune henholdsvis frugt og grønt dagligt, mens 28% og 46% indtager henholdsvis fastfood og sodavand mindst 2-4 dage om ugen. En større andel af piger end drenge spiser dagligt frugt og grønt, mens en større andel af drenge end piger hyppigt indtager fastfood og sodavand.

Tabel 11. Kostvaner: Hyppigt indtag af frugt, grønt, fastfood og sodavand, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.005	2.009	5.014
Frisk frugt mindst én gang dagligt	46	31	40
Grøntsager mindst én gang dagligt	54	40	48
Fastfood mindst 2-4 dage om ugen	17	44	28
Sodavand mindst 2-4 dage om ugen	36	62	46

Morgenmadsvaner

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der spiser morgenmad alle hverdage, er 63%. Blandt piger er andelen 60%, og blandt drenge er den 67%.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan forebygge en række sygdomme, såsom hjertekarsygdomme og type-2 diabetes, samt tidlig død (Lee et al. 2012). Samtidig øger fysisk aktivitet kondition og muskelstyrke, og fysisk aktivitet har en positiv betydning for læring, trivsel og mental velvære (Kjøller 2007, Sundhedsstyrelsen 2011). De officielle anbefalinger for fysisk aktivitet er, at unge under 18 år bør være fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen. For voksne på 18 år og derover lyder anbefalingen, at man skal være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Det svarer til henholdsvis 7 timer (<18 år) og 3,5 timer (≥18 år) om ugen (Sundhedsstyrelsen 2015b).

Fysisk aktivitet uden for skoletid

Tabel 12 viser, hvor mange timer om ugen eleverne dyrker sport eller anden form for fysisk aktivitet, hvor de bliver forpustede eller sveder (energisk fysisk aktivitet). Blandt piger angiver 12% ingen energisk fysisk aktivitet uden for skoletid, mens andelen er 8,7% blandt drenge. Det er især drenge, der dyrker fire eller flere timers fysisk aktivitet om ugen uden for skoletid. Blandt piger angiver 23% fire eller flere timer, mens det er tilfældet for 42% blandt drenge.

Tabel 12. Energisk fysisk aktivitet uden for skoletid, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.973	1.970	4.943
Ingen	12	8,7	11
Ca. ½-1 time om ugen	30	21	27
Ca. 2-3 timer om ugen	35	28	32
Ca. 4-6 timer om ugen	17	25	20
Ca. 7 timer om ugen eller mere	5,7	17	10

Aktiv transport

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune cykler eller går knap hver femte (19%) aldrig til og fra skole, mens 61% altid/for det meste cykler eller går til og fra skole (58% blandt piger og 66% blandt drenge) (tabel 13).

Tabel 13. Aktiv transport: Hyppighed af cykling eller gang til og fra skole, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.973	1.973	4.946
Aldrig	20	18	19
Nogle gange/sjældent	21	16	19
Altid/for det meste	58	66	61

Søvn og træthed

Søvn har afgørende betydning for kroppens genopbygning, og mangel på søvn kan både påvirke immunforsvaret og kognitive funktioner, såsom hukommelse og indlæring (Åkerstedt & Nilsson 2003, Dewalda et al. 2010). På den måde har søvnens længde og kvalitet stor betydning for en lang række helbreds-, trivsels- og læringsfaktorer (Cappuccio et al. 2010). Træthed, problemer med at falde i søvn og dårlig eller utilstrækkelig søvn er hyppigt forekommende blandt unge (Roberts et al. 2009, Wolfson & Carskadon 2003). Udviklingen i de 16-24-åriges søvnmønster er beskrevet i rapporten 'Børn og unges mentale sundhed', der blandt andet bruger data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (Due et al. 2014). Her fremgår det, at der de seneste ca. 20 år er sket en stigning i andelen af unge, der er generet af træthed og lider af søvnbesvær.

Søvnproblemer

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte inden for de seneste seks måneder, de har oplevet søvnproblemer. Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune har 44% sjældent eller aldrig oplevet søvnproblemer, mens 23% oplever søvnproblemer mere end én gang om ugen (25% blandt piger og 21% blandt drenge) (tabel 14).

Tabel 14. Hyppighed af søvnproblemer de seneste seks måneder, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.948	1.937	4.885
Sjældent eller aldrig	41	48	44
Næsten hver måned	21	20	20
Næsten hver uge	14	12	13
Mere end én gang om ugen	25	21	23

Træthed

Eleverne er yderligere blevet spurgt, om de inden for de seneste 14 dage har været meget generet af træthed. I Københavns Kommune angiver omkring hver tredje gymnasieelev (34%) at have være meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage. Andelen er større blandt piger (39%) end blandt drenge (27%).

Sex

Seksualitet udgør en naturlig del af den personlige udvikling, som finder sted i ungdomsårene. I ungdomsårene opstår tanker og følelser omkring seksualitet, og det er ofte i denne periode, at de unge har deres seksuelle debut. Seksualitet kan påvirke sundhed og livsstil i en positiv retning, og et tilfredsstillende sexliv kan bidrage til øget livskvalitet og trivsel. Omvendt kan seksuelle problemer og kønssygdomme føre til nedsat livskvalitet og sundhed (Graugaard et al. 2012).

Erfaring med samleje

I alt angiver 60% af gymnasieelever i Københavns Kommune at have haft samleje (58% blandt piger og 64% blandt drenge), og den gennemsnitlige seksuelle debutalder er 15,4 år (15,5 år blandt piger og 15,4 år blandt drenge). På landsplan er den gennemsnitlige debutalder 15,5 år blandt både piger og drenge.

Kønssygdomme

Blandt de seksuelt aktive gymnasieelever i Københavns Kommune, angiver 7,5% at have haft en kønssygdom (8,6% blandt piger og 6,0% blandt drenge).

