

Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22

Databasen Børns Sundhed

Udarbejdet af:
Lis Marie Pommerencke
Sanne Ellegård Jørgensen
Trine Pagh Pedersen

Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22 Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2023
Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Udarbejdet for bestyrelsen for Databasen Børns Sundhed af:
Lis Marie Pommerencke, Sanne Ellegård Jørgensen & Trine Pagh Pedersen

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU
Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen
Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune
Jette Walsøe Kürstein, ledende sundhedsplejerske, Fredensborg Kommune
Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital
Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden
Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune
Pia Rønneknamp, formand samarbejdet Databasen Børns Sundhed
Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune
Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed
Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune
Vibeke Westergaard, ledende sundhedsplejerske, Aarhus Kommune

Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Jørgensen SE & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22. Databasen Børns Sundhed. København. Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er en sundhedsprofil for børn og unge, der i skoleåret 2021/22 er ind- og udskolingsundersøgt i kommuner tilknyttet databasesamarbejdet. I rapporten er kommunen sammenholdt med de øvrige kommuner, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Den samlede sundhedsprofil indeholder data om 10.079 børn, der er indskolingsundersøgt, og 9.590 unge, der er udskolingsundersøgt, i skoleåret 2021/22 i en kommune, der indgår i databasen.

Formålet med samarbejdet Databasen Børns Sundhed er at få mere viden om børn og unges sundhed og sundhedsplejerskernes arbejde samt at bidrage til det sundhedsfremmende arbejde målrettet børn og unge. Databasen producerer rapporter med grundlæggende informationer om børn og unges sundhed.

Sundhedsprofilen kan anvendes i jeres kommune til at se på forekomsten og udviklingen inden for udvalgte områder vedrørende børnene og de unges sundhed, trivsel og udvikling ved at sammenligne sig med tidligere år, hele populationen og de andre kommuner. Næsten alle børn og unge i den skolepligtige alder deltager i de undersøgelser, der findes i skoleregistret. Det betyder, at data fra sundhedsplejerskerne giver et billede af sundheden, som er dækkende for skolebørnene i de deltagende kommuner.

Databasen ledes af en tværfaglig og tværsektorielt sammensat bestyrelse og et forretningsudvalg, der har ansvar for, at formålet for databasen udmøntes. Databasen er beliggende på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) ved Syddansk Universitet. SIF er ansvarlig for drift og data, mens kommunerne er ansvarlige for indsamlingen af data.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, postdoc Sanne Ellegård Jørgensen og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af data manager Anne Birgitte Hjuler Ammari og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Studentermehjælper Rebecca Amalie Struwe Kjeldsen har assisteret arbejdet med udarbejdelse af rapporten.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er indgået i et udvidet samarbejde omkring en landsdækkende database for børn og unges sundhed. Udviklingen og implementeringen af denne nye database foregår i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Den nye database er støttet af Novo Nordisk Fonden og vil på sigt give mulighed for yderligere forskning og formidling af viden om danske børn og unges sundhed igennem sundhedsprofiler og praksisrettede rapporter.



Pia Rønnenkamp
Sundhedsplejerskefaglig specialkonsulent, MPG
Formand, Databasen Børns Sundhed



Anna Paldam Folker
Professor
Konstitueret direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1	Introduktion	5
1.1	Sundhedsplejerskernes virke og samarbejdet Databasen Børns Sundhed	5
1.2	Datasikkerhed	5
1.3	Formål og opbygning af sundhedsprofilen	6
1.4	Datagrundlag	7
2	Børn indskolingsundersøgt 2021/22	8
2.1	Aldersfordeling	8
2.2	Trivsel	9
2.3	Barnets forhold til jævnaldrende	13
2.4	Motoriske vanskeligheder	16
2.5	Forældre-barn relationen	18
2.6	Vægtstatus	20
2.7	Tobaksrøg i hjemmet	26
3	Unge udskolingsundersøgt 2021/22	28
3.1	Aldersfordeling	28
3.2	Trivsel	29
3.3	Mental sundhed	36
3.4	Søvn/træthed	40
3.5	Spisning, kost og/eller motion	42
3.6	Vægtstatus	44
3.7	Tobak	48
3.8	Alkohol	50
4	Opsamling af sundhedsprofilen for skoleåret 2021/22	52
5	Referencer	53

1 Introduktion

1.1 Sundhedsplejerskernes virke og samarbejdet Databasen Børns Sundhed

Det er sundhedsplejens opgave at føre tilsyn og monitorere barnets fysiske og psykiske helbredstilstand samt at tilbyde oplysning og vejledning til børn og forældre med henblik på at fremme børnenes fysiske og psykiske sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2019). Sundhedsloven angiver rammerne for sundhedsarbejdet i de danske kommuner, og der stilles lovgivningsmæssige krav om almen indsats til alle børn og familier, og yderligere indsats til børn og familier med særlige behov. På skoleområdet stilles der desuden krav om individuelle undersøgelser ved ind- og udskolingen samt regelmæssige undersøgelser og samtaler gennem skoleforløbet. Disse undersøgelser kan udføres af en læge eller sundhedsplejerske. Sundhedsplejens indsats kan således starte i graviditeten og fortsætter, indtil barnet ikke længere er undervisningspligtigt (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børn og unges sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Kommunerne i samarbejdet har indsamlet data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 også data om børn, der er indskolingsundersøgt, og fra 2017 med unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med samarbejdet er; 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejers ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

Data til denne sundhedsprofil er indsamlet ved ind- og udskolingsundersøgelserne. Formålet med indskolingsundersøgelserne er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed samt vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart (Sundhedsstyrelsen, 2019). Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom henvises barnet til udredning hos den praktiserende læge (Sundhedsstyrelsen, 2019). Formålet med udskolingsundersøgelsen er at give en samlet vurdering af den unges helbred og sundhed, umiddelbart inden den unge forlader skolen. Herudover har udskolingsundersøgelsen til formål at drøfte risikoadfærd med den unge. Udskolingsundersøgelsen tager udgangspunkt i den unges egne ønsker og i sundhedspersonalets viden om den unges sundhed og helbred gennem skolegangen. Ved udskolingsundersøgelsen drøftes blandt andet den unges trivsel, relationer og netværk, adfærd og vaner i forhold til kost, motion og rusmidler samt seksuel sundhed. Hvis den unge for eksempel har ryggerer eller allergisk sygdom, vil overvejelser vedrørende erhvervsvalg også indgå i samtalen (Sundhedsstyrelsen, 2019, Sundhedsstyrelsen, 2015).

Data i samarbejdet Databasen Børns Sundhed er indhentet ved brug af to kvalitetsudviklede sundhedsplejerskejournaler, én udarbejdet til Solteq Sund-journalsystemet og én udviklet til NOVAX-journalsystemet. I begge journalsystemer noterer sundhedsplejerskerne systematisk data om barnet, familien og sundhedsplejers ydelser. Brugen af journalerne er beskrevet i manualer, der løbende justeres og opdateres (Databasen Børns Sundhed, 2022, NOVAX, 2017). En uddybende beskrivelse af databasen og baggrunden for databasen forefindes i tidligere publikationer (Skovgaard et al., 2018, Lichtenberg, 2003).

1.2 Datasikkerhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed overholder Det danske kodeks for integritet i forskning (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Syddansk Universitet er dataansvarlige myndighed for databehandlingen. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål. Det er således udelukkende udvalgte forskere, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne

sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til direkte personhenførbare oplysninger, herunder CPR-nummer.

1.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med denne sundhedsprofil er at tegne en profil af de børn og unge, der i skoleåret 2021/22 er ind- og udskolingsundersøgt i «Kommune» Kommune og sammenholdt med de øvrige kommuner, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med ind- og udskolingsundersøgelserne, hvorvidt der er bemærkninger til forskellige faktorer (fx barnets eller den unges trivsel). En bemærkning betyder, at sundhedsplejersken har registreret forhold, som vækker bekymring eller kræver opmærksomhed, opfølgning eller henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2019).

Resultaterne i sundhedsprofilen angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal børn eller unge i rapporten, der er ind- eller udskolingsundersøgt, og for de enkelte kommuner. Procenterne i figurerne er beregnet for de børn og unge, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af dem, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen og ikke har oplysninger om den pågældende variabel. Desuden vises udviklingen for en række hovedvariable. I hele populationen i udviklingsfigurerne indgår de kommuner, som har indsendt data i minimum fire år for indskolingsdelen og minimum fire år for udskolingsdelen alt efter, hvilken variabel, der kigges på (vil fremgå af figuren). For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til samarbejdet. Derudover vil nogle indikatorer i udskolingsdelen (søvn samt spisning, kost og motion) være opdelt efter klassetrin i figurerne. Baggrunden herfor er, at vores analyser har vist en statistisk signifikant forskel mellem andelen af unge med bemærkning til den givne indikator for unge, der er udskolingsundersøgt i henholdsvis 8. og 9. klasse. Fra nogle kommuner indgår der unge, som er udskolingsundersøgt på et højere eller lavere klassetrin end, hvad der er kommunens praksis. I disse tilfælde er disse unge inkluderet i det klassetrin, som er kommunens praksis. I skoleårene 2018/19 og 2019/20 blev henholdsvis Gladsaxe Kommune og Vallensbæk Kommune tilknyttet skoledelen i samarbejdet Databasen Børns Sundhed og ligeså blev Kalundborg Kommune i 2020/21 og Frederiksberg Kommune, Furesø Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune i 2021/22 tilknyttet skoledelen. Derfor indgår disse seks kommuner ikke i udviklingsfigurerne med oplysninger for alle tidligere år. I Tårnby Kommune blev få unge udskolingsundersøgt i 2019/20 og ligeså blev få unge udskolingsundersøgt i Glostrup Kommune og Roskilde Kommune i 2020/21. Derfor indgår disse tre kommuner ikke med udskolingsoplysninger i udviklingsfigurerne for henholdsvis 2019/20 og 2020/21. Dragør Kommune og Egedal Kommune har fra skoleåret 2020/21 primært gennemført udskolingsundersøgelsen i 8. klasse fremfor 9. klasse og udviklingsfigurerne indeholder derfor ikke oplysninger fra 2018/19 og 2019/20 for disse to kommuner. Allerød Kommune overgik fra Solteq Sund til NOVAX i efteråret 2018 og kommunen indgår derfor ikke i udviklingsfigurerne med udskolingsoplysninger for skoleåret 2018/19.

For enkelte variable er der en høj forekomst af manglende registreringer, hvilket kan medføre usikkerhed i resultaterne. I de fleste tilfælde dækker manglende registreringer sandsynligvis over, at der ikke er noget at bemærke, at barnet eller den unge trives. I de tilfælde, hvor andelen af manglende registreringer er så høj, at det medfører for stor usikkerhed (missing over 40 %), er kommunen taget ud af analyserne og den samlede population, hvilket er markeret med en stjerne (*). Derudover er der for nogle kommuner enkelte variable, hvor der er så få børn eller unge med bemærkning til den pågældende faktor, at det ikke er forsvarligt at vise data, da der kan være risiko for at identificere barnet eller den unge. I sådanne tilfælde vises andelen ikke for kommunen, hvilket er markeret med #. Kommunen indgår dog stadig i den samlede population. Dette er især tilfældet i små kommuner med lavere befolkningstal end store kommuner.

1.4 Datagrundlag

Den samlede sundhedsprofil er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 10.079 børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22 og 9.590 unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22. Børnene og de unge i henholdsvis ind- og udskolingsundersøgelsen kommer fra følgende kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Frederiksberg, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Kalundborg, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Glostrup Kommune indgår med færre udskolingsundersøgte unge end tidligere år, hvilket skyldes tekniske problemer. Kalundborg Kommune og Frederiksberg Kommune indgår ikke med udskolingsdata. Tabel 1 viser antallet af børn og unge, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.

Tabel 1. Antal børn og unge, der indgår i sundhedsprofilen

Kommune	Indskolingsundersøgelsen	Udskolingsundersøgelsen
Albertslund	304	286
Allerød	316	357
Ballerup	405	429
Brøndby	287	305
Dragør	165	171
Egedal	541	660
Frederiksberg	703	-
Furesø	362	508
Gentofte	819	1.019
Gladsaxe	539	706
Glostrup	190	74
Gribskov	267	438
Herlev	251	111
Høje-Taastrup	608	465
Kalundborg	423	-
Lyngby-Taarbæk	626	615
Roskilde	966	1.037
Rødovre	412	346
Tårnby	504	543
Vallensbæk	202	193
Vejle	1.189	1.327
Hele populationen	10.079	9.590

- Frederiksberg Kommune og Kalundborg Kommune indgår ikke med udskolingsdata.

2 Børn indskolingsundersøgt 2021/22

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte variable for børn, der er blevet indskolingsundersøgt i «Kommune» Kommune samt i de øvrige 20 kommuner, der har indsendt indskolingsdata til Databasen Børns Sundhed for skoleåret 2021/22.

2.1 Aldersfordeling

Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen er 6,6 år i hele populationen. Den store spredning i gennemsnitsalderen kan skyldes, at indskolingsundersøgelsen kan foretages i 0. eller 1. klasse.

Tablet 2. Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen efter kommune (N= 10.079)

Kommune	Gennemsnitsalder (år)
Albertslund	6,5
Allerød	6,4
Ballerup	6,5
Brøndby	6,5
Dragør	6,4
Egedal	6,3
Frederiksberg	6,7
Furesø	6,6
Gentofte	6,4
Gladsaxe	6,6
Glostrup	6,7
Gribskov	7,4
Herlev	6,8
Høje-Taastrup	6,7
Kalundborg	6,6
Lyngby-Taarbæk	6,4
Roskilde	6,5
Rødovre	6,5
Tårnby	6,4
Vallensbæk	6,8
Vejle	6,6
Hele populationen	6,6

2.2 Trivsel

Nedenfor præsenteres to indikatorer, der omhandler selvvurderet trivsel hos barnet henholdsvis generelt og i skolen. Begge indikatorer stammer fra sundhedsplejerskens samtale med barnet, hvor sundhedsplejersken beder barnet vurdere sin egen trivsel. Sundhedsplejersken beder barnet om at vurdere sin egen trivsel ved at pege på ansigter med forskellige sindsstemninger ("Meget glad", "Glad", "Midt i mellem" og "Ikke glad"). Sundhedsplejersken beder barnet svare på udsagnene "Sådan har jeg det for det meste" og "Sådan har jeg det for det meste i skolen".

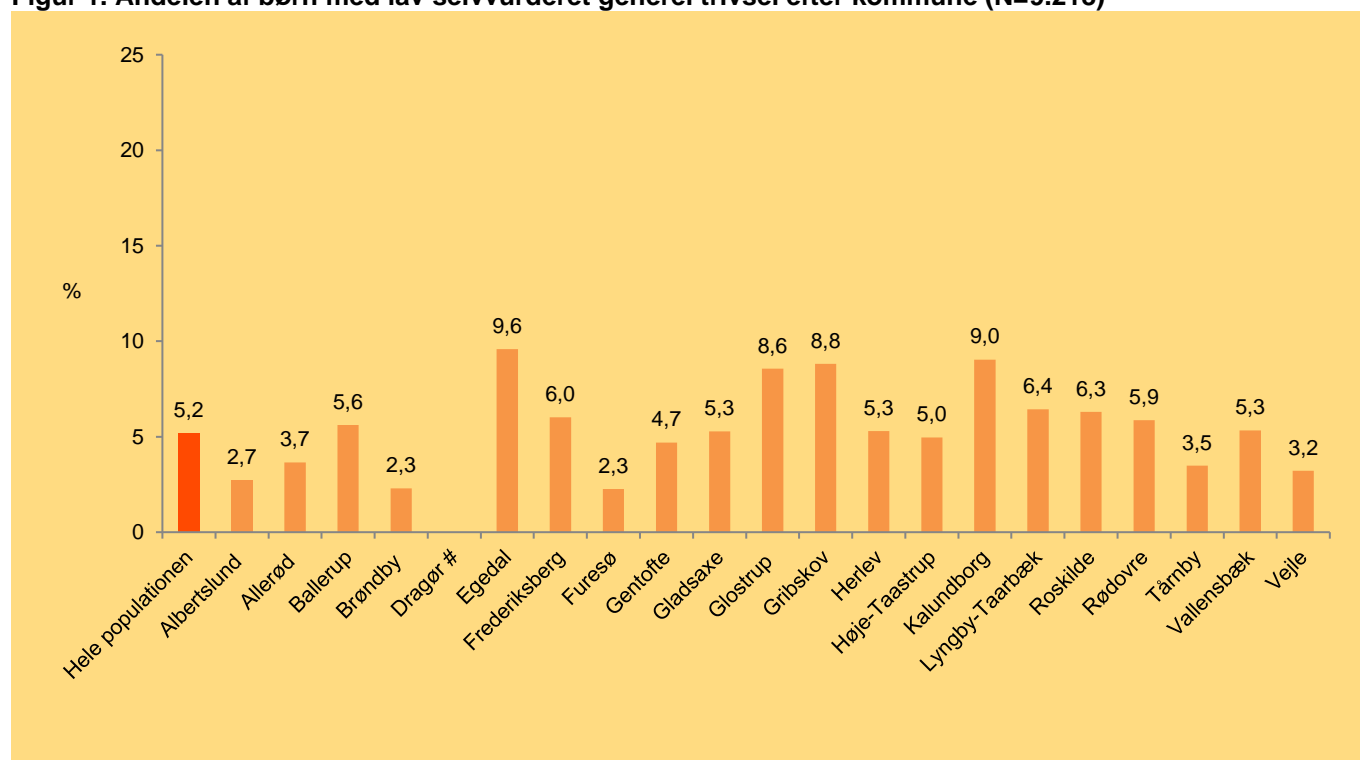
Selvvurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selvvurderet generel trivsel, idet 61,2 % af børnene angiver at være "Meget glad", 33,6 % angiver at være "Glad", mens 4,7 % angiver at være "Midt i mellem", og 0,5 % angiver at være "Ikke glad".

Figur 1 viser andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "Midt i mellem" eller "Ikke glad". Andelen af børn med lav generel trivsel i den samlede population er 5,2 %. Andelen svinger mellem 2,3 % og 9,6 % kommunerne imellem.

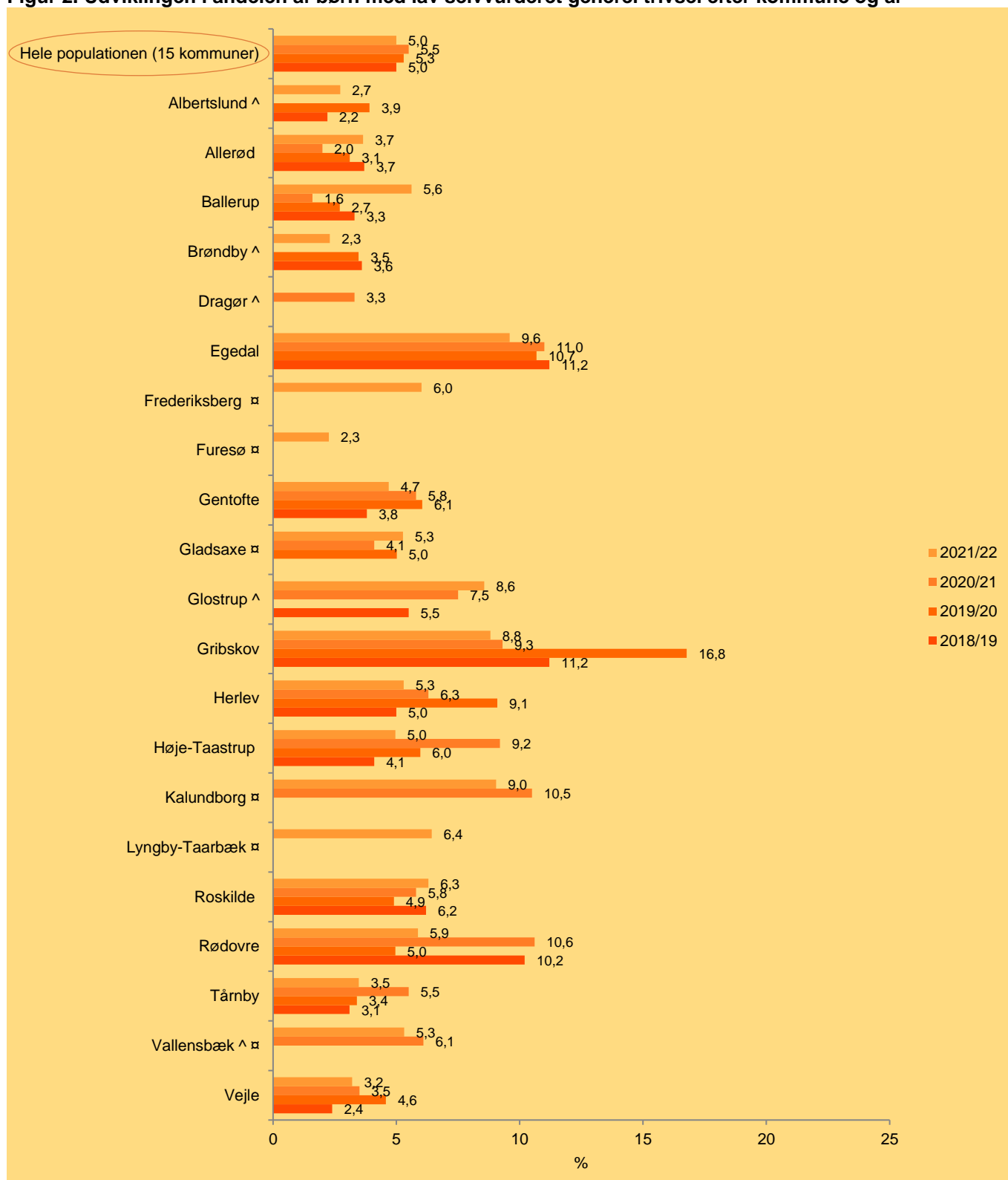
Figur 2 viser udviklingen fra 2018/19 til 2021/22 i andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel for de kommuner, der har oplysninger om generel trivsel fra alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel samlet set har svinget mellem 5,0 % og 5,5 %.