Solarium

Solarier udsender uv-stråling, som kan være forbundet med risiko for hudkræft og melanom – særligt hvis man går i solarium, inden man fylder 35 år (Boniol et al. 2012). Ifølge en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse, som er foretaget blandt 2.000 unge i alderen 15 til 25 år, er andelen, der har anvendt solarium inden for det seneste år, faldet fra 2008 til 2013 (Behrens & Jensen 2015).

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune har 2,0% anvendt solarium ugentligt eller oftere inden for det seneste år og 13% månedligt eller sjældnere (tabel 15). Det er generelt i højere grad piger end drenge, der gør brug af solarium.

Tabel 15. Brug af solarium inden for det seneste år, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.947	1.933	4.880
Har ikke brugt solarium	80	93	85
Månedligt eller sjældnere	18	6,3	13
Ugentligt eller oftere	2,6	1,0	2,0

Sundhedsadfærd i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark

Sundhedsadfærd blandt gymnasieelever i Københavns Kommune adskiller sig på flere indikatorer fra gymnasieelever i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark (tabel 16).

Andelen, der har binge-drukket (drukket fem eller flere genstande) fire eller flere gange inden for de seneste 30 dage, er lidt større i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. Derimod er der ikke nævneværdig forskel på andelen, der drikker over genstandsgrænserne (14/21 genstande pr. uge for kvinder/mænd) i Københavns Kommune og hverken øvrige Region Hovedstaden eller øvrige Danmark.

Forekomsten af daglig rygning er markant højere i Københavns Kommune sammenlignet med resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark. Andelen af dagligrygere i Københavns Kommune, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen, adskiller sig ikke nævneværdigt fra øvrige Region Hovedstaden, mens den er lidt større end i øvrige Danmark. Andelen af rygere i Københavns Kommune, der ønsker rygestop, svarer til andelen i øvrige Region Hovedstaden, men er lidt større end i øvrige Danmark. Forekomsten af et jævnligt/dagligt forbrug af vandpibe er højere i Københavns Kommune end i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark, mens andelen i Københavns Kommune, der jævnligt/dagligt bruger e-cigaretter, svarer nogenlunde til andelen i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Både brug af hash den seneste måned, brug af hash 10 eller flere gange i løbet af livet og brug af amfetamin, ecstasy/MDMA, kokain, svampe eller lignende forekommer hyppigere i Københavns Kommune sammenlignet med resten af Region Hovedstaden og resten Danmark.

Andelen, der spiser grøntsager dagligt, er større i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. Derimod er andelen, der spiser frugt dagligt, ikke nævneværdigt forskellig fra andelen i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. En større andel i Københavns Kommune end i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark spiser fastfood mindst 2-4 dage om ugen, mens andelen i Københavns Kommune, der drikker sodavand mindst 2-4 dage om ugen, er sammenlignelig med andelen i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. En lidt mindre andel i Københavns Kommune spiser morgenmad alle hverdage sammenlignet med resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

I Københavns Kommune er andelen, der angiver fire eller flere timers fysisk aktivitet om ugen uden for skoletid, hvor de bliver forpu-stede eller sveder, lavere end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark. Andelen, der altid/for det meste cykler eller går til og fra skole, er lidt mindre i Københavns Kommune sammenlignet med resten af Region Hovedstaden, men større sammenlignet med resten af Danmark.

Både andelen, der oplever søvnproblemer mere end én gang om ugen, og andelen, der er meget generet af træthed, er lidt større i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Andelen i Københavns Kommune, der har haft samleje, er ikke nævneværdigt forskellig fra andelen i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark, mens andelen, der har haft en kønssygdom, er lidt større i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

I Københavns Kommune har en mindre andel brugt solarium inden for det seneste år, sammenlignet med resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

Tabel 16. Sundhedsadfærd i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK) ^c
Alkoholforbrug ≥14/21 genstande/uge	19	20	21	0,96 (0,89-1,04)	0,97 (0,90-1,05)
Binge drinking ≥4 gange de seneste 30 dage	36	33	26	1,19 (1,11-1,27)*	1,64 (1,55-1,75)*
Daglig rygning	21	13	10	1,94 (1,79-2,11)*	2,66 (2,46-2,87)*
≥15 cigaretter/dag	21	21	18	1,03 (0,85-1,24)	1,48 (1,24-1,76)*
Ønske om rygestop blandt rygere	58	57	54	1,03 (0,94-1,13)	1,18 (1,09-1,28)*
Jævnligt/dagligt brug af vandpipe	16	13	11	1,30 (1,18-1,42)*	1,59 (1,46-1,73)*
Jævnligt/dagligt brug af e-cigaretter	5,0	4,4	4,9	1,20 (1,03-1,40)*	1,01 (0,88-1,16)
Brug af hash, pot eller skunk inden for den seneste måned	22	14	10	1,88 (1,73-2,04)*	2,48 (2,30-2,68)*
Brug af hash, pot eller skunk ≥10 gange (nogensinde)	25	14	11	2,28 (2,10-2,47)*	3,40 (3,16-3,67)*
Erfaring med amfetamin, ecstasy eller MDMA, kokain, svampe el.lign.	8,1	5,5	4,6	1,60 (1,41-1,82)*	2,14 (1,91-2,40)*
Frisk frugt dagligt	40	41	39	0,96 (0,90-1,02)	1,04 (0,98-1,10)
Grøntsager dagligt	48	44	40	1,15 (1,08-1,23)*	1,40 (1,32-1,48)*
Fastfood mindst 2-4 dage om ugen	28	21	14	1,51 (1,40-1,63)*	2,47 (2,30-2,65)*
Sodavand mindst 2-4 dage om ugen	46	49	47	0,93 (0,87-0,99)*	0,95 (0,90-1,01)
Morgenmad alle hverdage	63	66	68	0,90 (0,84-0,96)*	0,76 (0,72-0,81)*
Energisk fysisk aktivitet ≥4 timer uden for skoletid	30	43	40	0,59 (0,55-0,63)*	0,63 (0,59-0,67)*
Altid/for det meste cyk- ling eller gang til og fra skole	61	65	54	0,88 (0,83-0,95)*	1,32 (1,25-1,41)*
Søvnproblemer mere end én gang om ugen de seneste seks måneder	23	21	20	1,15 (1,06-1,24)*	1,24 (1,15-1,33)*
Meget generet af træthed de seneste 14 dage	34	31	29	1,12 (1,04-1,20)*	1,28 (1,20-1,37)*
Har haft samleje	60	58	63	1,09 (1,02-1,17)*	1,00 (0,94-1,06)
Har haft en kønssygdom (blandt seksuelt aktive)	7,5	5,9	5,8	1,31 (1,11-1,54)*	1,49 (1,29-1,73)*
Brug af solarium inden for det seneste år	15	20	23	0,70 (0,64-0,77)*	0,64 (0,59-0,69)*

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

*Statistisk signifikant

Fysisk helbred

Unge fysiske helbred kan måles og beskrives på mange måder, fx ved at afdække, hvor mange der er plaget af fysiske lidelser eller fysiske symptomer, såsom hovedpine og mavepine. Spørgeskemadata benyttes ofte til at beskrive befolkningens helbred. Sådanne data giver væsentlig information om personens egen oplevelse og vurdering af sin helbredstilstand og kan således afdække andre dimensioner af helbredet end de mere traditionelle mål for sygelighed og dødelighed, som fremgår af registre.

Spørgsmål om selvvurderet helbred indgår ofte i spørgeskemaundersøgelser og har vist sig at være en god indikator for en persons generelle velbefindende og en prædiktor for sygelighed og dødelighed (DeSalvo et al. 2006). En normalvægtig krop er ligeledes et relevant mål i forhold til et godt helbred. Flere risikofaktorer for hjertekarsygdom, såsom tendenser til åreforkalkning og forekomst af type-2-diabetes, kan allerede observeres ved overvægt og fedme tidligt i livet (Reilly & Kelly 2011).

Dette kapitel beskriver fysisk helbred blandt gymnasieelever i Københavns Kommune i form af selvvurderet helbred, udvalgte fysiske symptomer og lidelser samt vægtstatus.

Fysisk helbred i Københavns Kommune

Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er en persons samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved at liste personens symptomer og sygdomme (Bjorner et al. 2005). Selvvurderet helbred har vist sig at være en god prædiktor for sygelighed og dødelighed. Både danske og internationale un-

dersøgelser har fundet en sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og øget forekomst af kræft, hjertesygdom, brug af sundhedsvæsenet, medicinforbrug og dødelighed (DeSalvo et al. 2006, Møller et al. 1996).

Knap halvdelen af gymnasieelever i Københavns Kommune (49%) angiver at have et fremragende eller vældig godt selvvurderet helbred, og 39% vurderer deres helbred som 'godt' (tabel 17). Samlet set er det således 88%, der angiver et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred.

Tabel 17. Selvvurderet helbred, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.973	1.968	4.941
Fremragende/ vældig godt	46	55	49
Godt	41	36	39
Mindre godt/dårligt	13	9,0	12

Fysiske symptomer og lidelser

Fysisk helbred kan beskrives i et spektrum fra lette, forbigående symptomer til længerevarende, kroniske lidelser. Symptomer som hovedpine, mavepine og smerter er relativt almindelige blandt unge (Haugland et al. 2001, Roth-Isigkeit et al. 2005), og disse symptomer kan hænge sammen med fysiske og mentale helbredsproblemer i voksenlivet (Fearon & Hotopf 2001). Udenlandske undersøgelser peger på, at det at have en fysisk lidelse kan hæmme deltagelse i fysisk aktivitet, påvirke skolearbejde og hæmme mulighederne for at deltage i sociale arrangementer med vennerne (Roth-Isigkeit et al. 2005).

Fysiske symptomer

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de har oplevet en række fysiske symptomer inden for de seneste seks måneder. Tabel 18 viser, hvor stor en andel af gymnasieelever i Københavns Kommune, der har haft de pågældende symptomer næsten dagligt. I alt angiver 6,0% hovedpine næsten dagligt, 2,3% mavepine næsten dagligt, 2,1% småsygdom næsten dagligt (fx ondt i halsen, forkølelse, kvalme, feber),

9,2% smerter eller ubehag i nakke, ryg, arme og/eller ben næsten dagligt, og 15% har oplevet mindst ét af disse symptomer næsten dagligt. Der er en større andel af piger end drenge, der angiver disse fysiske symptomer.

Tabel 18. Fysiske symptomer næsten dagligt inden for de seneste seks måneder, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.951	1.941	4.892
Hovedpine	8,6	1,9	6,0
Mavepine	3,4	0,78	2,3
Småsygdom (fx ondt i halsen, forkølelse, kvalme, feber)	2,8	1,1	2,1
Smerter eller ubehag i nakke, ryg, arme og/eller ben	12	5,5	9,2
Mindst ét af de ovenstående symptomer	20	8,2	15

Allergi, astma og migræne

Tabel 19 viser andelen af elever i Københavns Kommune, der angiver at have allergi, astma eller migræne. Knap hver tredje (31%) angiver at have allergi (33% blandt piger og 28% blandt drenge), mens 10% angiver at have astma (nogenlunde ens forekomst blandt piger og drenge). Andelen, der angiver at have migræne, er 9,7%; en større andel blandt piger (13%) end blandt drenge (4,9%).

Tabel 19. Allergi, astma, migræne, Københavns Kommune

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.942	1.931	4.873
Allergi	33	28	31
Astma	10	11	10
Migræne	13	4,9	9,7

Overvægt

Overvægt og fedme i ungdommen kan følge den unge ind i voksenlivet og kan have alvorlige helbredsmæssige og psykosociale konsekvenser (Reilly & Kelly 2011). Samtidig er overvægtige unge i højere grad end deres jævnaldrende kammerater præget af mistriv-

sel (Brixval et al. 2012). Blandt voksne defineres vægtstatus ofte ud fra Body Mass Index (BMI), der beregnes som kropsvægten i kg divideret med kvadratet på højden målt i meter (kg/m^2). WHO har defineret følgende fire vægtgrupper på baggrund af BMI (WHO 2000): undervægt: $<18,5 \text{ kg/m}^2$, normalvægt: $18,5 - <25 \text{ kg/m}^2$, moderat overvægt: $25 - <30 \text{ kg/m}^2$ og svær overvægt: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. BMI siger imidlertid ikke noget om fedtfordelingen på kroppen, og personer med samme BMI kan have vidt forskellig fedtfordeling.