Figur 1. Andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel efter kommune (N=9.218)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Figur 2. Udviklingen i andelen af børn med lav selvvalueret generel trivsel efter kommune og år



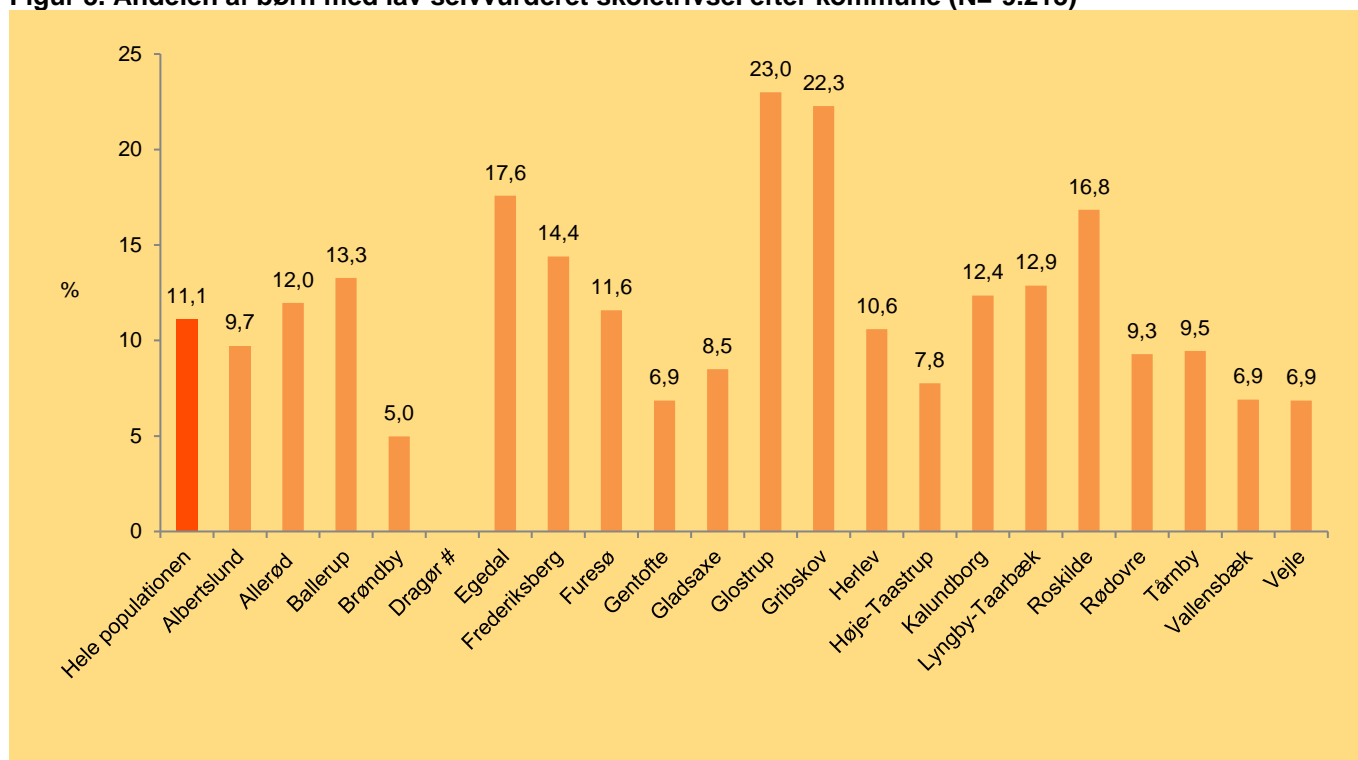
Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.
 ^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.
 □ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Selvurderet skoletrivsel

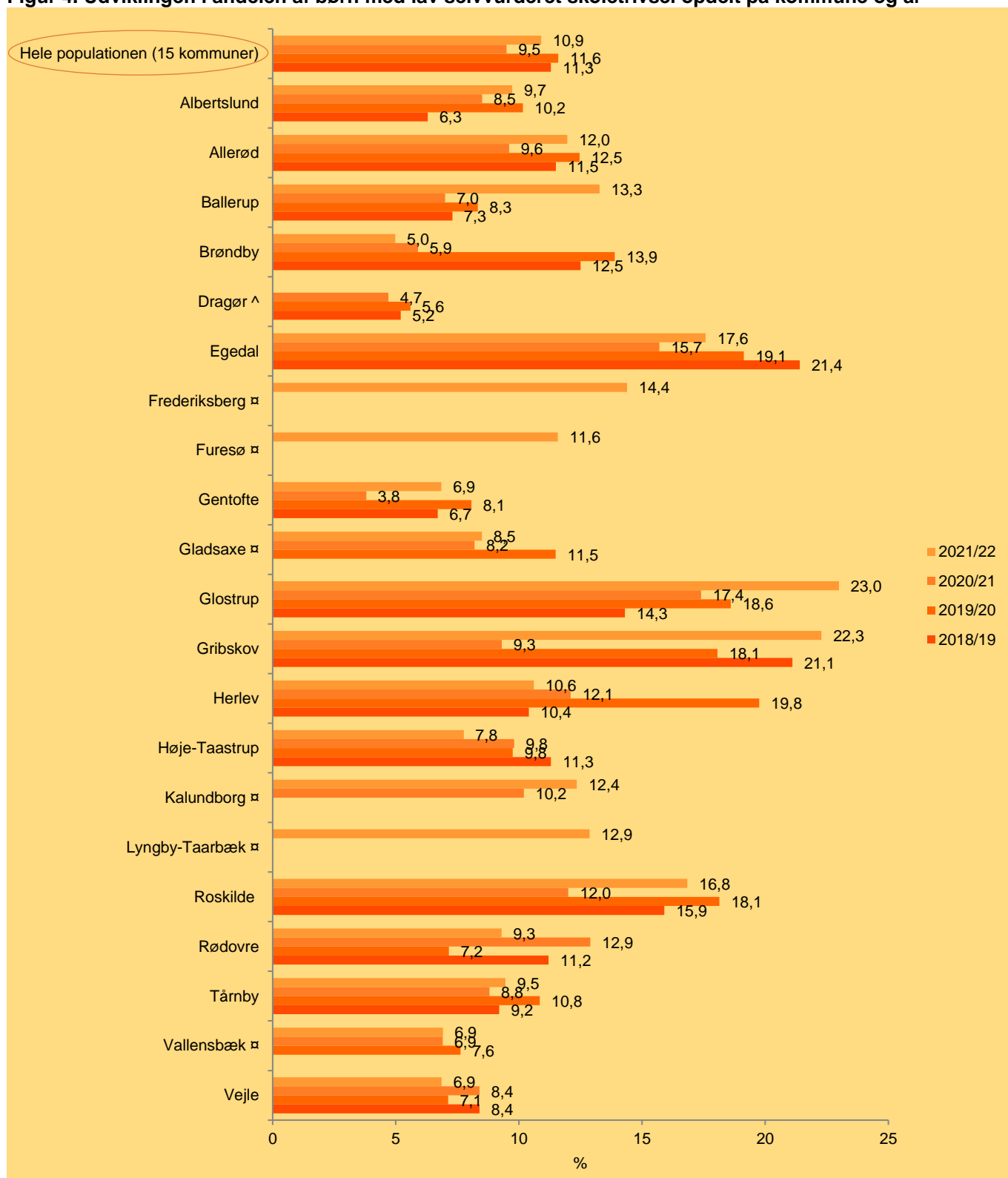
Størstedelen af børnene har en god selvurderet skoletrivsel, idet 53,3 % af børnene angiver at være "Meget glad" og 35,5 % "Glad" i skolen. Figur 3 viser andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel, der i denne rapport omfatter børn, der har svaret "Midt i mellem" (9,7 %) eller "Ikke glad" (1,5 %) til udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen". Andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel i den samlede population er 11,1 % for børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22. Variationen mellem kommunerne svinger mellem 5,0 % og 23,0 %.

Figur 4 viser udviklingen i andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel i de 15 kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle fire år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med lav skoletrivsel i den samlede population har ligget mellem 9,5 % og 11,6 %.

Figur 3. Andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel efter kommune (N= 9.213)



Figur 4. Udviklingen i andelen af børn med lav selvvalueret skoletrivsel opdelt på kommune og år



Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

2.3 Barnets forhold til jævnaldrende

I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende. Forældrene får sendt et spørgeskema og besvarer dette inden indskolingsundersøgelsen. Herefter vurderer sundhedsplejersken svarene på udsagnene efter dialog med forældrene og barnet. Udsagnene lyder: "Er lidt af en enspænder, leger mest alene", "Har mindst én god ven", "Er generelt vellidt af andre børn", "Bliver mobbet eller drillet af andre børn" og "Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn". Forældrene skal vurdere hvert enkelt udsagn ud fra svarmulighederne: "Passer ikke", "Passer delvist" og "Passer godt". Udsagnene stammer fra den danske version af det validerede og internationalt anvendte spørgeskema The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Svarene på udsagnene er opgjort på følgende måde: Hvert spørgsmål giver mellem nul og to point, hvor nul point betyder ingen problemer. Svarene summeres til en samlet score fra nul til ti. En score på nul til to point defineres som "ingen tegn på problemer", en score på tre point som "grænseområdet" og en score på fire til ti point som "tegn på problemer".

Størstedelen (86,6 %) af forældrene har angivet "Passer ikke" til, at barnet er en enspænder, 86,6 % har svaret "Passer ikke" til, at barnet bliver mobbet, og 88,5 % har svaret "Passer ikke" til, at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn. Derudover er der 94,4 %, der har svaret, at det "Passer godt", at barnet har mindst én god ven, og 94,5 % har svaret, at det "Passer godt", at barnet generelt er vellidt af andre børn.

Af tabel 3 ses, at de fleste børn har et godt samspil med deres omgivelser. I den samlede population er 2,5 % af børnene i grænseområdet, mens 2,2 % af børnene har tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende.

Tabel 3. Problemer i forholdet til jævnaldrende efter kommune (N=8.912)

Kommune	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Albertslund	243	96,8	#	#	#	#
Allerød	290	97,3	6	2,0	#	#
Ballerup	337	90,8	15	4,0	19	5,1
Brøndby	223	88,8	14	5,6	14	5,6
Dragør	156	96,3	#	#	#	#
Egedal	416	95,9	10	2,3	8	1,8
Frederiksberg	665	98,2	7	1,0	#	#
Furesø	342	97,2	6	1,7	#	#
Gentofte	667	97,8	7	1,0	8	1,2
Gladsaxe	518	97,7	6	1,1	6	1,1
Glostrup	176	95,7	#	#	#	#
Gribskov	183	96,3	6	3,2	#	#
Herlev	185	88,5	15	7,2	9	4,3
Høje-Taastrup	436	94,6	15	3,3	10	2,2
Kalundborg	310	94,2	13	4,0	6	1,8
Lyngby-Taarbæk	545	95,5	16	2,8	10	1,8
Roskilde	776	93,7	29	3,5	23	2,8
Rødovre	351	92,4	19	5,0	10	2,6
Tårnby	486	99,4	#	#	0	0,0
Vallensbæk	182	96,8	6	3,2	0	0,0
Vejle	1.007	93,7	25	2,3	43	4,0
Hele populationen	8.494	95,3	226	2,5	192	2,2

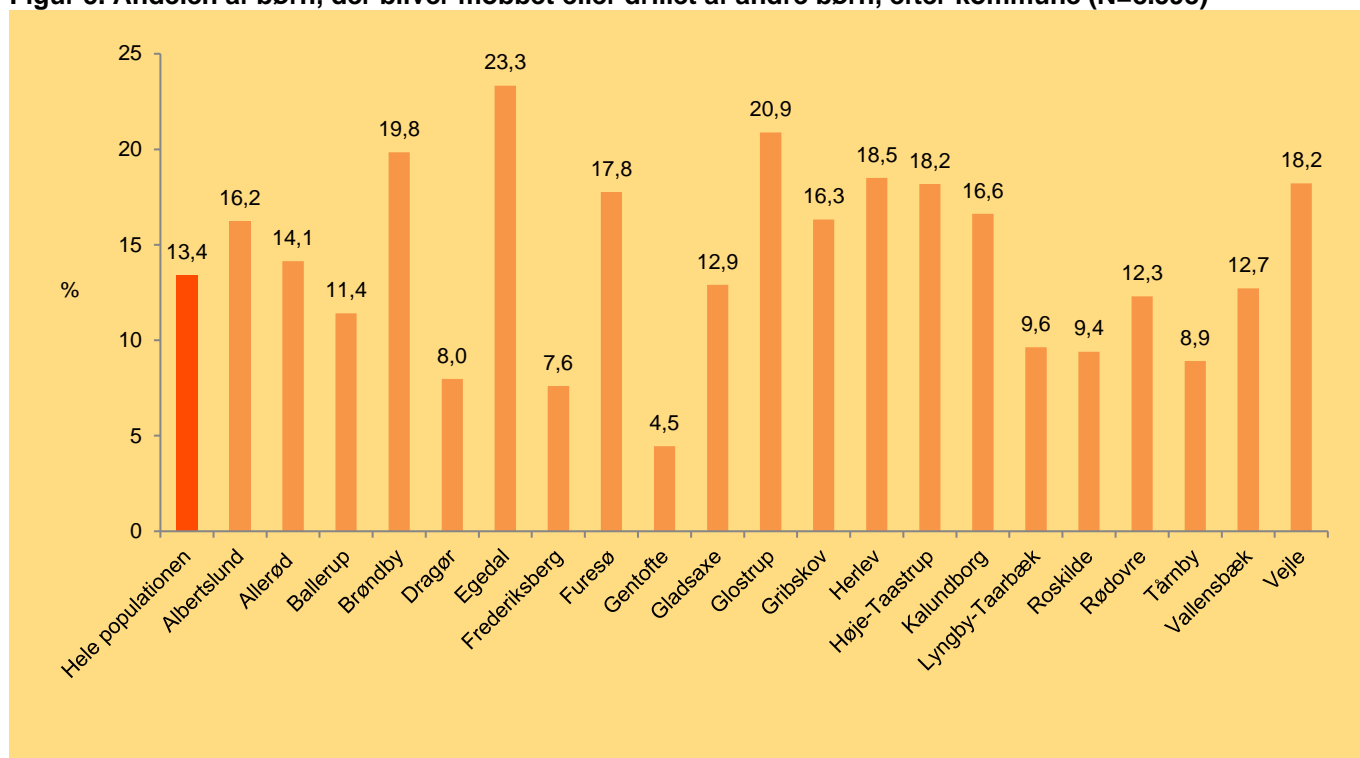
Vises ikke, da antallet af børn i kommunen, der er i grænseområdet eller med tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende, er for få.

Mobbet eller drillet

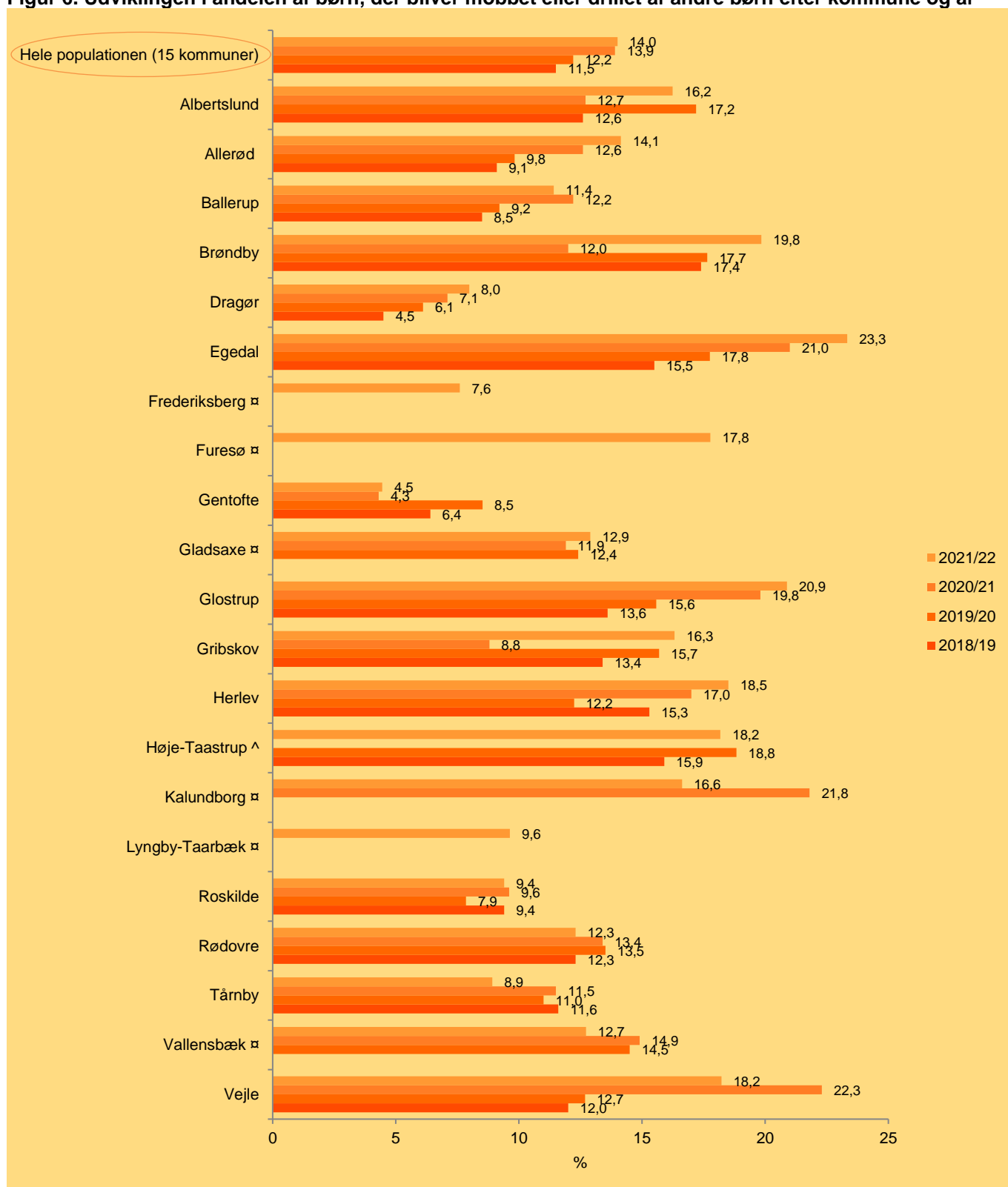
Af figur 5 ses, at 13,4 % har svaret, at det "passer delvist" eller "passer godt", at barnet bliver mobbet eller drillet. Derudover viser figuren, at der er store forskelle kommunerne imellem, og at andelen svinger mellem 4,5 % og 23,3 %.

Figur 6 viser udviklingen i andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn i den samlede population, har ligget mellem 11,5 % og 14,0 %.

Figur 5. Andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn, efter kommune (N=8.598)



Figur 6. Udviklingen i andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn efter kommune og år



Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

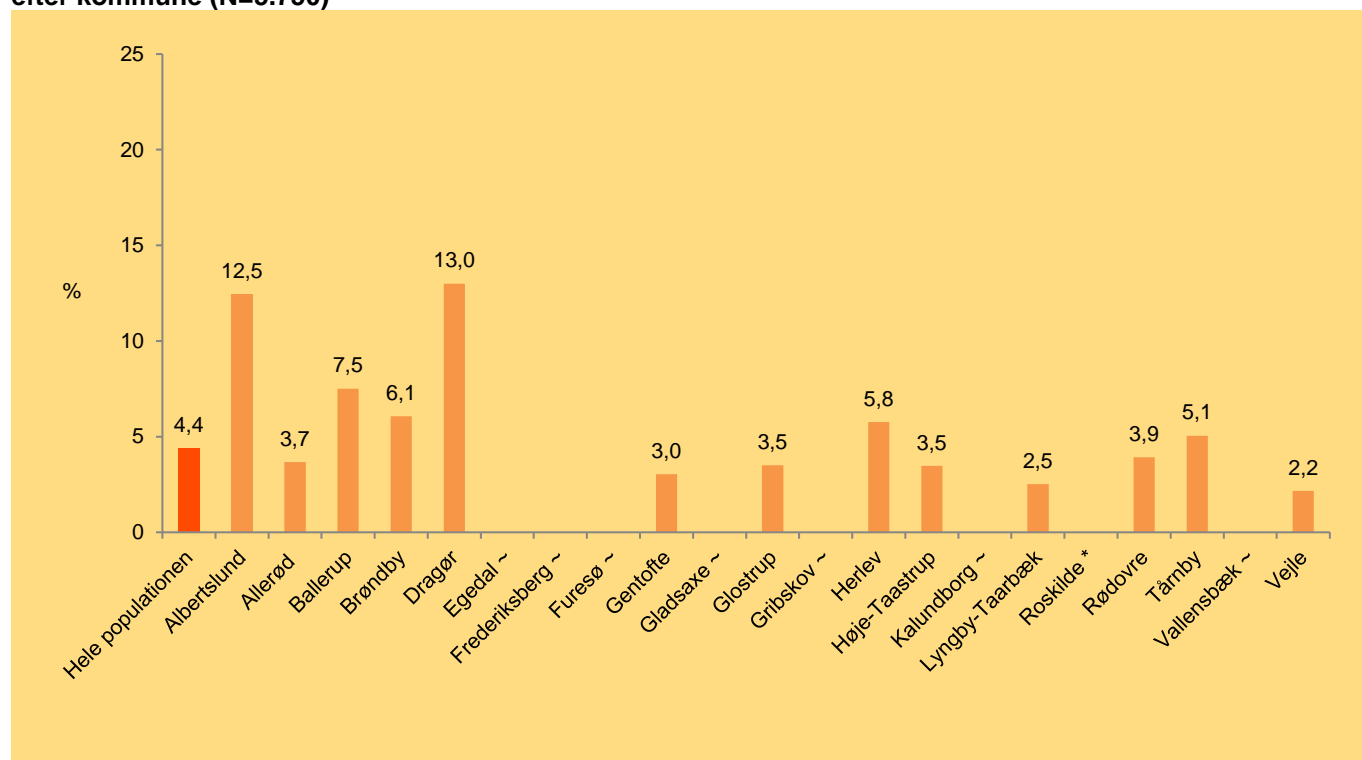
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse

2.4 Motoriske vanskeligheder

Ved motorikundersøgelsen kan sundhedsplejersken sætte bemærkninger ved følgende ni motoriske delområder: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på hhv. højre og venstre ben, kaste bold med hhv. højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til mindst én af disse ni motoriske delområder hos over en fjerdedel af børnene (27,0 %). Motoriske vanskeligheder defineres ved indskolingsundersøgelsen som det at have tre eller flere bemærkninger til delene af den motoriske undersøgelse. Af figur 7 ses, at 4,4 % af børnene i den samlede population har mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling. Variationen i andelen af børn med mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling er stor kommunerne imellem og svinger mellem 2,2 % og 13,0 %.