I Københavns Kommune er 11% af gymnasieelever overvægtige. Overvægt defineres som $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$, beregnet ud fra elevernes selvrapporterede højde og vægt. Forekomsten af overvægt er 8,8% blandt piger og 13% blandt drenge.

Fysisk helbred i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark

Fysisk helbred blandt gymnasieelever i Københavns Kommune adskiller sig kun fra resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark på få indikatorer (tabel 20).

Andelen, der angiver et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, er lidt mindre i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Andele, der angiver, at de har været småsyge næsten dagligt, svarer til andelen i Region Hovedstaden, men er lidt større end i øvrige Danmark. Der er ikke nævneværdig forskel på andelen, der rapporterer, at de har hovedpine næsten dagligt, i Københavns Kommune sammenlignet med resten af Region Hovedstaden, mens andelen i Københavns Kommune er lidt mindre end i resten af Danmark.

Blandt de øvrige indikatorer for fysisk helbred ses ingen nævneværdige forskelle mellem Københavns Kommune og henholdsvis øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Tabel 20. Fysisk helbred i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK) ^c
Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred	88	92	91	0,71 (0,64-0,79)*	0,67 (0,63-0,76)*
Hovedpine næsten dagligt (seneste seks måneder)	6,0	6,1	7,2	0,93 (0,81-1,07)	0,86 (0,76-0,98)*
Mavepine næsten dagligt (seneste seks måneder)	2,3	2,0	2,3	1,16 (0,93-1,44)	1,07 (0,87-1,30)
Småsygdom næsten dagligt (fx ondt i halsen, forkølelse, kvalme, feber) (seneste seks måneder)	2,1	1,9	1,6	1,13 (0,90-1,41)	1,39 (1,12-1,71)*
Smerter eller ubehag i nakke, ryg, arme og/eller ben næsten dagligt (seneste seks måneder)	9,2	8,4	8,9	1,08 (0,96-1,21)	1,06 (0,95-1,17)
Mindst ét af de fire ovenstående fysiske symptomer næsten dagligt (seneste seks måneder)	15	14	16	1,04 (0,94-1,14)	0,98 (0,90-1,07)
Allergi	31	30	29	1,01 (0,94-1,08)	1,07 (1,00-1,14)
Astma	10	11	10	0,95 (0,85-1,06)	1,04 (0,94-1,15)
Migræne	9,7	10	11	0,94 (0,84-1,04)	0,89 (0,80-0,98)*
Overvægt (BMI \geq 25 kg/m ²)	11	10	13	1,05 (0,94-1,17)	0,84 (0,76-0,92)*

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

*Statistisk signifikant

Mental sundhed

Der findes mange definitioner af mental sundhed. Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed "som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagsudfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker" (Sundhedsstyrelsen 2012). På trods af, at der ikke er konsensus om, hvad begrebet præcist dækker, er der generel enighed om, at begrebet ikke alene bør omfatte fravær af psykisk sygdom. Selvom der er sammenhæng mellem mental sundhed og psykisk sygdom, er det således muligt at have dårlig mental sundhed, selvom man ikke er psykisk syg – eller god mental sundhed, selvom man er psykisk syg. Unges mentale sundhed har betydning for, hvordan de unge klarer sig i skolen, i sociale sammenhænge og videre i uddannelsessystemet og arbejdslivet. Således har god mental sundhed vist sig at hænge sammen med øget indlæring, gennemførelse af uddannelse og mindre risikoadfærd i ungdommen (Hoyt et al. 2012).

Dette kapitel beskriver mental sundhed blandt Københavns Kommunes gymnasieelever i form af livstilfredshed, ensomhed, stress, udvalgte psykiske symptomer samt selvskadende adfærd, selvmordstanker og selvmodsforsøg.

Mental sundhed i Københavns Kommune

Livstilfredshed

Høj livstilfredshed er et centralt aspekt af unges mentale velbefindende, som kan bidrage til at give den unge de psykiske ressourcer og den robusthed, der skal til for at klare sig godt igennem hverdagen og livets udfordringer (Huebner 2004). Livstilfredshed anvendes ofte som indikator for mental sundhed. De

fleste danske undersøgelser, der måler livstilfredshed blandt unge, anvender, ligesom nærværende undersøgelse, Cantril's ladder, som måler en persons overordnede vurdering af livet (Cantril 1965).

Eleverne er blevet bedt om at vurdere deres livstilfredshed ved at angive, hvor de for tiden befinder sig på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder 'det værst mulige liv', og 10 betyder 'det bedst mulige liv' (Cantril's ladder). Tabel 21 viser, at størstedelen af gymnasieelever i Københavns Kommune ligger i den høje ende af skalaen, idet 68% angiver 7-10 på skalaen (høj eller meget høj livstilfredshed), mens kun 9,4% har angivet 0-4 på skalaen (meget lav eller lav livstilfredshed). Gennemsnitligt ligger gymnasieelever fra Københavns Kommune på 7,0 på skalaen (6,8 blandt piger og 7,3 blandt drenge). Landsgennemsnittet er 7,2 (7,0 blandt piger og 7,5 blandt drenge).

Tabel 21. Livstilfredshed (på en skala fra 0-10), Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.004	2.010	5.014
Meget lav (0-2)	1,8	1,5	1,7
Lav (3-4)	9,1	5,5	7,7
Middel (5-6)	25	19	22
Høj (7-8)	48	52	49
Meget høj (9-10)	16	23	19

Ensomhed

Ensomhed kan opstå, når der er uoverensstemmelse mellem ens ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer. Denne følelse kan opstå, når man er alene og savner social kontakt og nærhed, men også når man er omgivet af andre mennesker, fx på en uddannelsesinstitution (Lasgaard 2010). De fleste unge vil på et eller andet tidspunkt opleve at føle sig ensomme. Det kan være i forbindelse med forældres skilsmisse, et skoleskift, eller hvis de føler sig udenfor i klassen. Kortvarige følelser af ensomhed betragtes ofte som en normal del af livet som ung, men er følelsen vedvarende gennem ungdommen, kan det

få negative konsekvenser for de unges helbred og trivsel på både kort og lang sigt (Goosby et al. 2013, Jaremka et al. 2014, Qualter et al. 2013).

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune angiver 46%, at de aldrig at føler sig ensomme, mens 43% føler sig ensomme af og til, og 11% meget ofte eller meget ofte føler sig ensomme (tabel 22). Det er i højere grad piger end drenge, der føler sig ensomme.

Tabel 22. Hyppighed af ensomhed, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.997	1.998	4.995
Aldrig	37	60	46
Af og til	50	33	43
Ofte/meget ofte	13	7,6	11

Stress

Mennesker kan opleve stress, når de finder en ubalance mellem de krav, der stilles til dem, og de ressourcer, de har til rådighed for at kunne leve op til disse krav. Symptomer på stress kan være både fysiske, psykiske og adfærdsmæssige og vise sig som fx hjertebanken, hovedpine, rastløshed, søvnbesvær og manglende koncentrationsevne (Netterstrøm 2002). Der skelnes som regel mellem kortvarig og langvarig stress. Kortvarig stress kan fx opstå i forbindelse med en særlig sportspræstation eller før eksamen. Denne form for stress opfattes normalt ikke som noget problem og kan bidrage til, at man præsterer bedre. Derimod kan langvarig stress have alvorlige negative konsekvenser, både fysisk og psykisk. Langvarig stress har fx vist sig at øge risikoen for hjertekarsygdomme og depression (Rugulies et al. 2006). Graden af stress og mulige følgevirkninger afhænger af varighed, belastningsstyrke og af den enkeltes ressourcer. Stress i befolkningen beskrives ofte på basis af selvrapporterede oplysninger, hvor den subjektive oplevelse af stress er målt via spørgeskemaer.

Blandt gymnasieelever i Københavns Kommune føler 16% sig aldrig eller næsten aldrig

stressede (7,2% blandt piger og 29% blandt drenge) (tabel 23). I alt føler 15% sig stressede dagligt (19% blandt piger og 8,8% blandt drenge).

Tabel 23. Hyppighed af stress, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.998	1.995	4.993
Aldrig/næsten aldrig	7,2	29	16
Månedligt	28	31	29
Ugentligt	47	31	40
Dagligt	19	8,8	15

Psyriske symptomer

Psyriske symptomer, som det at være ked af det, nervøs eller i dårligt humør er udbredt blandt unge og kan være en belastning i sig selv, som kan påvirke hverdagslivet og have konsekvenser for læring og social funktion (Saab & Klinger 2010).

Eleverne er blevet spurgt, hvor ofte de har oplevet en række psykiske symptomer inden for de seneste seks måneder. Tabel 24 viser, hvor stor en andel af elever i Københavns Kommune, der har haft de pågældende symptomer næsten dagligt. I alt angiver 6,2%, at de næsten dagligt er kede af det, 6,3%, at de næsten dagligt er irritable/i dårligt humør, 5,1%, at næsten dagligt er nervøse, og 9,8%, at de har oplevet mindst ét af disse symptomer næsten dagligt. Der er en større andel af piger end drenge, der angiver disse psykiske symptomer.

Tabel 24. Psyriske symptomer næsten dagligt inden for de seneste seks måneder, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.944	1.937	4.881
Ked af det	8,3	3,1	6,2
Irritabel/i dårligt humør	7,7	4,0	6,3
Nervøs	6,3	3,2	5,1
Mindst ét af de ovenstående symptomer	12	6,0	9,8

Selvskade, selvmordstanker og selvmordsforsøg

Selvskadende adfærd er en bevidst selvdestruktiv adfærd, der medfører fysisk smerte. Formålet kan være at blive afledt fra en indre smerte (Vammen & Christoffersen 2013). Selvskade kan fx bestå i at skære, brænde, rive eller slå sig selv. Selvskadende handlinger er ikke noget nyt fænomen. I de senere år har der imidlertid været en øget opmærksomhed på selvskadende handlinger blandt unge, og det ser ud til, at der er sket en stigning i denne adfærd (Nielsen et al. 2010).

Der har været en faldende tendens i selvmordsraten blandt danske unge de seneste 30 år (Danmarks Statistik 2015). Selvom selvmordsraten har været faldende de seneste år, er antallet af selvmordsforsøg i samme periode steget markant – særligt blandt unge piger mellem 15 og 24 år (Due et al. 2014).

Selvskade

Eleverne er blevet spurgt til deres erfaringer med selvskade, det vil sige, om de med vilje har fx skåret, brændt, revet eller slået sig selv. Det fremgår af tabel 25, at 21% af gymnasieelever i Københavns Kommune har erfaring med selvskade (25% blandt piger og 14% blandt drenge). Andelen, der har gjort det ugentligt eller oftere inden for det seneste år, er 1,8%.

Tabel 25. Erfaring med selvskade (fx skåret, brændt, revet, slået sig selv med vilje), Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	3.028	2.042	5.070
Aldrig	74	86	79
Ikke inden for det seneste år/sjældent inden for det seneste år	23	13	19
Ugentligt eller oftere inden for det seneste år	2,2	1,2	1,8

Selvmordstanker og selvmordsforsøg

Tabel 26 viser, hvor stor en andel af elever, der nogensinde har overvejet eller forsøgt selvmord. I alt har knap hver femte gymnasieelev (19%) i Københavns Kommune over-

vejet selvmord, og 3,2% har forsøgt selvmord. Både forekomsten af selvmordstanker og selvmordsforsøg er højere blandt piger end blandt drenge.