Figur 8 viser udviklingen i andelen af børn med motoriske vanskeligheder de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med motoriske vanskeligheder i den samlede population har ligget mellem 4,7 % og 6,5 %.

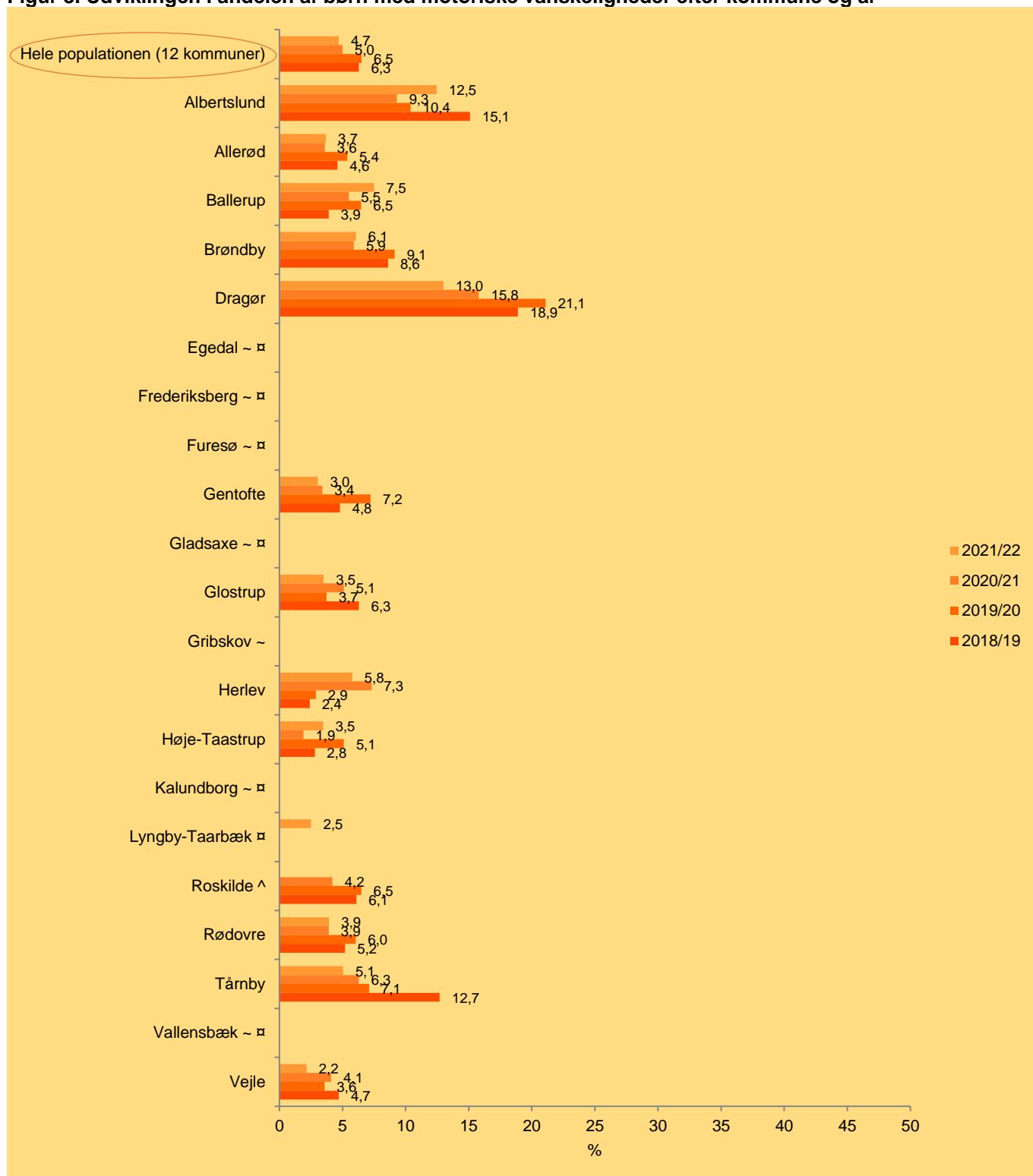
Figur 7. Andelen af børn med motoriske vanskeligheder (mindst tre bemærkninger til motorisk udvikling) efter kommune (N=5.750)



~ Kommunerne indgår ikke med data på motorisk udvikling, da deres registreringer af motorisk udvikling ikke er fuldt sammenlignelige med de øvrige kommuners registreringer.

* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 8. Udviklingen i andelen af børn med motoriske vanskeligheder efter kommune og år



Hele populationen (12 kommuner) indbefatter de 12 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

~ Kommunerne indgår ikke med data på motorisk udvikling, da deres registreringer af motorisk udvikling ikke er fuldt sammenlignelige med de øvrige kommuners registreringer.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

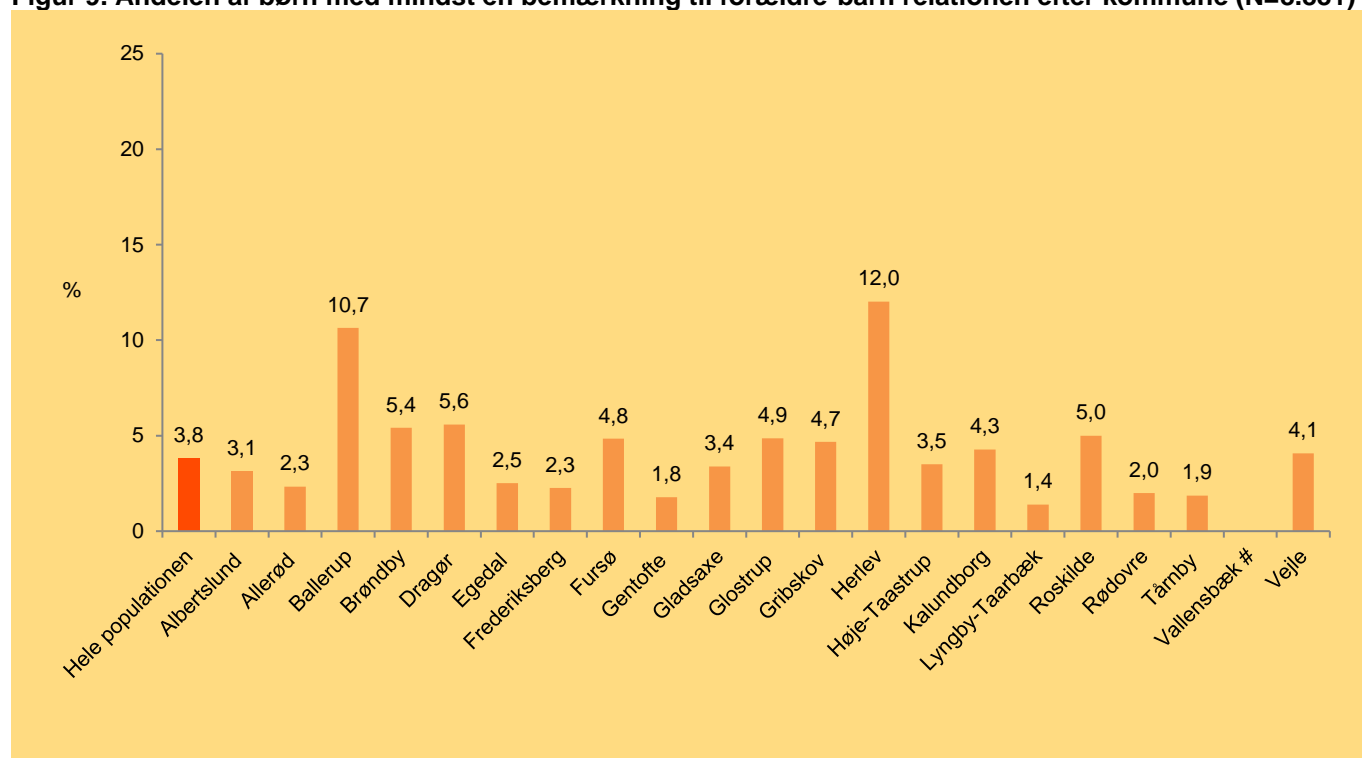
2.5 Forældre-barn relationen

Sundhedsplejersken registrerer, om der er bemærkninger til kontakten mellem barn og forældrene. Der kan være tale om bemærkninger til én eller flere af følgende faktorer: kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning gives eksempelvis, hvis forældrene ikke reagerer på barnets signaler.

Af figur 9 ses, at 3,8 % af børnene, der er indskolingsundersøgt i 2021/22, har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen. Forekomsten svinger fra 1,4 % til 12,0 % kommunerne imellem.

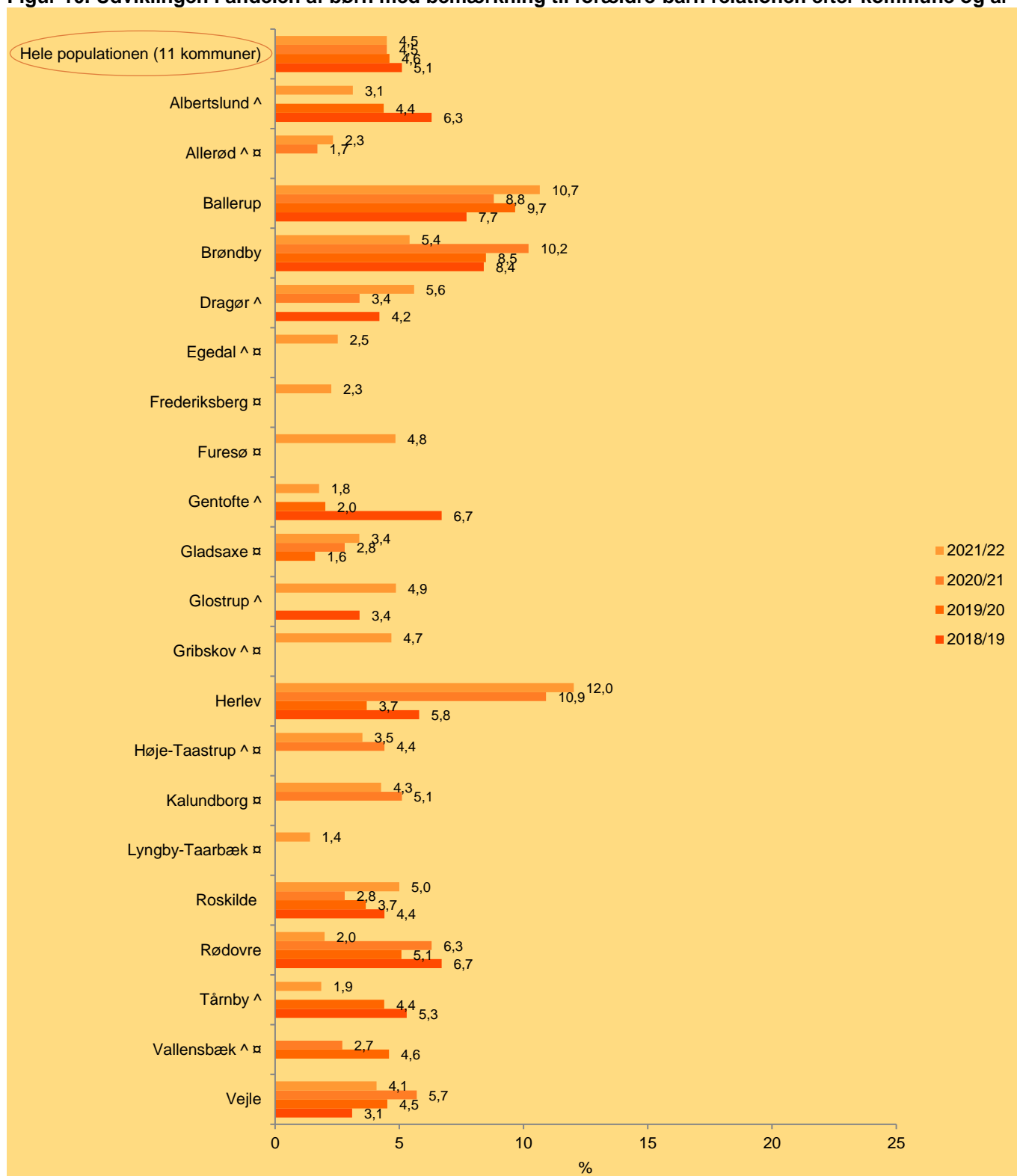
Figur 10 viser udviklingen i andelen af børn med mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i de 11 kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle fire år, og hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkninger har ligget mellem 4,5 % og 5,1 % de seneste fire år.

Figur 9. Andelen af børn med mindst én bemærkning til forældre-barn relationen efter kommune (N=8.881)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Figur 10. Udviklingen i andelen af børn med bemærkning til forældre-barn relationen efter kommune og år



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år eller fordi det først fra 2019/20 var muligt for NOVAX-kommuner at registrere oplysninger om forældre-barn relationen i indskolingsundersøgelsen. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

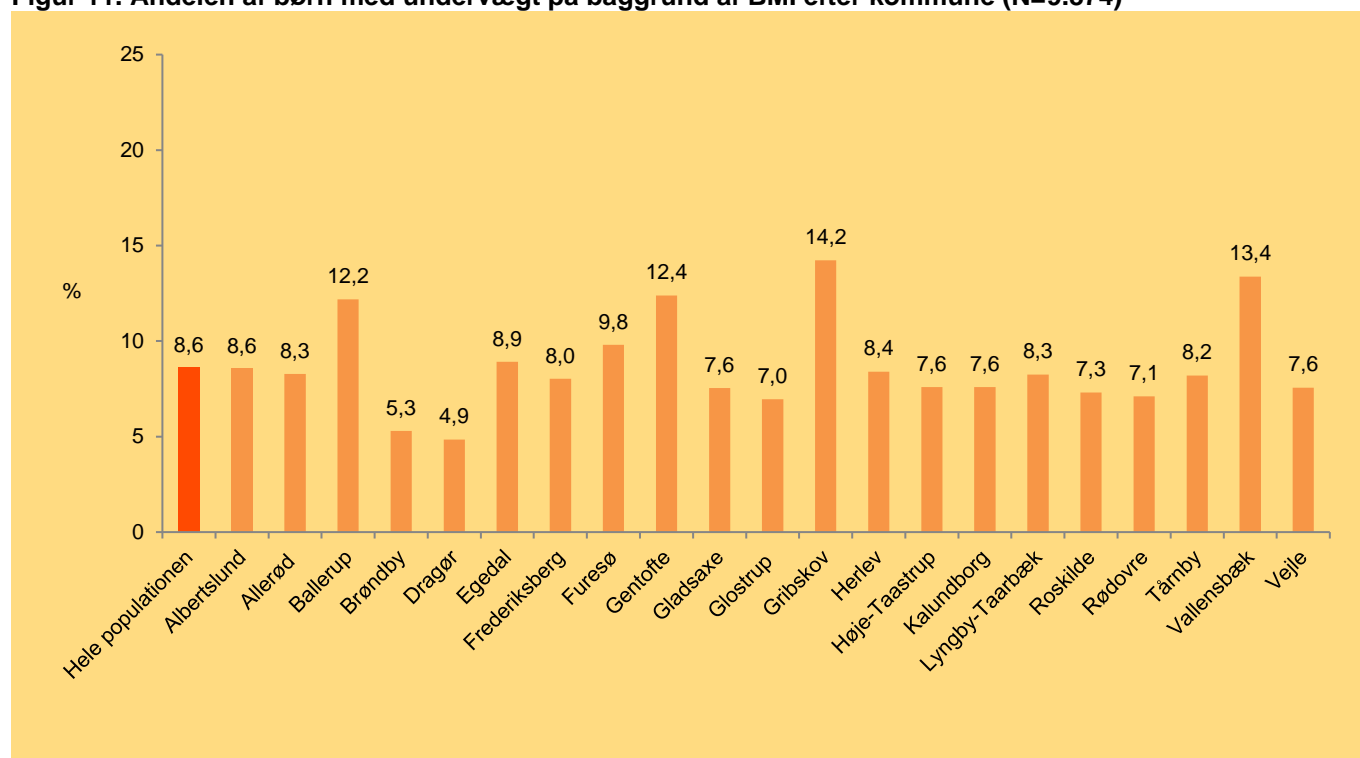
2.6 Vægtstatus

Siden 2014 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at der anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver til at vurdere overvægt og undervægt. Nedenstående figurer er baseret på Coles redefinerede BMI-grænser fra 2012 (Cole et al., 2000, Cole & Lobstein, 2012).

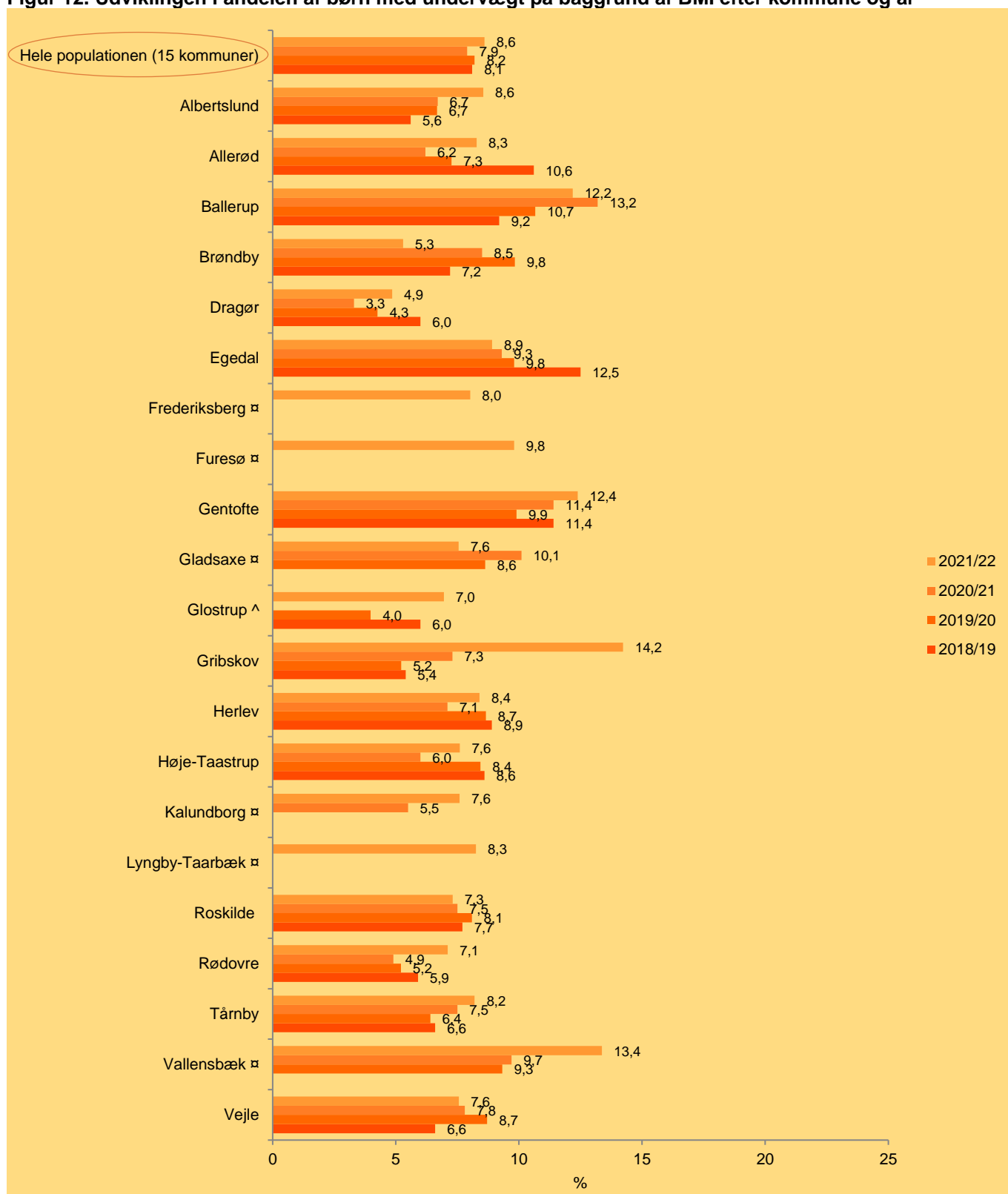
Undervægt

Af figur 11 ses, at 8,6 % af de børn, der er indskolingsundersøgt i 2021/22, har undervægt. Andelen varierer fra 4,9 % til 14,2 % kommunerne imellem. Figur 12 viser, at andelen har svinget mellem 7,9 % og 8,6 % de seneste fire år for de 15 kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 11. Andelen af børn med undervægt på baggrund af BMI efter kommune (N=9.874)



Figur 12. Udviklingen i andelen af børn med undervægt på baggrund af BMI efter kommune og år



Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

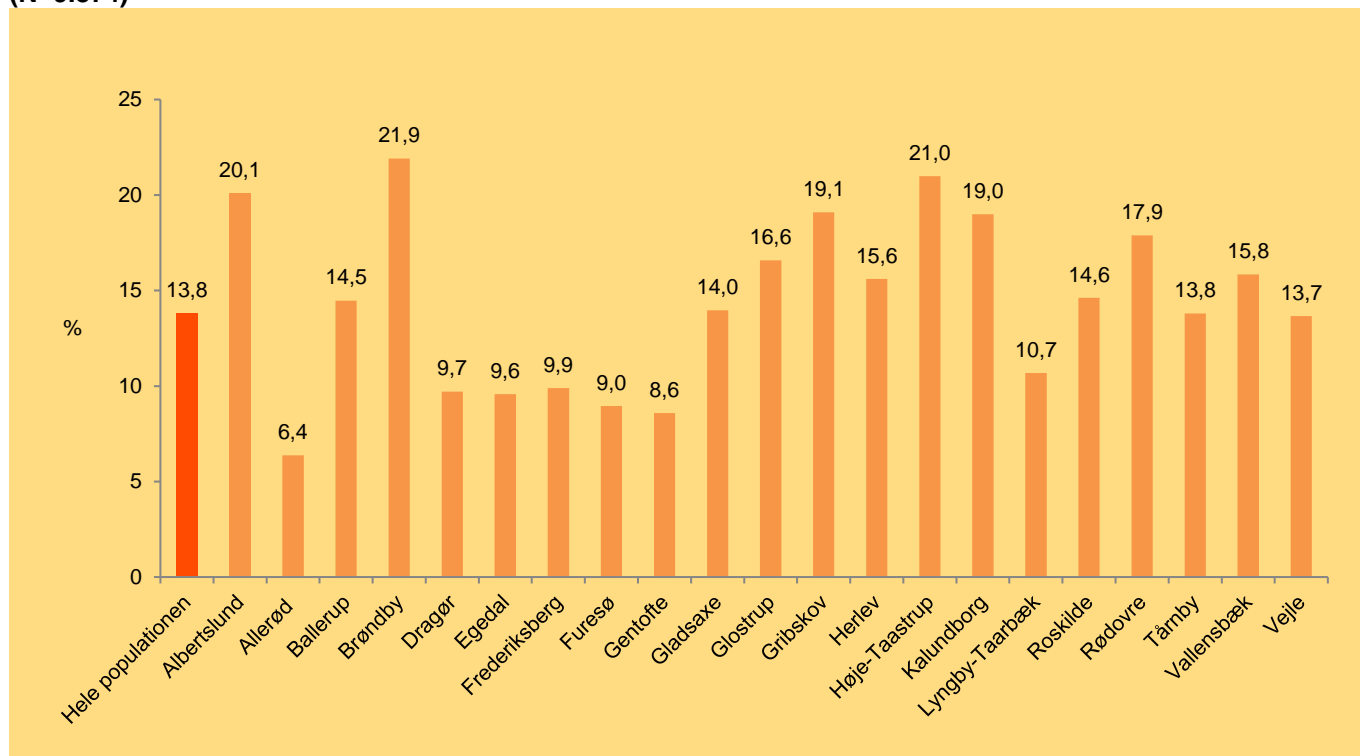
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Overvægt/svær overvægt

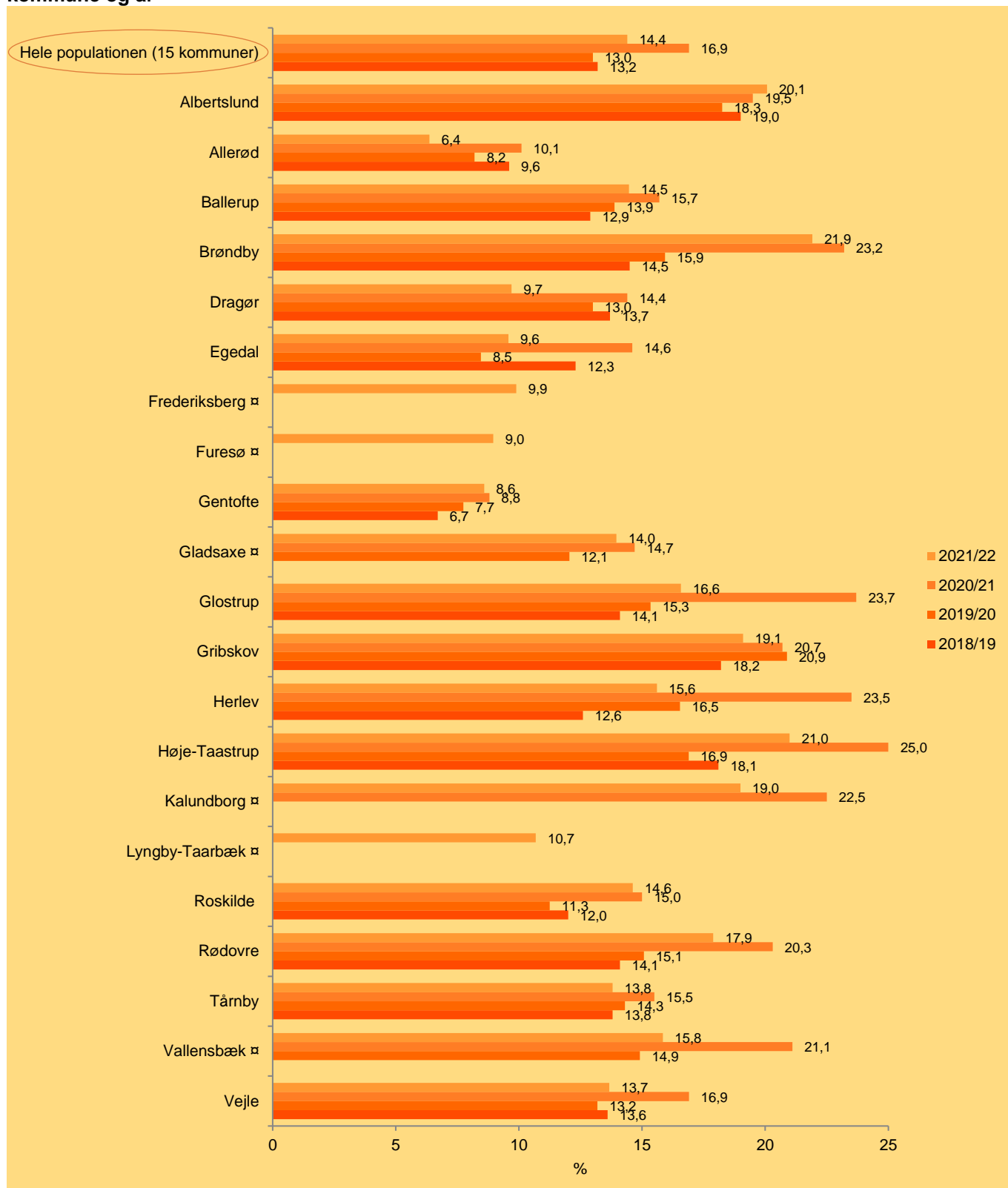
Af figur 13 fremgår det, at 13,8 % af børnene har overvægt ved indskolingsundersøgelsen i 2021/22. I denne andel er børn, der har svær overvægt, indberegnet. Forekomsten af overvægt varierer fra 6,4 % til 21,9 % på tværs af kommunerne.

Andelen har svinget mellem 13,0 % og 16,9 % de seneste fire år for de 15 kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 14). Stigningen i skoleåret 2020/21 kan til dels tænkes at skyldes en øget gennemsnitsalder i nogle kommuner, men kan ikke tilskrives hele udviklingen.

Figur 13. Andelen af børn med overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI efter kommune (N=9.874)



Figur 14. Udviklingen i andelen af børn med overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI efter kommune og år

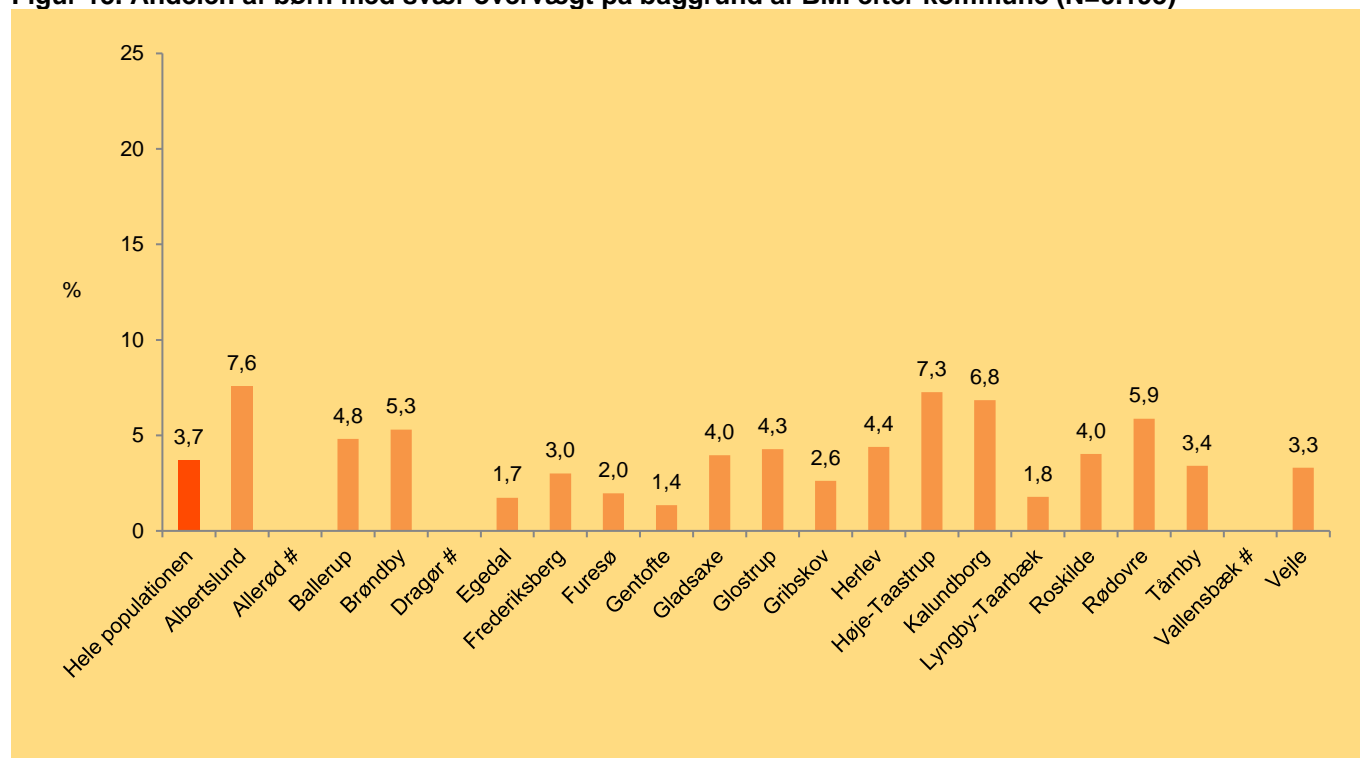


Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.
 ▫ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Svær overvægt

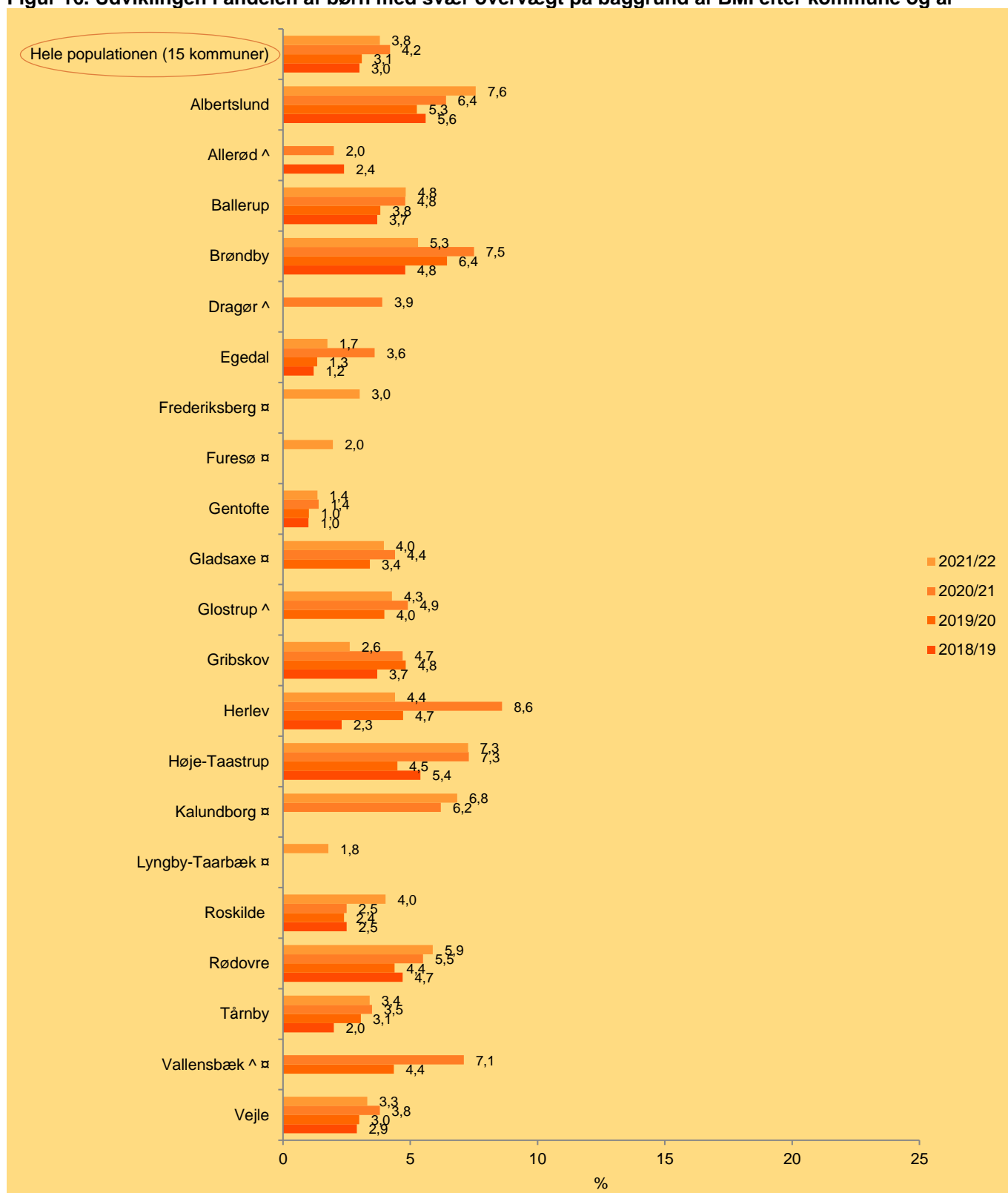
Figur 15 viser, at 3,7 % af børnene har svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen. Andelen varierer fra 1,4 % til 7,6 %. Figur 16 viser, at andelen af børn med svær overvægt, har svinget mellem 3,0 % og 4,2 % de seneste fire år for de 15 kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 15. Andelen af børn med svær overvægt på baggrund af BMI efter kommune (N=9.193)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Figur 16. Udviklingen i andelen af børn med svær overvægt på baggrund af BMI efter kommune og år



Hele populationen (15 kommuner) indbefatter de 15 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

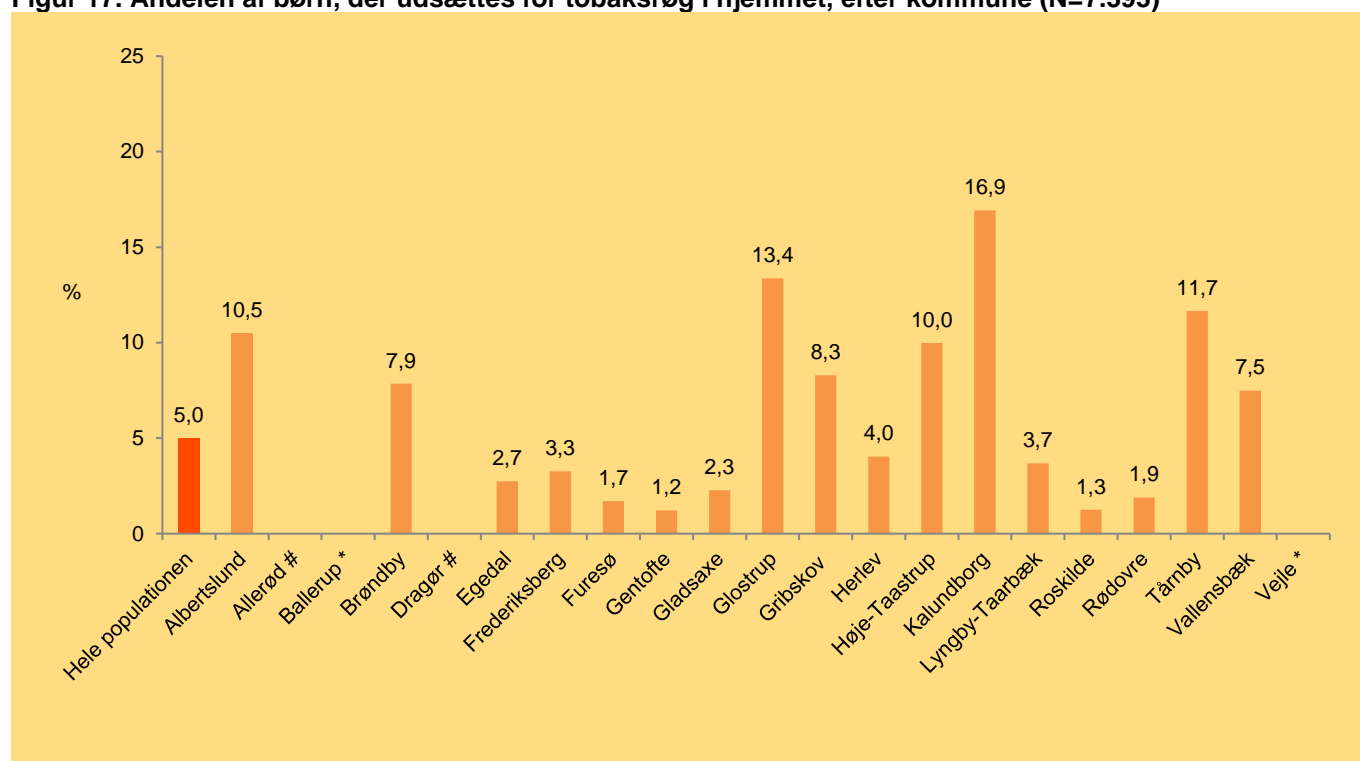
▢ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

2.7 Tobaksrøg i hjemmet

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Ved udsættelse for tobaksrøg menes, at mindst en person, som barnet bor sammen med, ryger inde i boligen mindst én gang ugentligt (NOVAX, 2017, Databasen Børns Sundhed, 2022). Figur 17 viser andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, opdelt på kommune. I den samlede population er der 5,0 % af børnene, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Andelen varierer fra 1,2 % til 16,9 % kommunerne imellem.

Figur 18 viser udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet for de kommuner, der har oplysninger for alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 5,0 % og 6,9 % de seneste fire år.

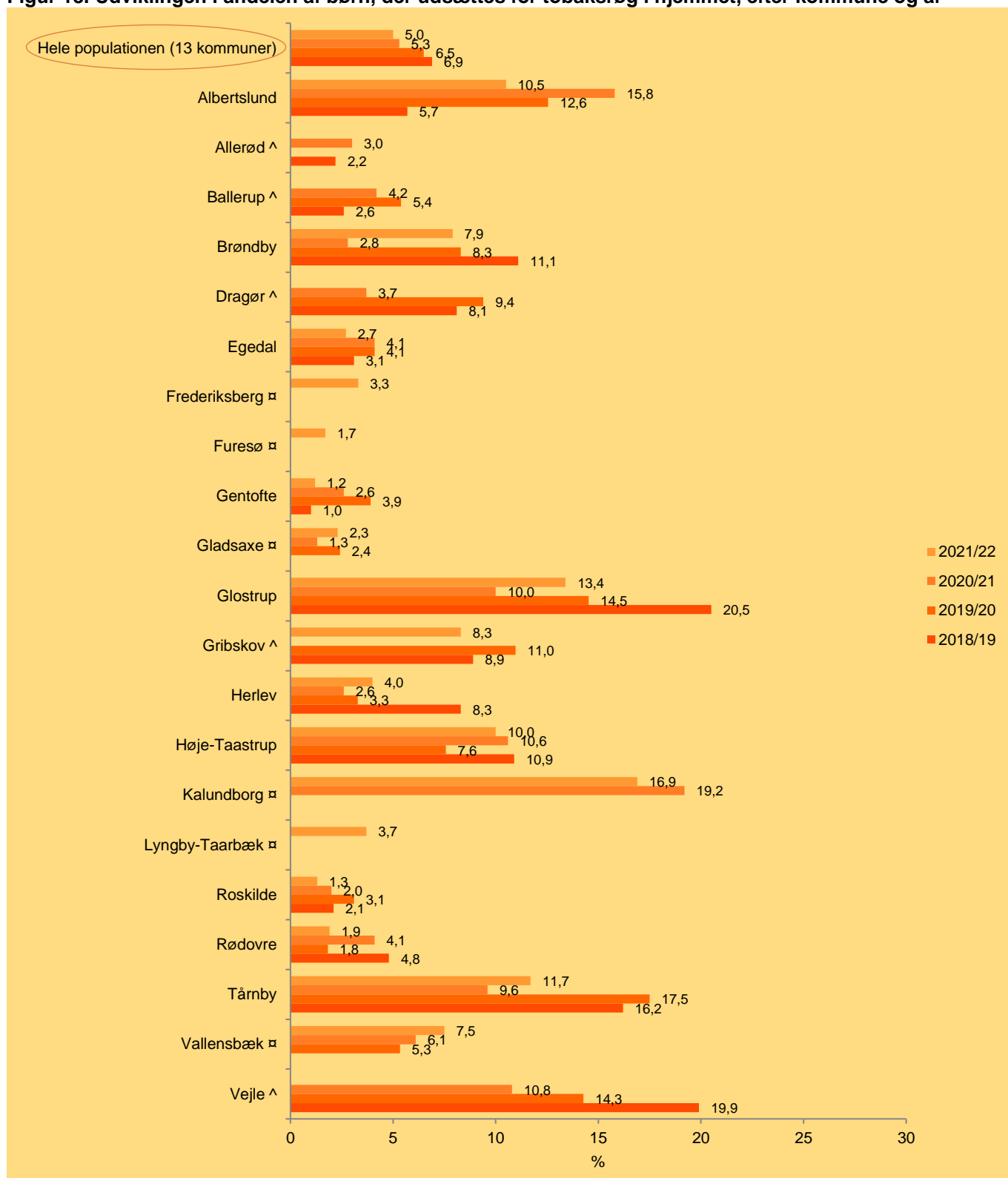
Figur 17. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, efter kommune (N=7.393)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 18. Udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, efter kommune og år



Hele populationen (13 kommuner) indbefatter de 13 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre og Tårnby.
 ^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.
 □ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

3 Unge udskolingsundersøgt 2021/22

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte variable for unge, der er blevet udskolingsundersøgt i de 19 kommuner, der har indsendt udskolingsdata til samarbejdet Databasen Børns Sundhed for skoleåret 2021/22.