Tabel 26. Selvmordstanker og selvmordsforsøg, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.684	1.861	4.545
Overvejet selvmord	21	16	19
Forsøgt selvmord	3,6	2,6	3,2

Mental sundhed i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark

Mental sundhed blandt gymnasieelever i Københavns Kommune adskiller sig negativt fra gymnasieelever i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark på flere indikatorer (tabel 27).

Forekomsten af meget lav eller lav livstilfredshed (0-4 på en skala fra 0-10) er lidt højere i Københavns Kommune end i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Andelen, der ofte/meget ofte er ensomme, er lidt større blandt gymnasieelever i Københavns Kommune end i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

Forekomsten af hyppig stress (ofte/meget ofte) i Københavns Kommune er nogenlunde tilsvarende forekomsten i øvrige Region Hovedstaden, mens den er lidt højere end forekomsten i øvrige Danmark.

Andelen i Københavns Kommune, der er irriteret/i dårligt humør næsten dagligt, er ikke nævneværdig forskellig fra andelen i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark. Derimod er både andelen, der er ked af det næsten dagligt, andelen, der er nervøs næsten dagligt samt andelen, der oplever mindst ét af disse tre psykiske symptomer næsten dagligt, lidt større i Københavns Kommune end øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark.

Andelen, der angiver nogensinde at have henholdsvis selvskadet sig, haft selvmordstanker og forsøgt selvmord, lidt større blandt gymnasieelever i Københavns Kommune sammenlignet med resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

Tabel 27. Mental sundhed i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK) ^c
Meget lav eller lav livstilfredshed (0-4 på en skala fra 0-10)	9,4	7,7	8,0	1,23 (1,10-1,37)*	1,25 (1,13-1,39)*
Hyppig ensomhed (ofte/meget ofte)	11	8,4	9,2	1,30 (1,17-1,45)*	1,25 (1,13-1,37)*
Daglig stress	15	13	11	1,12 (1,02-1,23)*	1,39 (1,28-1,52)*
Ked af det næsten dagligt (seneste seks måneder)	6,2	4,8	5,0	1,31 (1,14-1,51)*	1,32 (1,17-1,50)*
Irritabel/i dårligt humør næsten dagligt (seneste seks måneder)	6,3	5,4	5,7	1,14 (1,00-1,31)*	1,15 (1,02-1,30)*
Nervøs næsten dagligt (seneste seks måneder)	5,1	3,9	4,1	1,29 (1,11-1,50)*	1,29 (1,12-1,48)*
Mindst ét af de tre psykiske symptomer næsten dagligt (seneste seks måneder)	9,8	8,1	8,4	1,23 (1,10-1,37)*	1,23 (1,11-1,36)*
Selvskade (nogensinde)	21	18	19	1,17 (1,08-1,27)*	1,20 (1,12-1,30)*
Selvmodstanker	19	16	17	1,25 (1,14-1,36)*	1,19 (1,10-1,29)*
Selvmodsforsøg	3,2	2,5	2,8	1,25 (1,03-1,51)*	1,27 (1,06-1,51)*

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

*Statistisk signifikant

Skoleliv

Skolen udgør en væsentlig arena i unges liv. De fleste unge tilbringer mange timer i skolen, og det er skolen og klassen, som danner rammen for en stor del af de unges venskaber og sociale interaktion. Skolen er et læringsmiljø – ikke blot i forhold til at opnå boglige kundskaber og færdigheder, men også i forhold til at udvikle sociale kompetencer, og det har vist sig, at skolemiljøet spiller en afgørende rolle for unges generelle helbred og trivsel (Youngblade et al. 2007). Eksempelvis er skoletilfredshed forbundet med mindre risikoadfærd, mindre frafald på ungdomsuddannelser og færre mentale problemer, ligesom unges oplevelse af støtte fra klassekammerater og lærere har vist sig at hænge sammen med bedre mental sundhed og lavere forekomst af fysiske og psykiske symptomer (Bond et al. 2007, Kidger et al. 2012, Torsheim & Wold 2001).

Dette kapitel beskriver skoletilfredshed og opfattelse af lærerstøtte blandt gymnasieelever i Københavns Kommune.

Skoleliv i Københavns Kommune

Skoletilfredshed

Størstedelen af elever i Københavns Kommune synes godt om at gå i skole (tabel 28). I alt svarer 79%, at de synes meget godt eller godt om at gå i skole. Andelen, der derimod synes dårligt om at gå i skole, er 4,8% (5,3% blandt piger og 3,4% blandt drenge).

Støtte fra lærere

I Københavns Kommune angiver 14% af gymnasieelever, at de aldrig eller næsten aldrig kan få hjælp og støtte fra deres lærere, mens knap halvdelen (49%) angiver, at de ofte eller meget ofte kan få hjælp og støtte (46% blandt piger og 53% blandt drenge) (tabel 29).

Tabel 28. Skoletilfredshed: Hvad elever synes om at gå i skole, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.982	1.983	4.965
Meget godt/godt	77	81	79
Mindre godt	17	15	16
Dårligt	5,3	3,4	4,8

Tabel 29. Hyppighed af hjælp og støtte fra lærere, Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.969	1.976	4.945
Aldrig/næsten aldrig	15	13	14
En gang imellem	39	34	37
Ofte/meget ofte	46	53	49

Skoleliv i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hoved- staden og Danmark

Andelen af gymnasieelever, der synes meget godt eller godt om at gå i skole, er mindre i Københavns Kommune sammenlignet med både øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark (tabel 30). Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der ofte eller meget ofte oplever at kunne få hjælp og støtte fra deres lærere, er sammenlignelig med andelen i resten af Region Hovedstaden, men lidt mindre end i resten af Danmark.