3.1 Aldersfordeling

12 af de 19 kommuner gennemfører primært udskolingsundersøgelsen i 8. klasse, og syv kommuner gennemfører primært udskolingsundersøgelsen i 9. klasse (se tabel 4). Af tabellen ses ligeledes, at gennemsnitsalderen ved udskolingsundersøgelsen er 14,9 år i hele populationen. Gennemsnitsalderen i kommunerne svinger mellem 14,5 år og 15,5 år. Denne store variation skyldes, at der indgår unge fra specialklasser, samt at udskolingsundersøgelsen kan foretages i 8. eller 9. klasse.

Tabel 4. Gennemsnitsalderen ved udskolingsundersøgelsen efter kommune

	Kommune	Gennemsnitsalder (år)
Udskolingsundersøgt i 8. klasse		
	Albertslund	14,7
	Allerød	14,9
	Brøndby	14,7
	Dragør	15,0
	Egedal	14,9
	Gentofte	14,7
	Gladsaxe	14,5
	Gribskov	14,7
	Herlev	14,6
	Roskilde	14,7
	Tårnby	15,0
	Vejle	14,8
	Hele populationen i 8. klasse	14,7
Udskolingsundersøgt i 9. klasse		
	Ballerup	15,3
	Furesø	15,3
	Glostrup	15,3
	Høje-Taastrup	15,5
	Lyngby-Taarbæk	15,4
	Rødovre	15,4
	Vallensbæk	15,5
	Hele populationen i 9. klasse	15,4
	Hele populationen	14,9

3.2 Trivsel

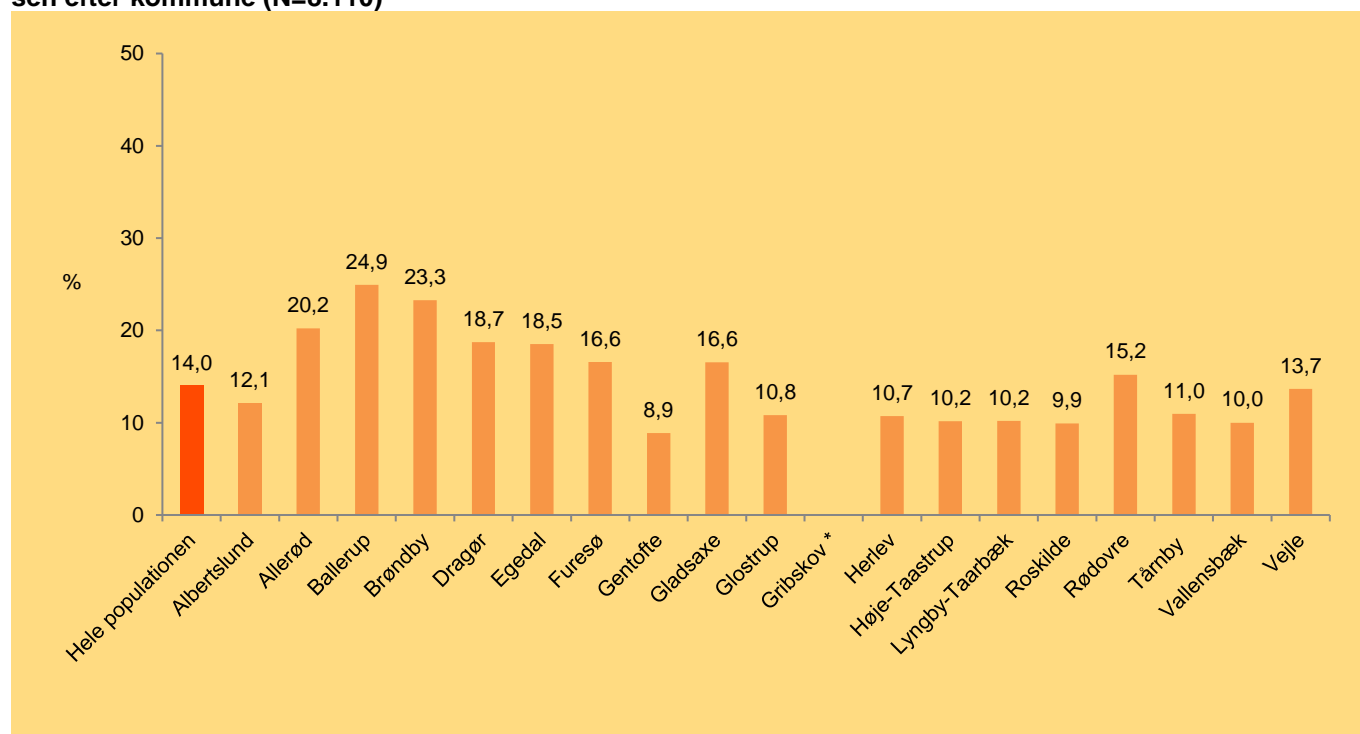
Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til den unges trivsel. Det kan både være bemærkninger til trivslen i hjemmet, i skolen og/eller i forholdet til jævnaldrende, såsom at den unge ikke er glad for at gå i skole, ikke har det godt i sin familie, ikke har det godt med jævnaldrende (gælder også fritiden), eller hvis den unge for eksempel er udsat for eller udøver fysiske/psy-kiske trusler eller vold.

Generel trivsel

Figur 19 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel. Mindst én bemærkning til den unges generelle trivsel er defineret ved, at den unge får en bemærkning til trivsel i skolen, i hjemmet, i forholdet til jævnaldrende og/eller andet. Figur 19 viser, at 14,0 % af de unge har mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen. Der er stor variation mellem kommunerne, og forekomsten varierer fra 8,9 % til 24,9 %.

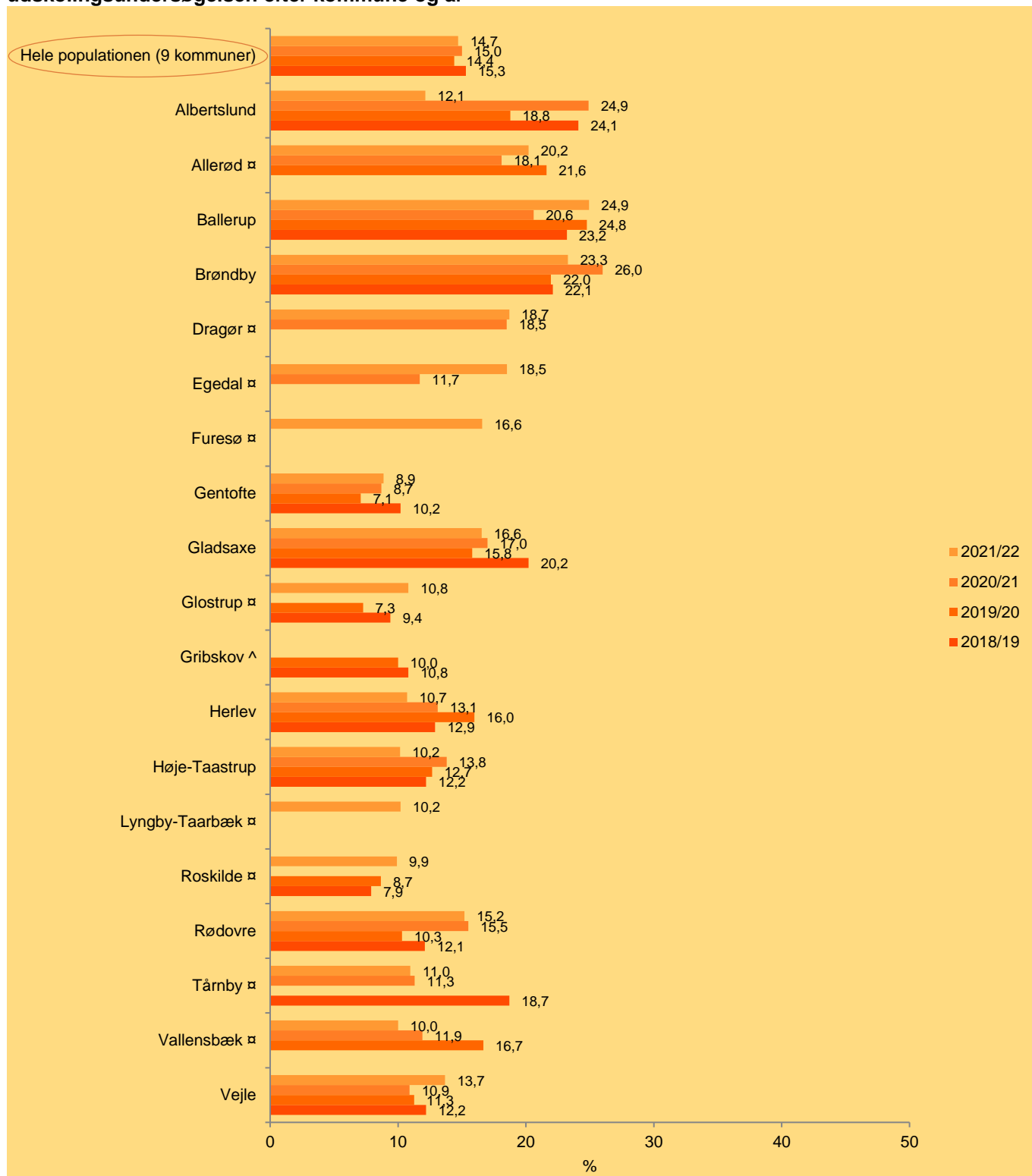
Figur 20 viser udviklingen fra 2018/19 til 2021/22 i andelen af unge mindst én bemærkning til deres generelle trivsel for de kommuner, der har oplysninger om generel trivsel for alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med bemærkninger til generel trivsel samlet set har svinget mellem 14,4 % og 15,3 %.

Figur 19. Andelen af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.110)



* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 20. Udviklingen i andelen af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

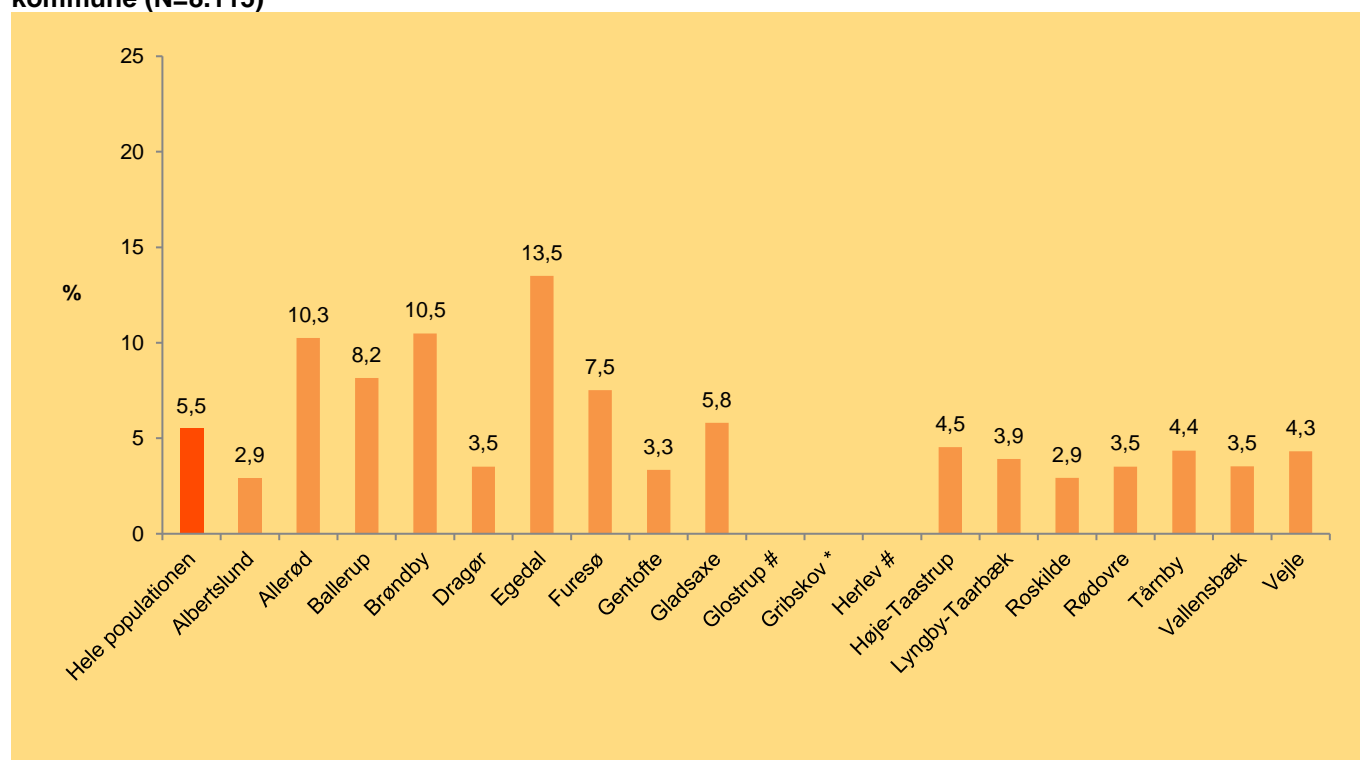
□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skole-data det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Trivsel i hjemmet

Figur 21 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet. Figuren viser, at 5,5 % af de unge har en bemærkning til deres trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen. Der er stor variation mellem kommunerne, og andelen varierer fra 2,9 % til 13,5 %.

Figur 22 viser udviklingen i andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet i den samlede population har ligget mellem 5,0 % og 6,1 %.

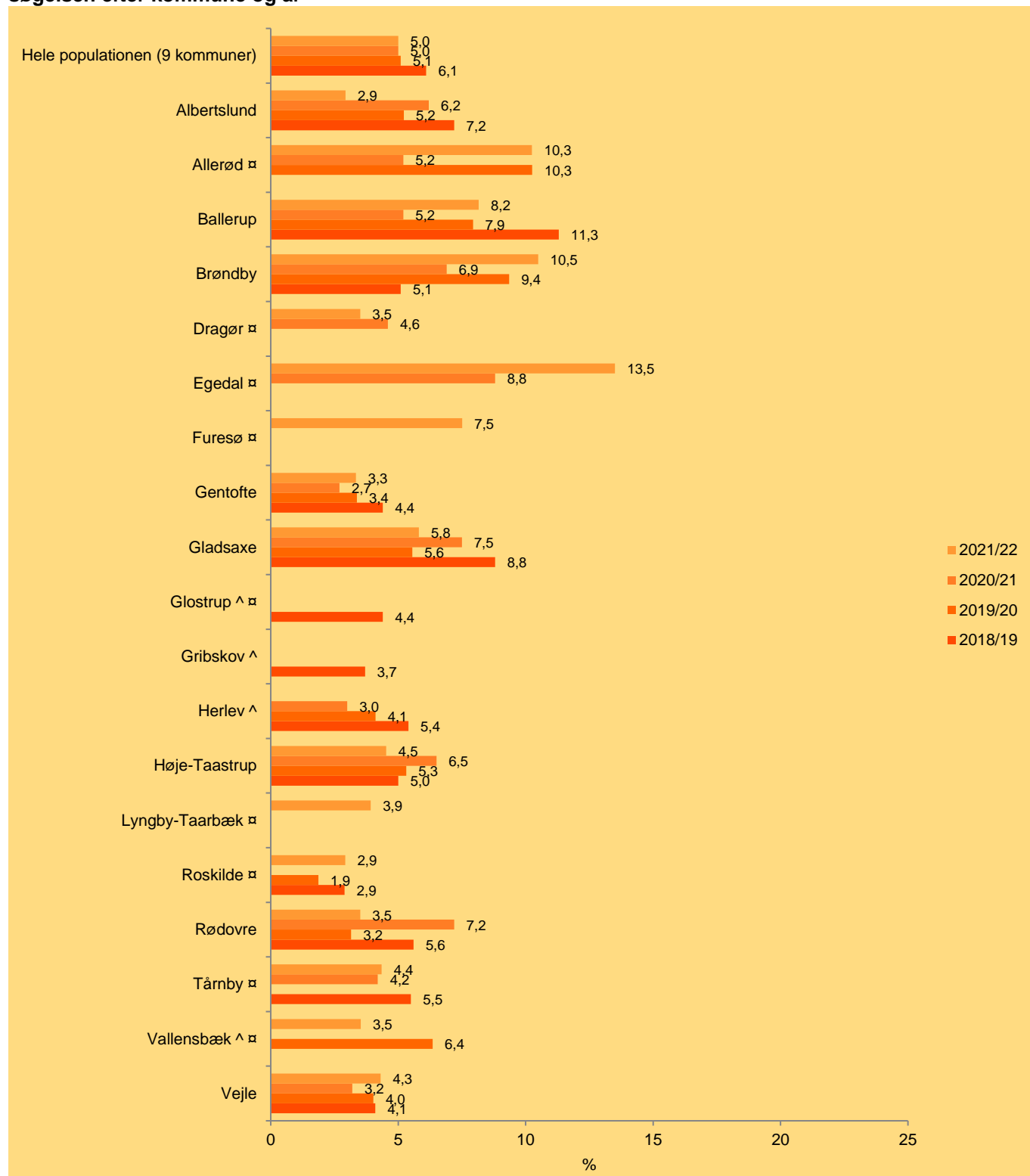
Figur 21. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.115)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 22. Udvikling i andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

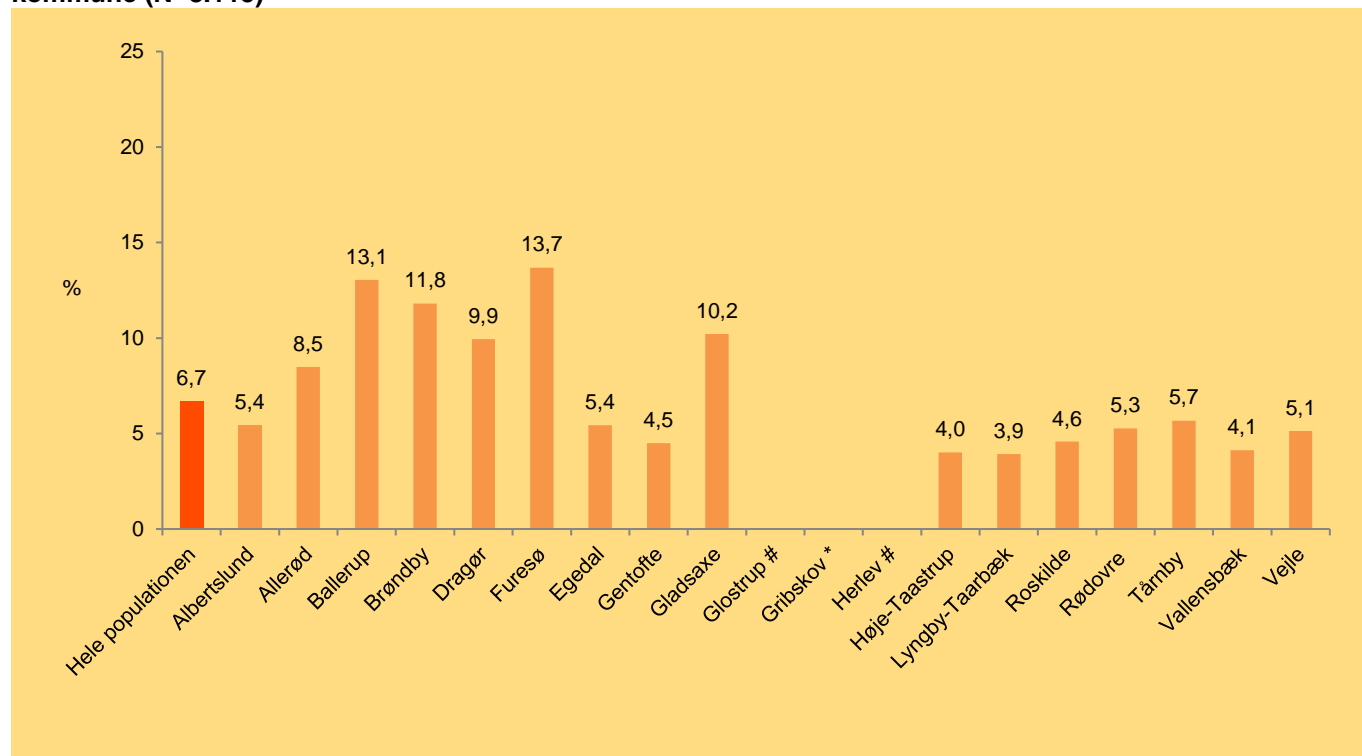
□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Trivsel i skolen

Figur 23 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i skolen. Figuren viser, at 6,7 % af de unge har en bemærkning til deres trivsel i skolen ved udskolingsundersøgelsen. Der er stor variation mellem kommunerne, og forekomsten varierer fra 4,0 % til 13,7 %.

Figur 24 viser udviklingen i andelen af unge med en bemærkning til deres skoletrivsel de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med en bemærkning til skoletrivsel i den samlede population har ligget mellem 5,6 % og 6,8 %.