Tabel 30. Skoleliv i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK) ^c
Høj skoletilfredshed (synes meget godt/godt om at gå i skole)	79	84	83	0,73 (0,67-0,79)*	0,69 (0,64-0,74)*
Ofte eller meget ofte hjælp og støtte fra lærere	49	48	54	0,90 (0,85-0,96)*	0,79 (0,74-0,84)*

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

*Statistisk signifikant

Sociale relationer

Sociale relationer kan beskrives ved en strukturel og en funktionel dimension. Den strukturelle dimension dækker over, hvor mange og hvilke personer man har kontakt med. Den funktionelle dimension beskriver kvaliteten af de sociale relationer, og hvorledes de sociale relationer fungerer, som fx om de sociale relationer bidrager med følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp og værdsættelse, eller modsat om de sociale relationer bidrager til problemer og bekymringer (Due et al. 1999). Det er dokumenteret, at personer med gode sociale relationer overordnet har bedre helbred og lavere dødelighed end personer med svage sociale relationer (Uchino 2006, Holt-Lunstad et al. 2010).

Sociale relationer og integration i et godt socialt netværk er vigtigt for et godt ungdomsliv. I løbet af ungdomsårene begynder unge i højere grad at orientere sig mod venner og kammerater, som herved kommer til at udgøre en større rolle i de unges sociale liv (Crosnoe & Johnson 2011). Ligeledes har fortrolig kontakt til forældre og trygge og stabile forældrerelationer en væsentlig betydning for unges helbred og sundhedsadfærd (Viner et al. 2012).

I dette kapitel beskrives fortrolighed med forældre og venner blandt Københavns Kommunes gymnasieelever.

Skoleliv i Københavns Kommune

Fortrolighed med forældre

I alt angiver 81% af gymnasieelever i Københavns Kommune nemt at kunne tale med mindst én forælder (mor, far, stedmor, stedfar) om noget, der virkelig plager dem. Andelen er ens blandt piger og drenge.

Fortrolighed med venner

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der nemt kan tale med venner om noget der virkelig plager, er 82% og stort set ens blandt piger og drenge (tabel 31).

Tabel 31. Fortrolighed med venner: 'Hvor nemt er det at tale med venner om noget der virkelig plager?', Københavns Kommune. Procent

	Piger	Drenge	Total
Antal svarpersoner	2.992	1.986	4.978
Nemt	82	81	82
Svært	14	14	14
Meget svært/har ikke/ser ikke	4,3	4,1	4,2

Sociale relationer i Københavns Kommune sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden og Danmark

Andelen af gymnasieelever i Københavns Kommune, der nemt kan tale med mindst én forælder om noget, der virkelig plager dem, svarer til andelen i øvrige Region Hovedstaden og øvrige Danmark (tabel 32). Ligeledes er andelen i Københavns Kommune, der nemt kan tale med venner om noget, der virkelig plager dem, sammenlignelig med andelen i resten af Region Hovedstaden og resten af Danmark.

Tabel 32. Sociale relationer i Københavns Kommune (KK) sammenlignet med øvrige Region Hovedstaden (RH) og øvrige Danmark (DK)

	Procent			OR	OR
	KK	Øvrige RH ^a	Øvrige DK ^b	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige RH) ^c	(95% sikkerhedsgrænser) (KK vs øvrige DK) ^c
Fortrolighed med forældre: Nemt at tale med mindst én forælder om noget, der virkelig plager	81	82	81	0,97 (0,90-1,06)	0,97 (0,90-1,05)
Fortrolighed med venner: Nemt at tale med venner om noget, der virkelig plager	82	82	81	0,98 (0,91-1,07)	1,05 (0,97-1,13)

a) Region Hovedstaden uden Københavns Kommune

b) Danmark uden Region Hovedstaden

c) Justeret for køn, alder og uddannelse (stx/hf)

Litteraturliste

Behrens CL & Jensen MP (2015). Børn og unges solarievaner 2013 – en kortlægning. Kræftens Bekæmpelse og TrygFonden smba (TryghedsGruppen smba). København.

Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup J (2015). Ungdomsprofilen 2015. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Bjorner JB, Fayers P & Idler E (2005). Self-rated health, i: Fayers P & Hayes R (red). Assessing quality of life in clinical trials. 2. udgave. Oxford: Oxford University Press.

Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G et al. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 40(4) pp. 357.e9-357.e18.

Boniol M, Autier P, Boyle P & Gandini S (2012). Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. Vol. 345 pp. e4757.

Brixval CS, Rayce SL, Rasmussen M, Holstein BE & Due P (2012). Overweight, body image and bullying—an epidemiological study of 11- to 15-years-olds. *European Journal of Public Health*. Vol. 22(1) pp.126-130.

Cantril H (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P & Miller MA (2010). Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *SLEEP*, vol. 33(5) pp. 585-592.

Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O & Pedersen PV (2014). *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. Sundhedsstyrelsen. København.

Crosnoe R & Johnson MK (2011). Research on adolescence in the twenty-first century. *Annual Review of Sociology*. Vol. 37 pp. 439-460.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. (red) (2012). Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. København: WHO Regional Office for Europe. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 6.

Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B & Romelsjö A (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: Does the prevention paradox apply? *Addiction*. Vol.107(1) pp. 71-80.

Danmarks Statistik (2015). Statistikbanken. Befolkning og valg. Dødsfald og middellevetid. <http://www.statistikbanken.dk> (besøgt: d. 14/12 2015).

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J & Muntner P (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question: A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 21(3) pp. 267-275.

Dewalda J, Meijera A, Oorta F, Kerkhofb G & Bögelsa S (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*. Vol. 14(3) pp. 179-189.

Due P, Holstein BE, Lund R, Modvig J & Avlund K (1999). Social relations: network, support and relational strain, *Social Science & Medicine*. Vol. 48 pp. 661-673.

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

Dunstan DW, Howard B, Healy GN & Owen N (2012). Too much sitting—a health hazard. *Diabetes Research & Clinical Practice*. Vol. 97(3) pp. 368-376.

Eliassen M, Becker U, Juel K, Grønbæk M & Tolstrup JS (2014). Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of the impact of different intake levels on mortality. *European Journal of Epidemiology*. Vol. 29(1) pp.15-26.

Fearon P & Hotopf M (2001). Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ*. Vol. 322 pp.1145.

Goosby BJ, Bellatorre A, Walsemann KM & Cheadle JE (2013). Adolescent loneliness and health in early adulthood. *Sociological Inquiry*. Vol. 83(4) pp. 505-536.

Graugaard C, Klarlund Pedersen B & Frisch M (2012). Sundhed og seksualitet. København: Vidensrådet for forebyggelse.

Groth MV & Fagt S (2007). Kost, i: Kjølner M, Juel K & Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Gundelach & Järvinen (red) (2006). Unge, fester og alkohol. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Sociologisk Institut, Københavns Universitet: Akademisk Forlag.

Hall W & Degenhardt L (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. Vol. 374 pp.1383-1391.

Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE & Woynarowska B (2001). Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *The European Journal of Public Health*. Vol.11(1) pp. 4-10.

Holt-Lunstad J, Smith TB & Layton JB (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PloS Med*. Vol. 7(7).

Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW & Adam EK (2012). Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood?. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 50(1) pp. 66-73.

Huebner SE (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents *Social Indicators Research*. Vol. 66(1-2) pp. 3-33.

Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Potoski SP, Lipari AM et al. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*. Vol. 33 pp. 948-957.

Juel K (2008). Life expectancy and mortality in Denmark compared to Sweden. What is the effect of smoking and alcohol? *Ugeskrift for Læger*. Vol. 170(33) pp. 2423-7.

Juel K & Koch M (2013). Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kidger J, Araya R, Donovan J & Gunnell D (2012). The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review. *Pediatrics*. Vol. 129(5) pp. 925-49.

Kjøller M & Sindballe S (2007). Euforiserende stoffer, i: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kjøller M (2007). Fysisk aktivitet, i: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Koch MB, Diderichsen F, Grønbæk M & Juel K (2015). What is the association of smoking and alcohol use with the increase in social inequality in mortality in Denmark? A nationwide register-based study. *BMJ Open*. Vol. 5 pp. e006588.

Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen (2009). *Unges livsstil og dagligdag 2008*. MULDRapport nr. 7. København: Kræftens Bekæmpelse & Sundhedsstyrelsen.

Lasgaard M (2010). Ensom i en social verden. *Psyke & Logos*. Vol. 31 pp. 206-231.

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN & Katzmarzyk PT (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. 2012. *Lancet: Lancet Physical Activity Series Working Group*. Vol. 380 pp.219-229.

Møller L, Kristensen T S, Hollnagel H (1996). Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen. *Journal of Epidemiology and community health*. Vol. 50(4) pp. 423-428.

Netterstrøm B (2002). *Stress på arbejdspladsen. Årsager, forebyggelse og håndtering*. København: Hans Reitzels Forlag.

Nielsen GA (1998). *Gymnasie- & HF-elevs sundhedsvaner & livsstil 1996-97*. København: DIKE.

- Nielsen JC, Sørensen NU & Osmeck MN (2010): Når det er svært at være unge i DK – trivsel og mistrivsel i tal. København: Center for ungdomsforskning.
- Qualter P, Brown SL, Rotenberg KJ, Vanhalst J, Harris RA, Goossens L et al. (2013). Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes. *Journal of adolescence*. Vol. 36(6) pp. 1283-1293.
- Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzler JD (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*. Vol. 105(5) pp. 743-760.
- Reilly JJ & Kelly J (2011) Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity*. Vol. 35(7) pp: 891 -898.
- Richardson L, Hemsing N, Greaves L, Assanand S, Allen P, McCullough L et al. (2009). Preventing Smoking in Young People: A Systematic Review of the Impact of Access Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 6(4) pp. 1485-1514.
- Roberts RE, Roberts CR & Duong HT (2009). Sleepless in adolescence: prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Adolescence*. Vol. 32(5) pp. 1045-1057.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P (2005). Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*. Vol.115(2) pp. 152-162.
- Rugulies R, Bültmann U, Aust B & Burr H (2006). Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 163(10) pp. 877-887.
- Saab H & Klinger, D (2010). School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social Science Medicine*. Vol. 70(6) pp. 850-858.
- Sundhedsstyrelsen (2005). Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2011). Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2012). Forebyggelsespakke – mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2013). Narkotikasituationen i Danmark 2013. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015a). Alkohol. <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/alkohol> (besøgt: d. 14/12 2015).

- Sundhedsstyrelsen (2015b). Anbefalinger om fysisk aktivitet. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/fysisk-aktivitet/anbefalinger> (besøgt: d. 14/12 2015).
- Sundhedsstyrelsen & Statens Serum Institut (2015). Alkoholstatistik 2015. Nationale data. Sundhedsstyrelsen & Statens Serum Institut.
- Torsheim T & Wold B (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: A multilevel approach. *Journal of Adolescence*. Vol. 24(6) pp. 701-713.
- Uchino BN (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 29(4) pp. 377-387.
- Undervisningsministeriet (2014). Profilmodel 2012 – Ungdomsuddannelser. Undervisningsministeriet, UNI-C – Styrelsen for IT og Læring. Undervisningsministeriet.
- Vammen K & Christoffersen M (2013). Unges selvskade og spiseforstyrrelse. Kan social støtte gøre en forskel. SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.
- WHO (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization.
- Viner RM, Ozer EM, Denny S, Marmot M, Resnick M, Fatusi A et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *Lancet*. Vol. 379(982) pp. 1641-1652
- Willett WC & Stampfer MJ (2013). Current Evidence on Healthy Eating. *Annual Review of Public Health*. Vol. 34 pp. 77-95
- Wolfson A & Carskadon M (2003). Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep medicine reviews*. Vol. 7(6) pp. 491 -506.
- Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC & Novak M (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*. Vol. 119(1) pp. S47-53.
- Åkerstedt T & Nilsson P (2003). Sleep as restitution: an introduction. *Journal of internal medicine*. Vol. 254(1) pp. 6-12.