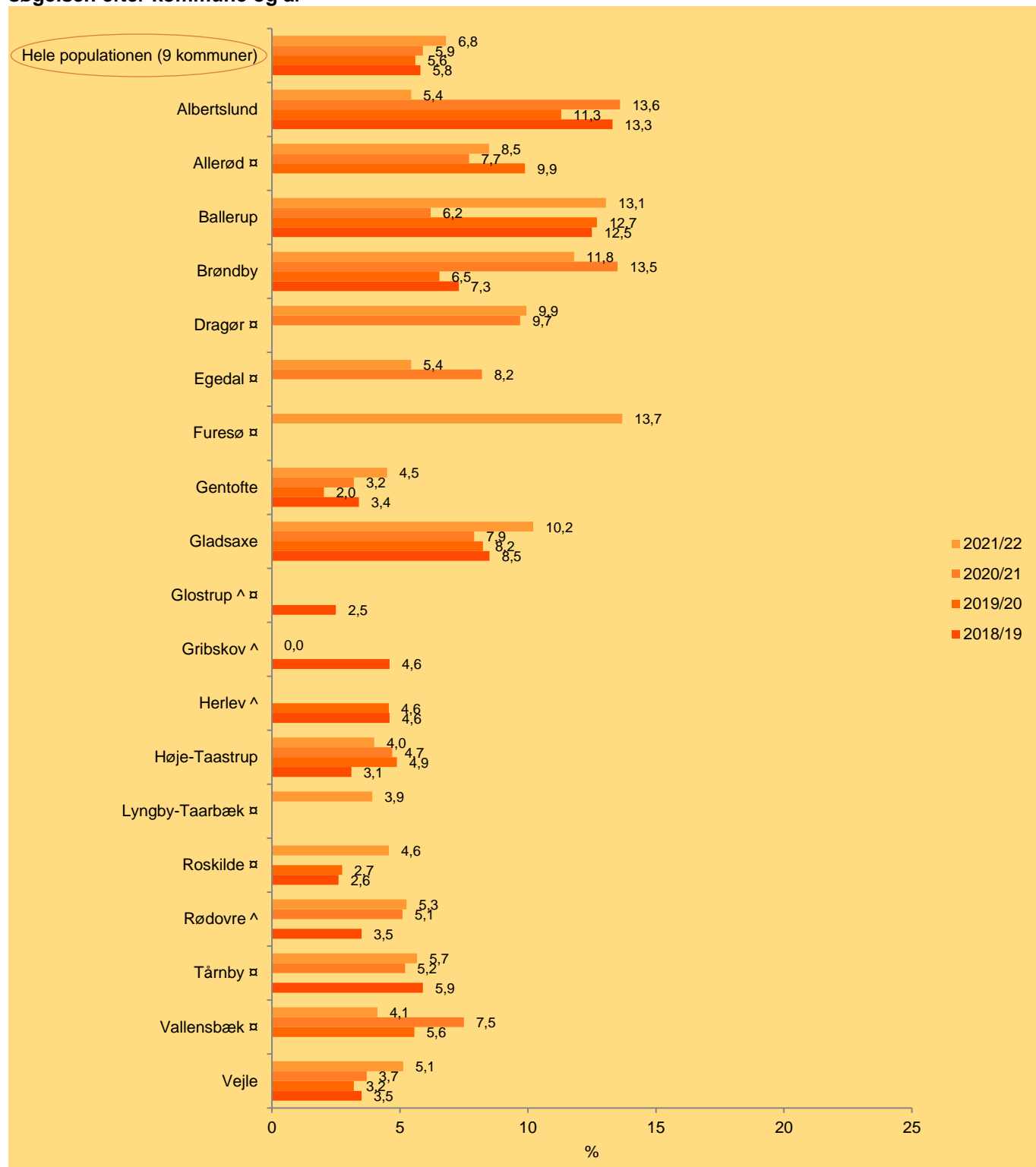
Figur 23. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i skolen ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.115)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 24. Udviklingen i andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i skolen ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

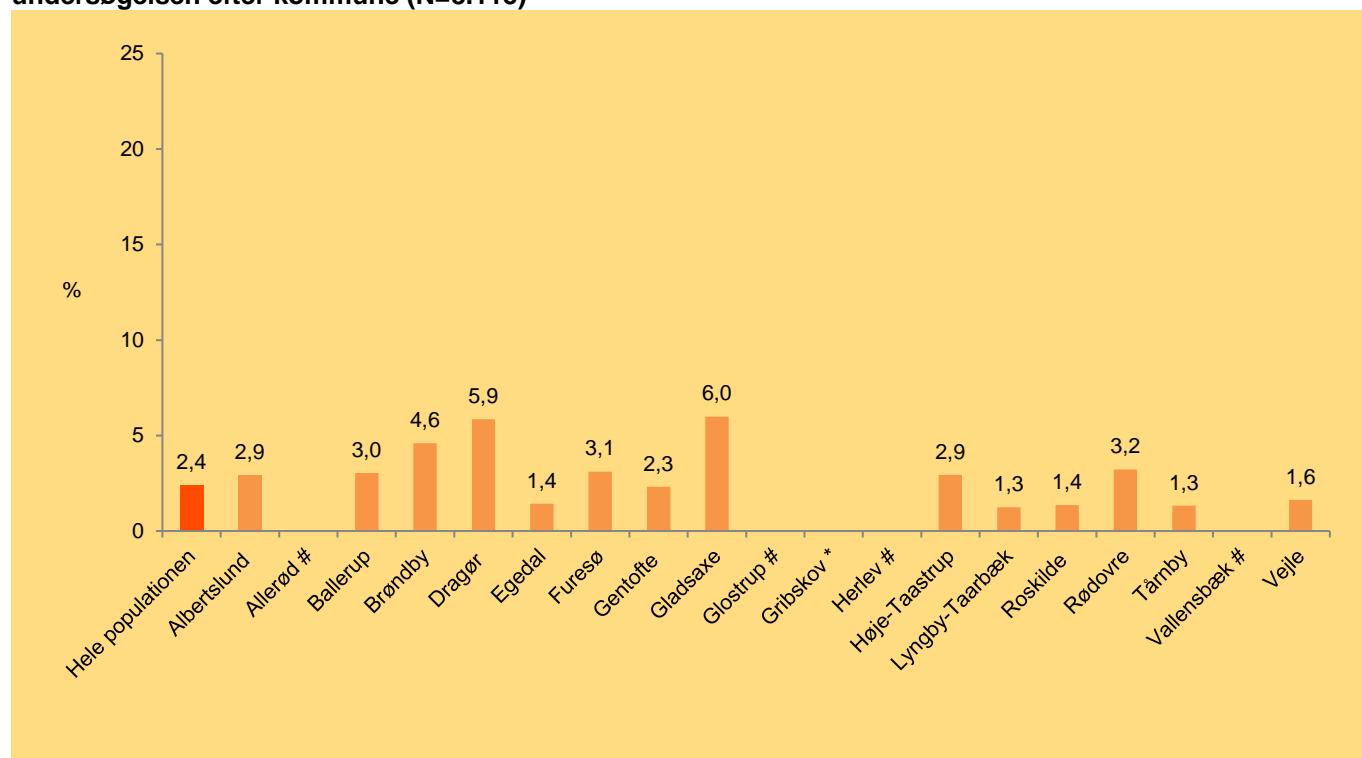
☐ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skole-data det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Trivsel i forholdet til jævnaldrende

Figur 25 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende. Figuren viser, at 2,4 % af de unge har en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen. Der er stor variation mellem kommunerne, og andelen varierer fra 1,3 % til 6,0 %.

Udviklingen vises ikke for denne variabel, fordi der tidligere år er mange kommuner med meget få unge med en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende.

Figur 25. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.115)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

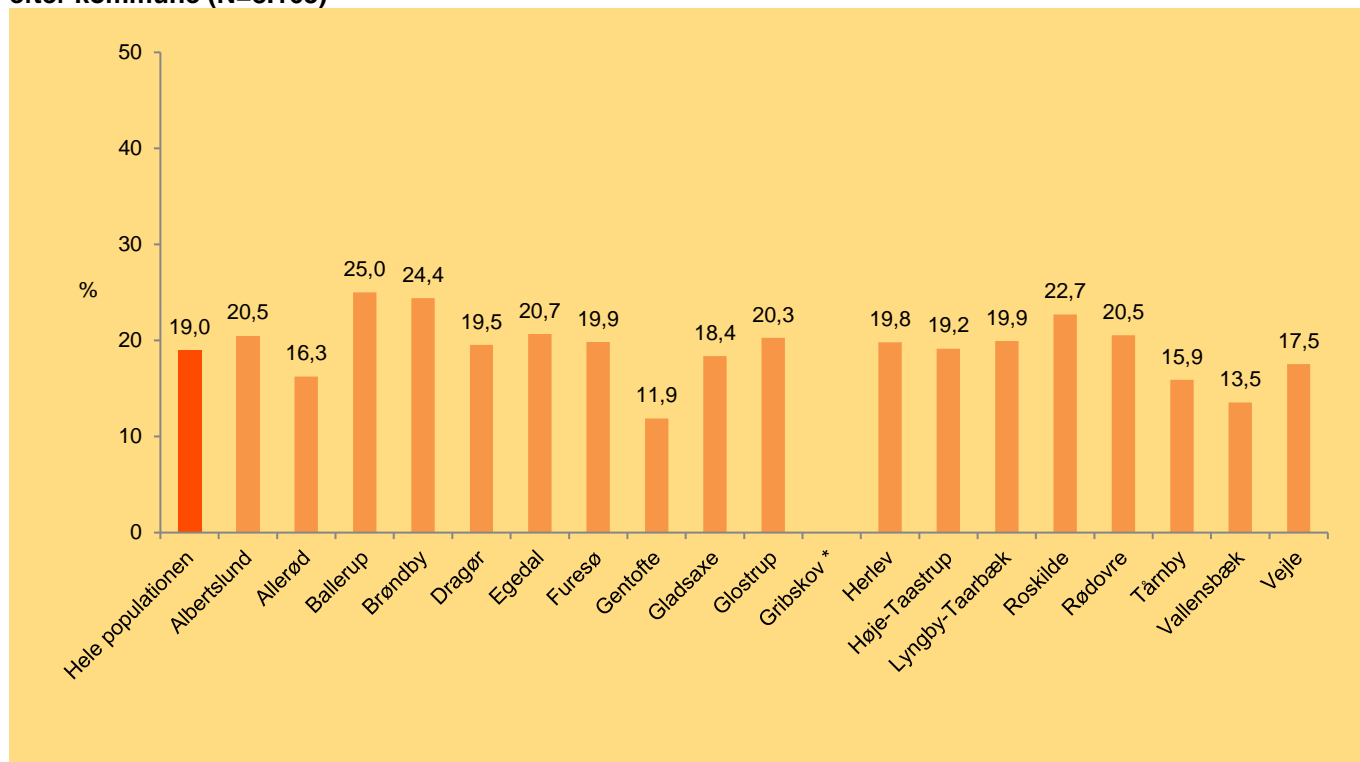
3.3 Mental sundhed

Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til den unges mentale sundhed. Sundhedsplejersken noterer bemærkninger til den unges mentale sundhed, hvis den unge har psykiske vanskeligheder og/eller lidelser. Det kan handle om adfærdsvanskeligheder, diagnosticeret psykisk sygdom, stress, depressive tanker, psykisk sårbarhed, angst, mobning/krænkende adfærd, ingen at tale med om svære ting/ensomhed, selvskadende adfærd, ikke at kunne overkomme sit liv og/eller andet. Bemærkning til den unges mentale sundhed er defineret ved, at der er mindst én bemærkning til en af de ovenfor nævnte områder.

Figur 26 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med mindst én bemærkning til mental sundhed. Figuren viser, at 19,0 % af de unge har en bemærkning til deres mentale sundhed. Andelen varierer fra 11,9 % til 25,0 % kommunerne imellem.

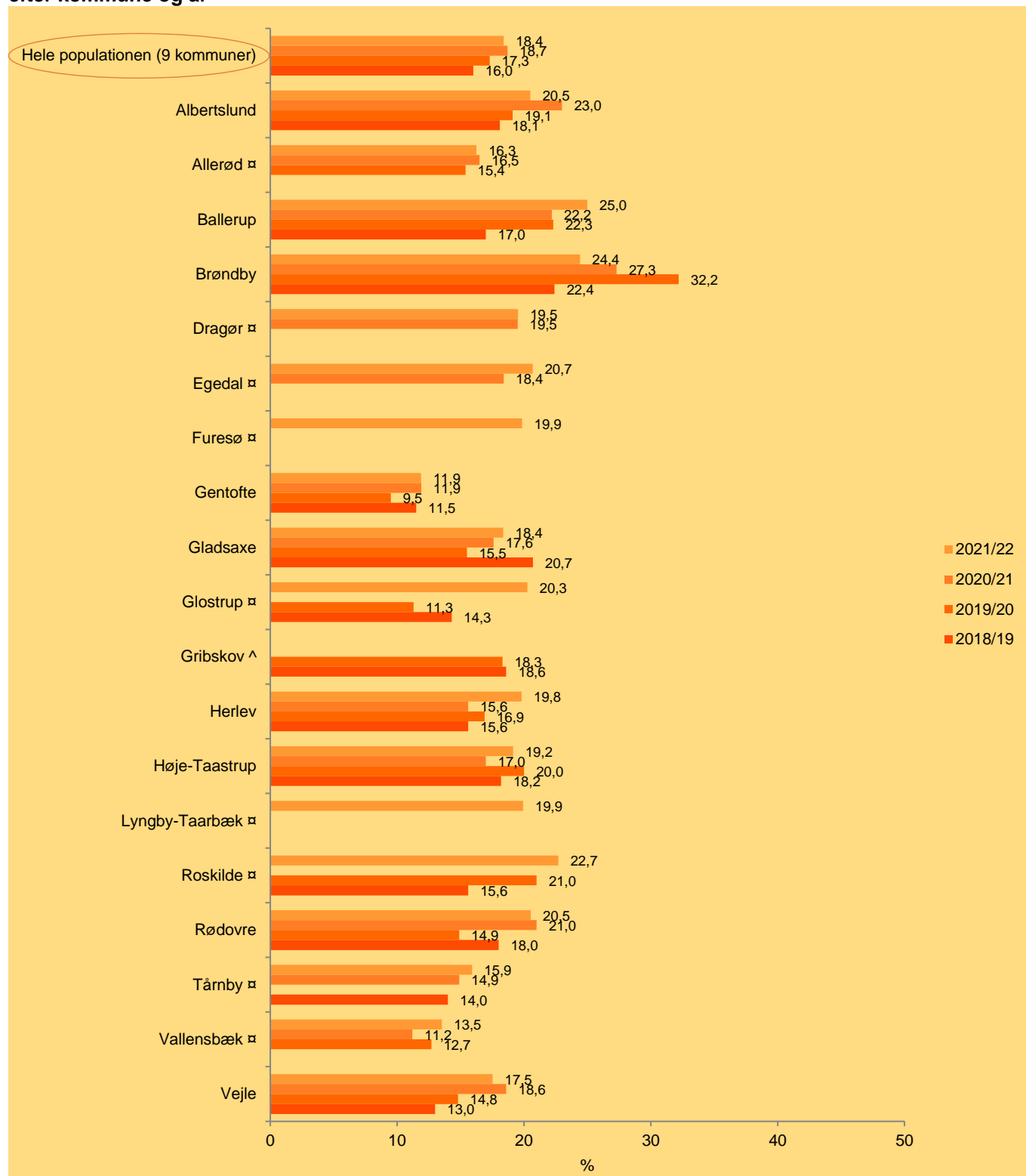
Figur 27 viser udviklingen i andelen af unge med mindst én bemærkning til deres mentale sundhed de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed i den samlede population har ligget mellem 16,0 % og 18,7 %.

Figur 26. Andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.163)



* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 27. Udvikling i andelen af unge med en bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

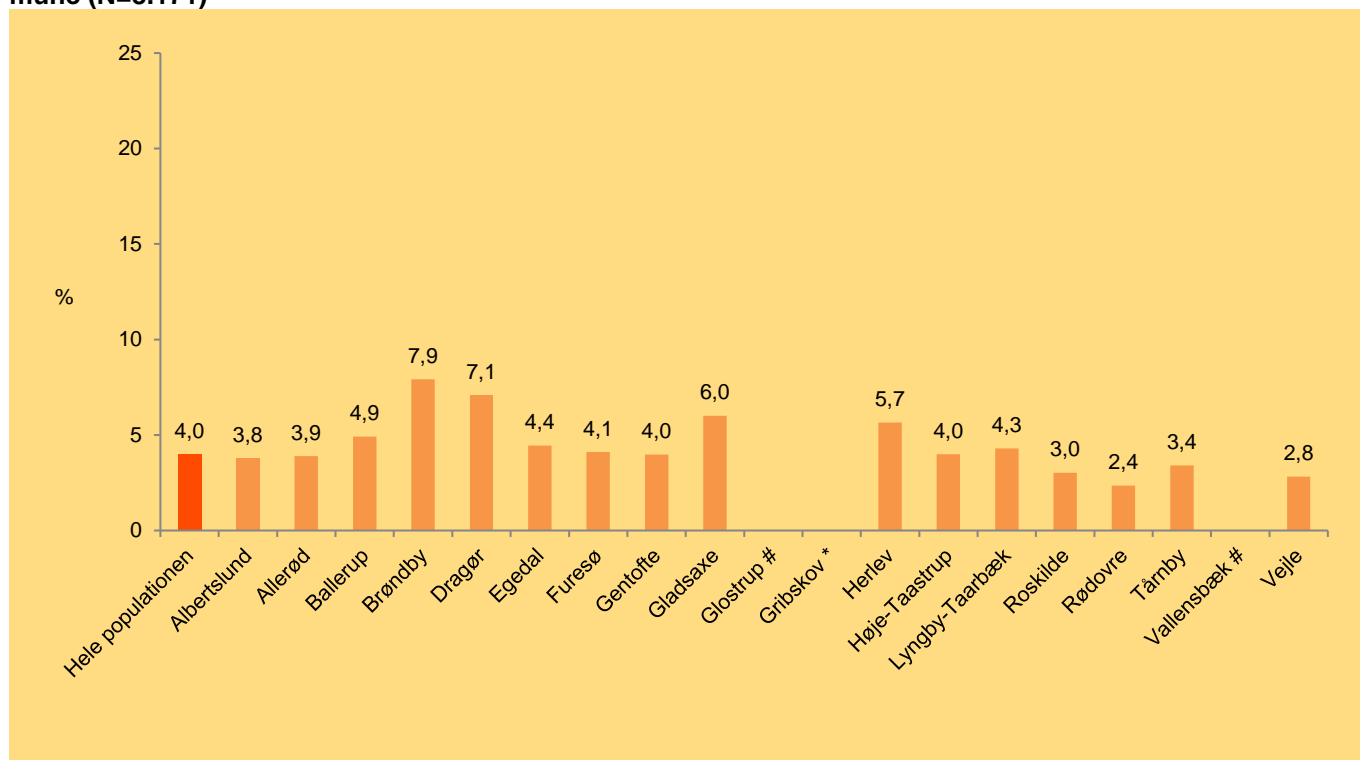
^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Psykisk sårbarhed

Som en del af den ovenstående variabel mental sundhed indgår psykisk sårbarhed. Figur 28 viser andelen af unge med en bemærkning til psykisk sårbarhed opdelt på kommune. Figuren viser, at 4,0 % af de unge har en bemærkning til psykisk sårbarhed. Andelen varierer fra 2,4 % til 7,9 % kommunerne imellem. Andelen har svinget mellem 3,7 % og 4,2 % de seneste fire år for de ni kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 29).

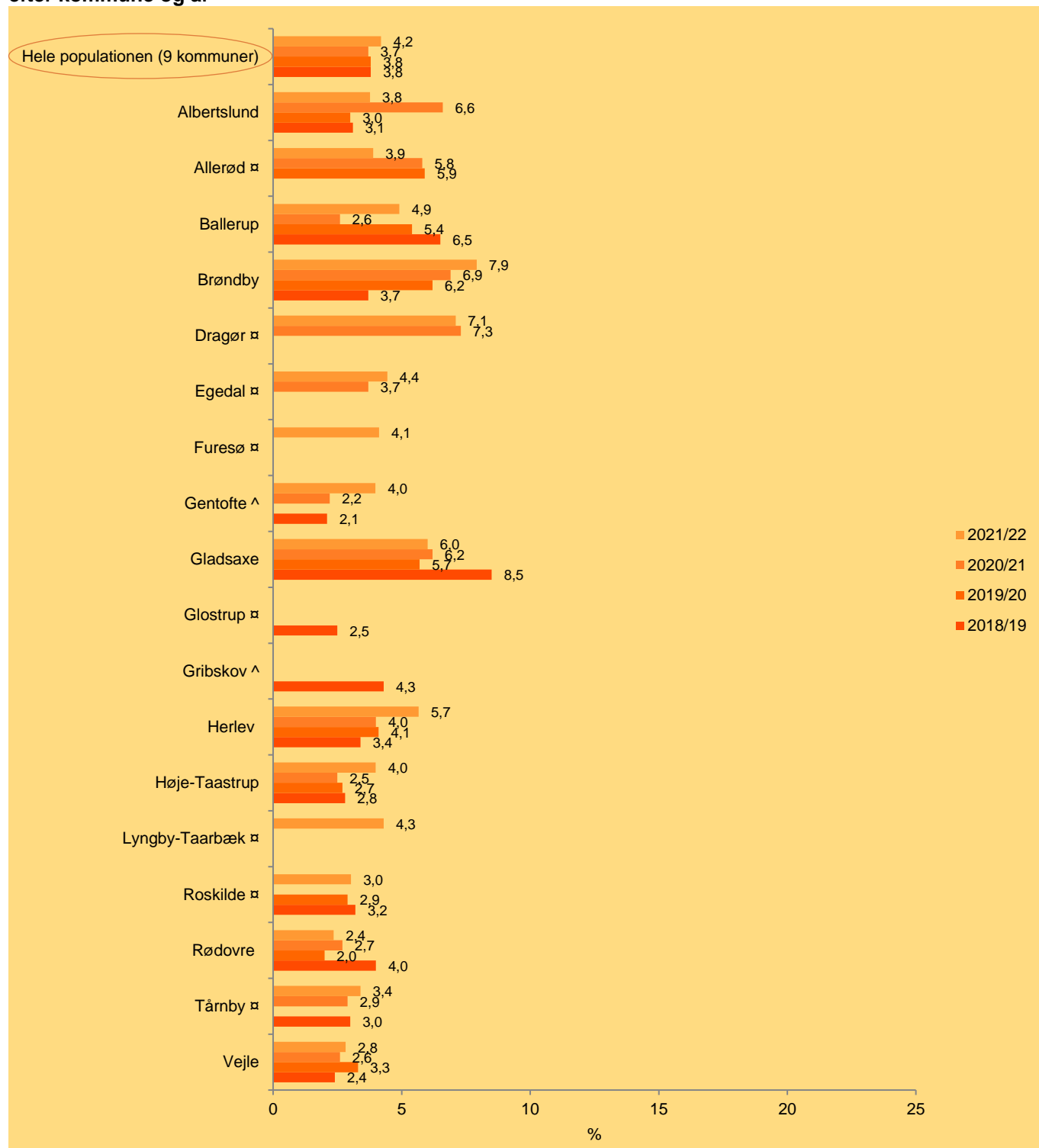
Figur 28. Andelen af unge med bemærkning til psykisk sårbarhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.171)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 29. Udvikling i andelen af unge med bemærkning til psykisk sårbarhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

☐ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skole-data det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

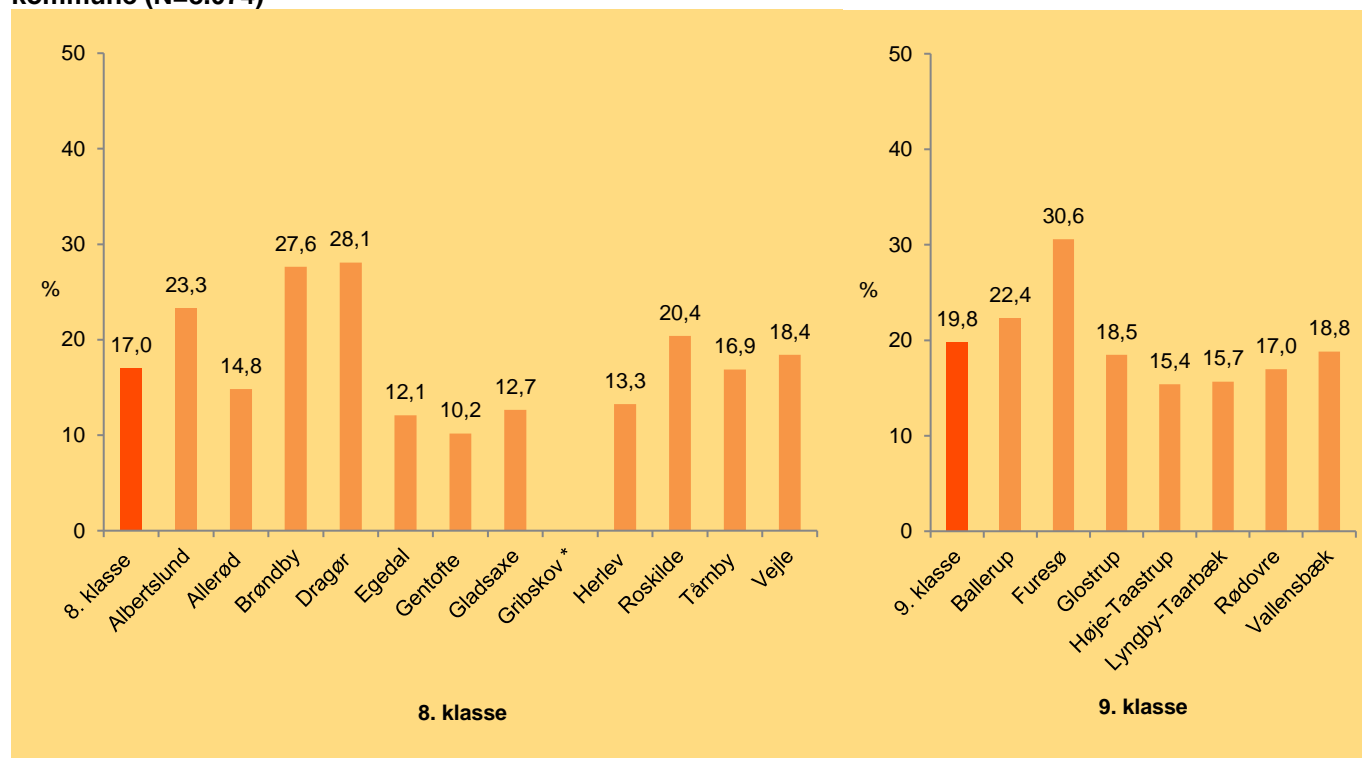
Vallensbæk Kommune vises ikke, da kommunen har for få observationer i 2019/20-21/22 til, at det kan vises og ikke indgik med skoledata i 2018/19.

3.4 Søvn/træthed

Hvis sundhedsplejersken har en bekymring for den unges søvnvaner, noteres en bemærkning til søvn/træthed i journalen. Det kan for eksempel handle om, at den unge ikke møder udhvilet op om morgenen til undervisningen, eller at hverdagen er påvirket af træthed. Af figur 30 fremgår det, at der for 17,0 % af de unge i 8. klasse og 19,8 % i 9. klasse er noteret mindst én bemærkning vedrørende søvn/træthed. Der ses en stor variation kommunerne imellem, hvor forekomsten varierer fra 10,2 % til 30,6 %.

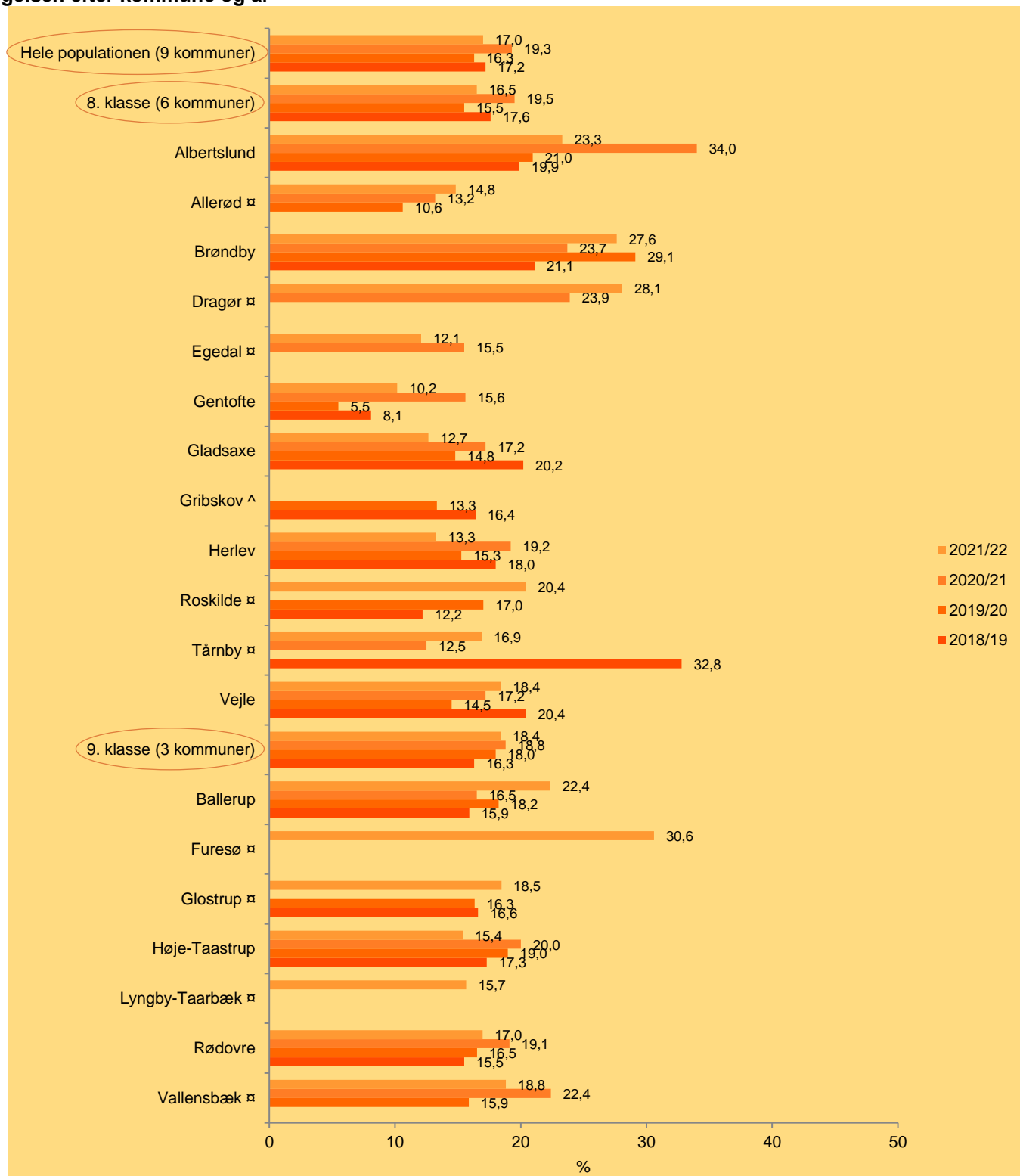
Derudover viser figur 31 udviklingen i andelen af unge med mindst en bemærkning til søvn/træthed for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med mindst én bemærkning til søvn/træthed har svinget mellem 16,3 % og 19,3 % de seneste fire år.

Figur 30. Andelen af unge med mindst én bemærkning til søvn/træthed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.074)



* Viser ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 31. Udvikling i andelen af unge med mindst én bemærkning til søvn/træthed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skole-data det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

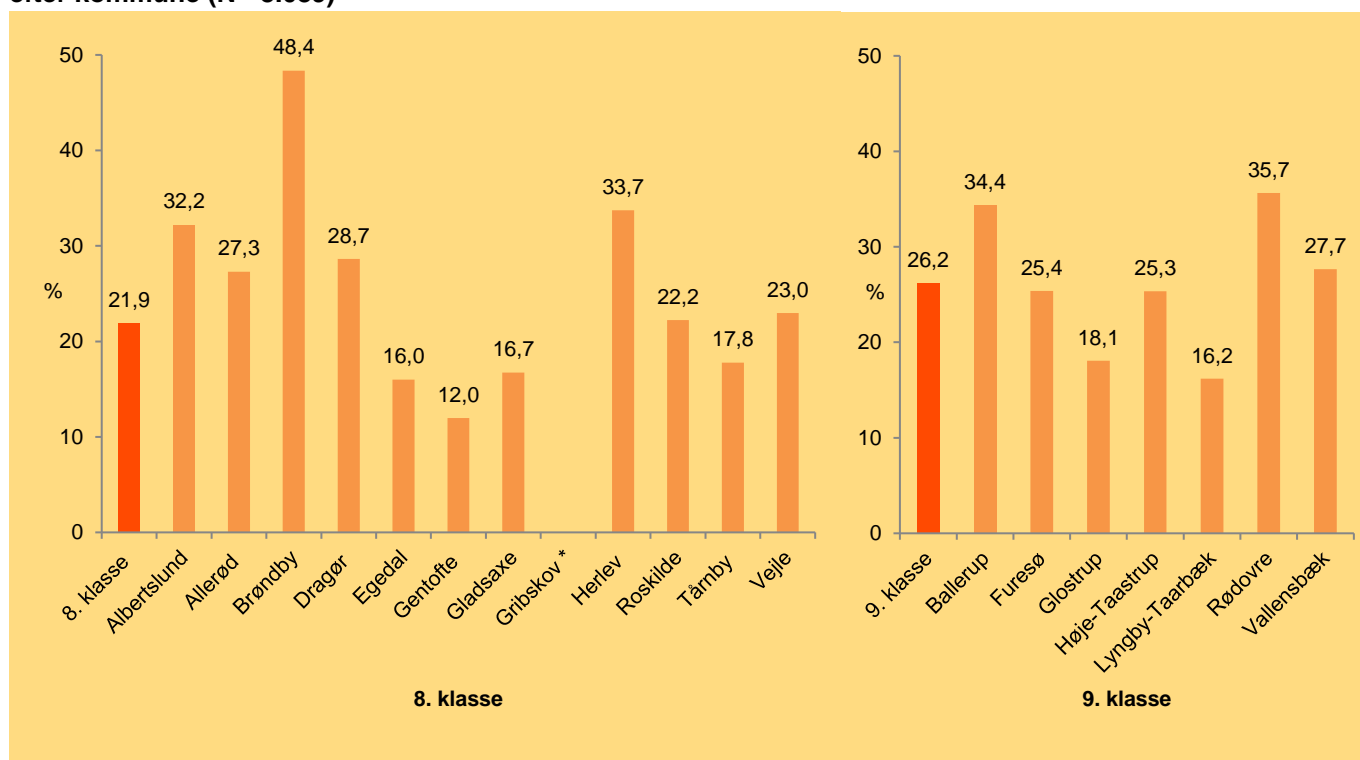
3.5 Spisning, kost og/eller motion

Er der bekymring for den unges spise-, kost- og/eller motionsvaner eller udøver den unge risikoadfærd i forhold til spisning, kost og/eller motion, noterer sundhedsplejersken en bemærkning. En bemærkning kan ifølge vejledningen for eksempel handle om kropsopfattelse, usunde kostvaner, pludselig vægtændring, at springe måltider over, spiseforstyrrelser, overdreven motion eller inaktivitet.

Der er forskel i andelen afhængigt af klassetrin og derfor viser figuren andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion opdelt på kommune og klassetrin. Figuren viser, at 21,9 % af de unge i 8. klasse og 26,2 % af de unge i 9. klasse har mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion. Forekomsten varierer fra 12,0 % til 48,4 % kommunerne imellem. De hyppigste bemærkninger til spisning, kost og/eller motion omhandler, at den unge springer måltider over, inaktivitet og usunde kostvaner.

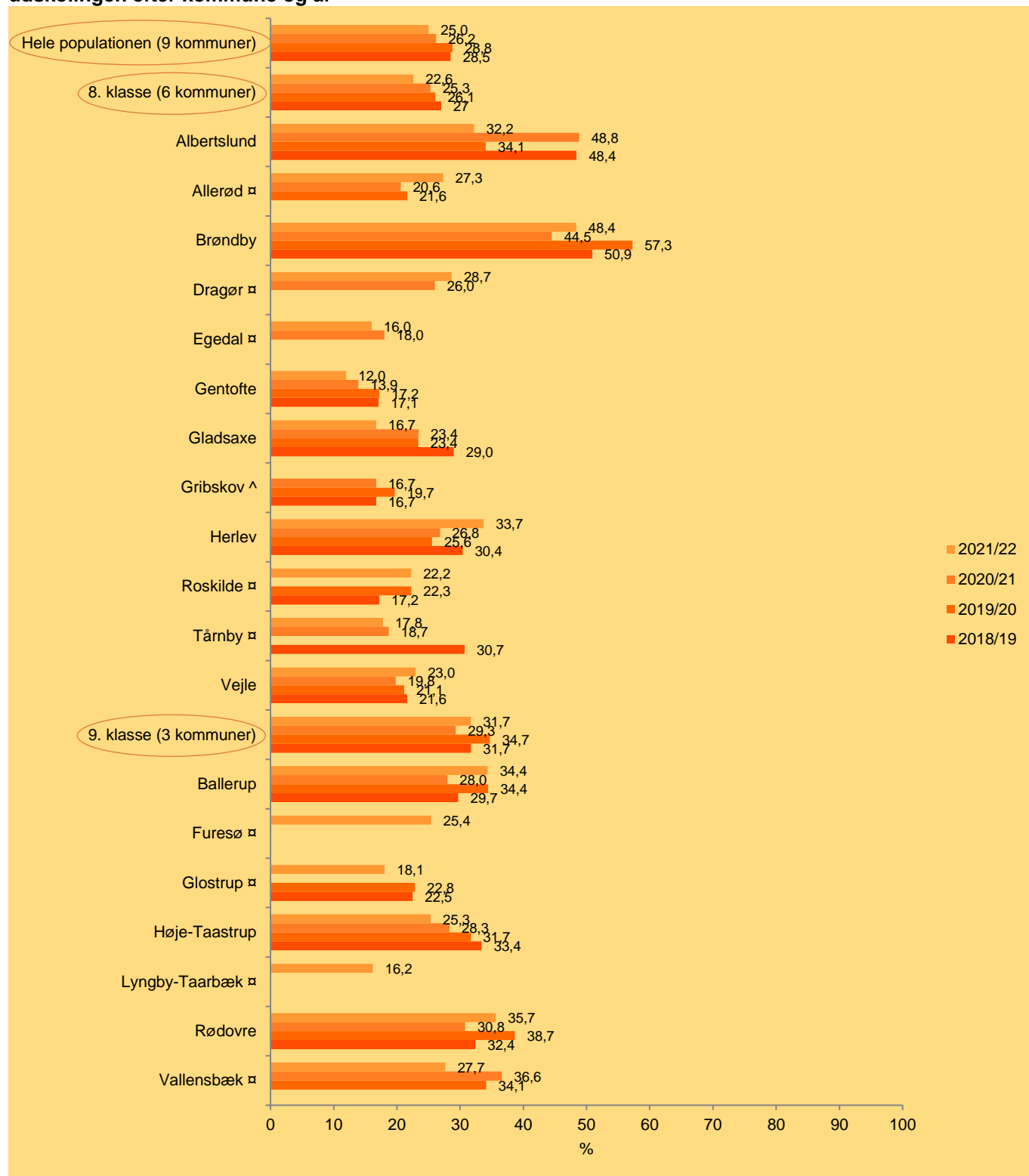
Figur 33 viser udviklingen i andelen af unge med mindst en bemærkning til spisning, kost og/eller motion for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion har svinget mellem 25,0 % og 28,8 % de seneste fire år.

Figur 32. Andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion ved udskolingen efter kommune (N= 8.089)



*Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

Figur 33. Udviklingen i andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion ved udskolingen efter kommune og år



Hele populationen (9 kommuner) indbefatter de 9 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

3.6 Vægtstatus

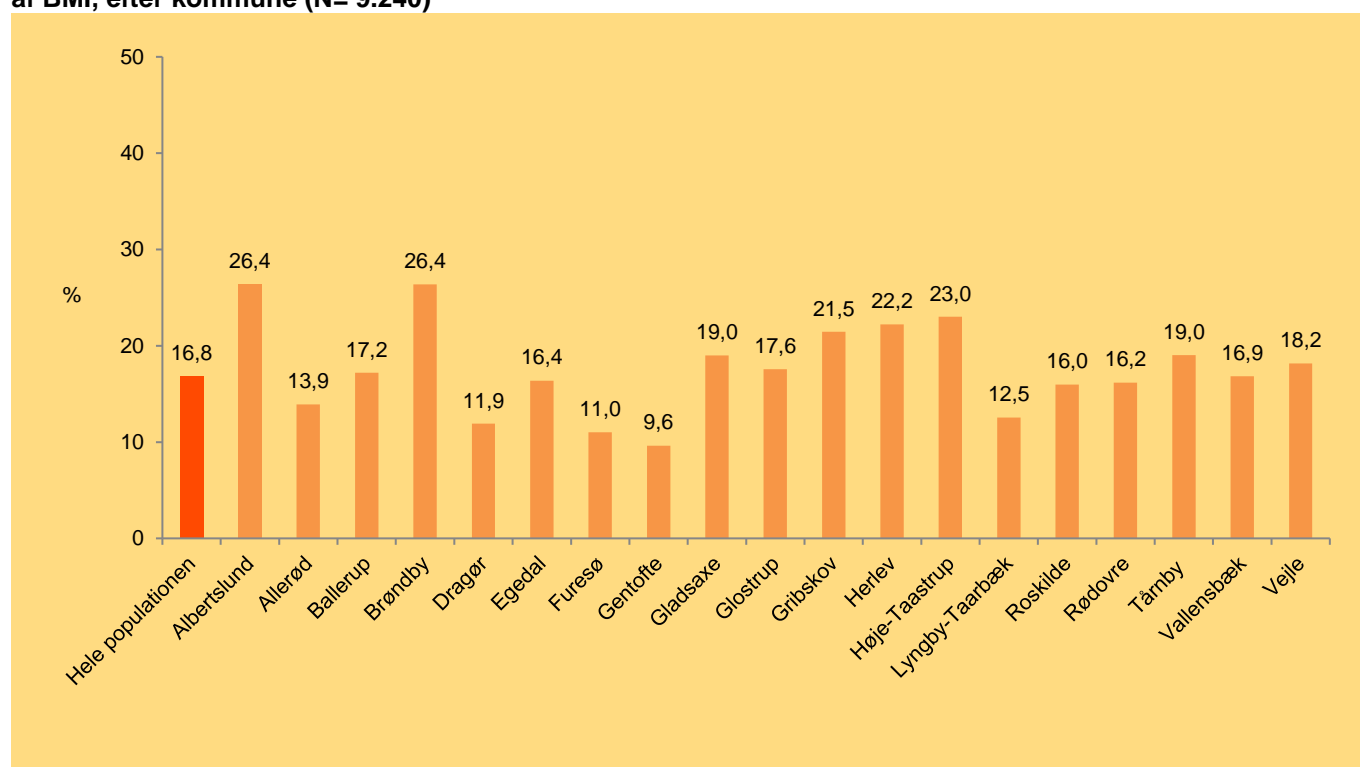
Siden 2014 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at der anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver til at vurdere overvægt og undervægt blandt børn og unge. Nedenstående figurer er baseret på Coles redefinerede BMI-grænser fra 2012 (Cole et al., 2000, Cole & Lobstein, 2012).

Ud fra de aldersstandardiserede BMI-grænser har 1,4 % af de unge i hele populationen undervægt, 81,8 % har normalvægt og 16,8 % har overvægt eller svær overvægt, heraf har 3,4 % svær overvægt. Nedenfor vises figurer for andelen af unge, som er registreret som at have overvægt og svær overvægt. Der vises ikke en figur af andelen af unge, der har undervægt, da hovedparten af kommunerne har færre end seks unge med undervægt.

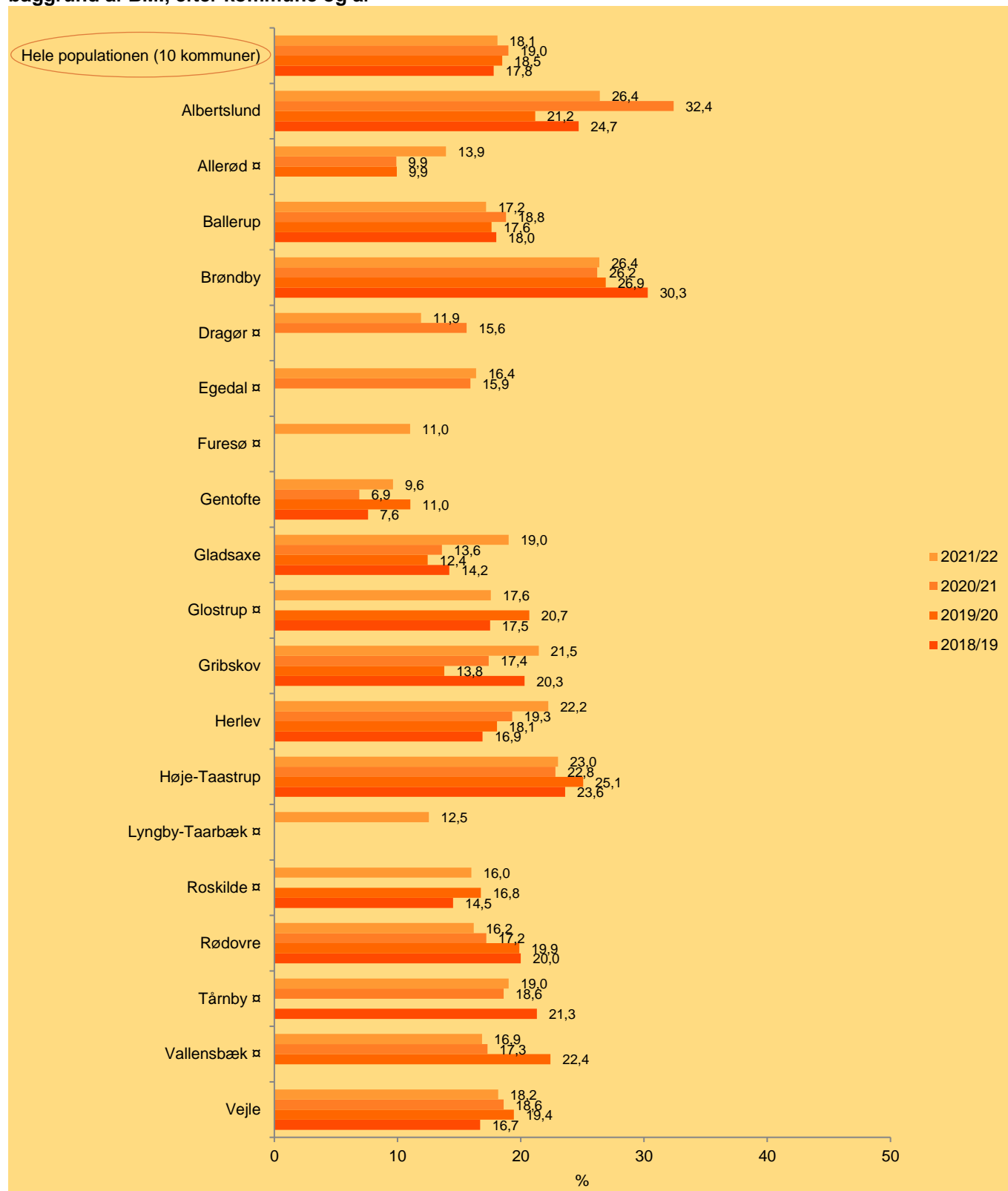
Overvægt/svær overvægt

Af figur 34 fremgår det, at 16,8 % af de unge har overvægt eller svær overvægt. Andelen af unge, der har overvægt, varierer fra 9,6 % til 26,4 % på tværs af kommunerne. I denne andel er forekomsten af unge med svær overvægt indbereget. Andelen har svinget mellem 17,8 % og 19,0 % de seneste fire år for de ti kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 35).

Figur 34. Andelen af unge med overvægt eller svær overvægt ved udskolingsundersøgelsen på baggrund af BMI, efter kommune (N= 9.240)



Figur 35. Udvikling i andelen af unge med overvægt eller svær overvægt ved udskolingsundersøgelsen på baggrund af BMI, efter kommune og år



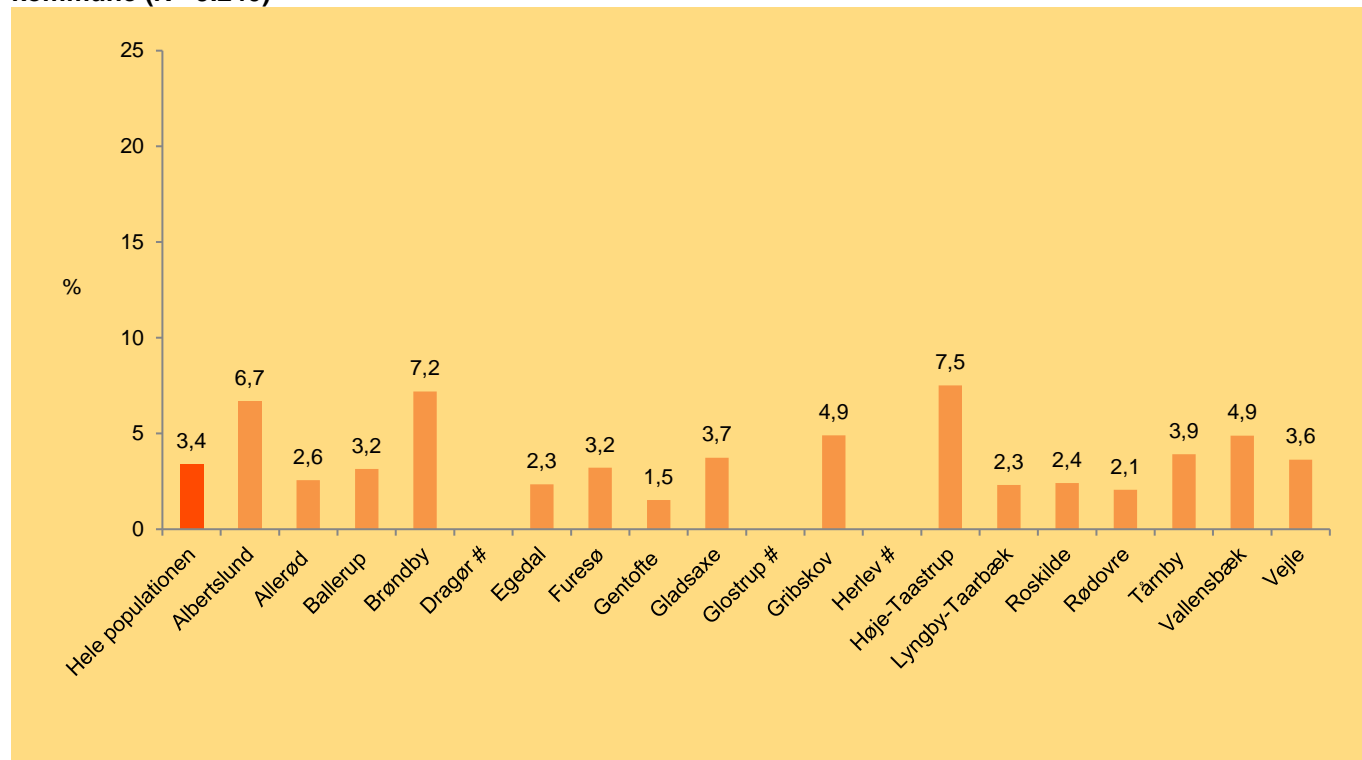
Hele populationen (10 kommuner) indbefatter de 10 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Svær overvægt

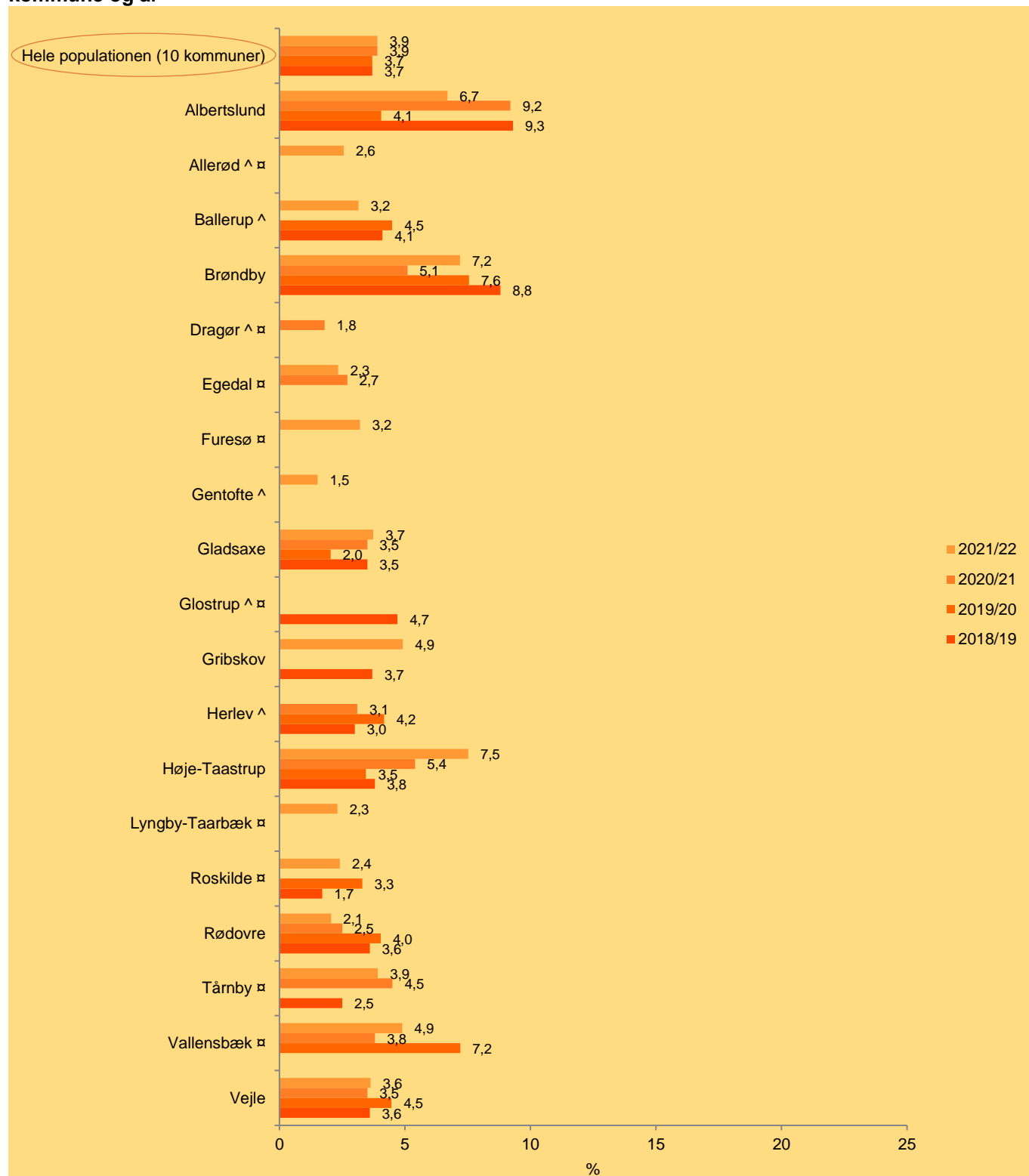
Figuren 36 viser, at andelen af unge, der har svær overvægt på baggrund af BMI, er 3,4 %. Andelen af unge med svær overvægt varierer fra 1,5 % til 7,5 % på tværs af kommunerne. Figur 37 viser, at andelen har svinget mellem 3,7 % og 3,9 % de seneste fire år for de ti kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 36. Andelen af unge med svær overvægt på baggrund af BMI ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N= 9.240)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

Figur 37. Andelen af unge med svær overvægt på baggrund af BMI ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (10 kommuner) indbefatter de 10 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

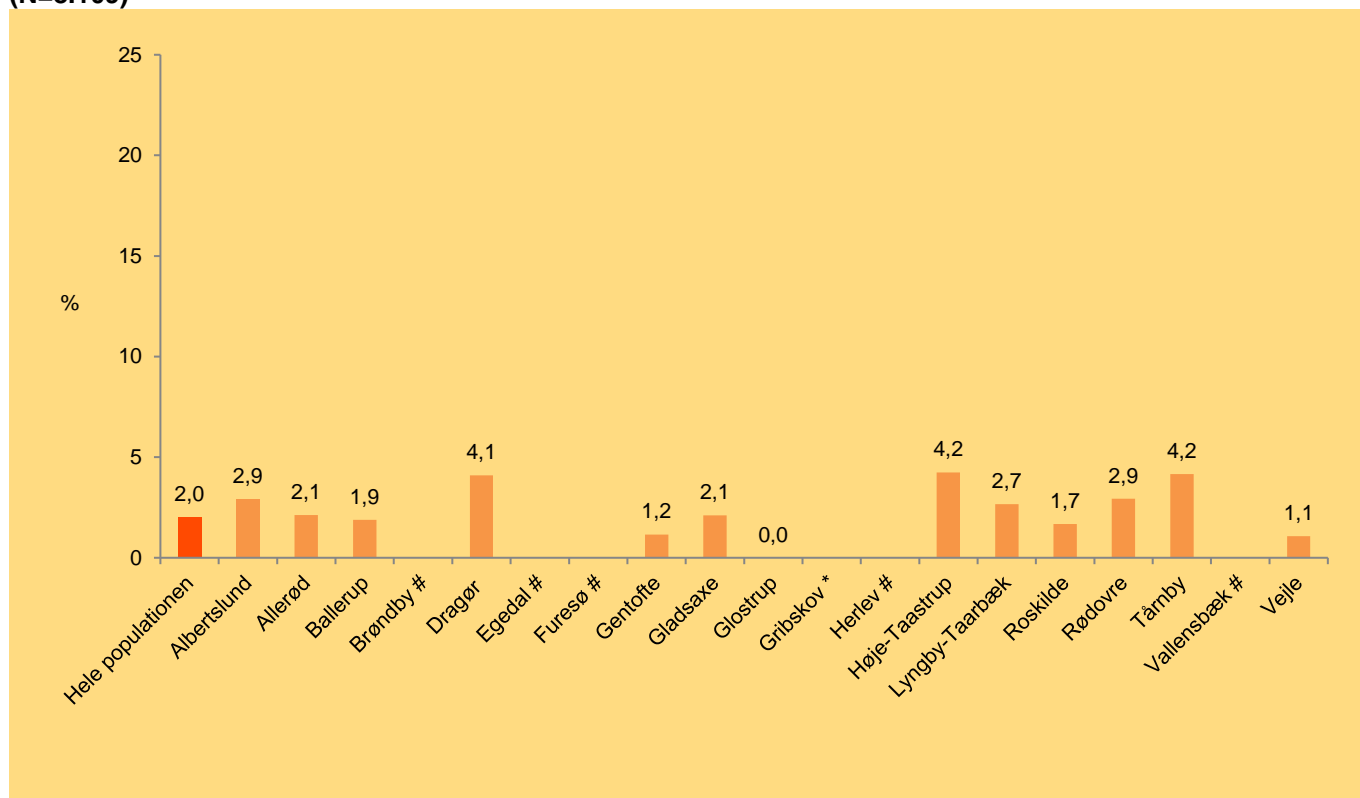
⊠ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skole-data det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

3.7 Tobak

Sundhedsplejersken noterer en bemærkning i journalen omkring tobak, hvis den unge ryger, også selvom det kun er til fester og/eller kun er vandpibe eller e-cigaretter. Figur 38 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til tobak opdelt efter kommune. Af figuren fremgår det, at 2,0 % af de unge har en bemærkning til tobak. Andelen svinger fra 0,0 % til 4,2 % kommunerne imellem. Andelen af unge med bemærkning til tobak har ligget mellem 1,7 % og 3,6 % de seneste fire år for de syv kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 39).

Forekomsten i hele populationen er dog lav sammenlignet med andre undersøgelser, og man kan derfor gøre sig overvejelser om, hvorvidt denne andel afspejler alle unge, der har prøvet at ryge. Den lavere forekomst kan blandt andet skyldes, at den unge bliver stillet spørgsmålet af sundhedsplejersken, og at svaret derfor ikke er anonymt.

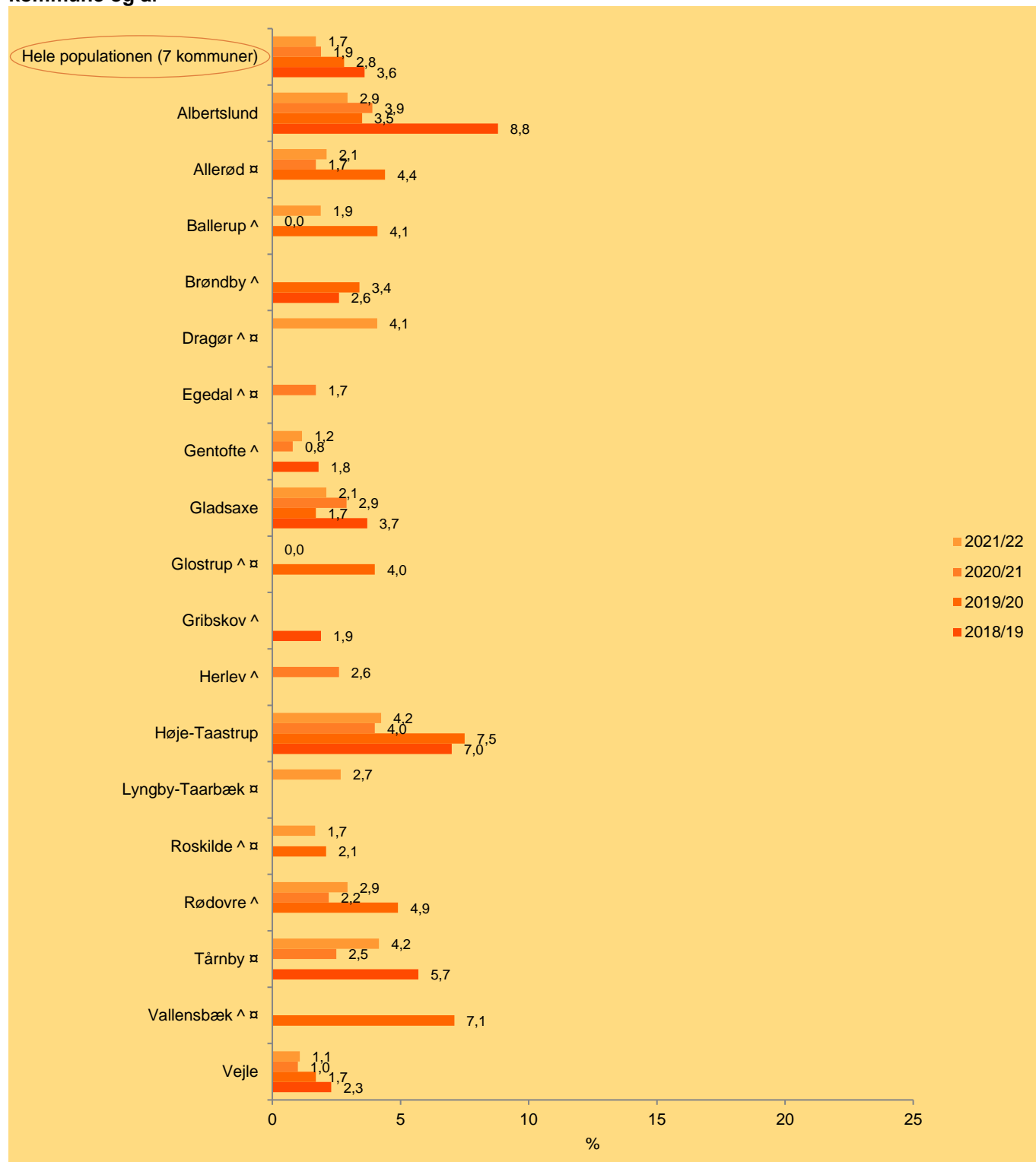
Figur 38. Andelen af unge med bemærkning til tobak ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.109)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Viser ikke, da andelen af missing er >40 %.

Figur 39. Udvikling i andelen af unge med bemærkning til tobak ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (7 kommuner) indbefatter de seks kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

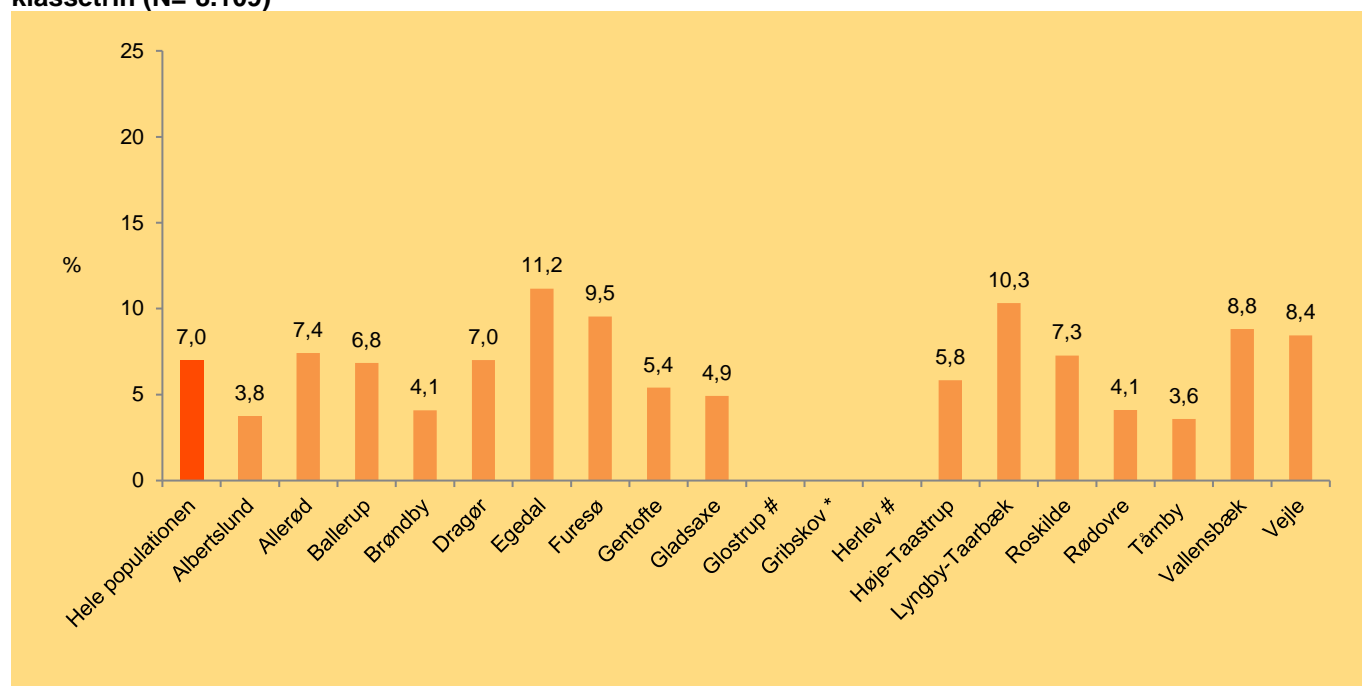
Furesø Kommune vises ikke, da kommunen har for få observationer i 2021/22 til, at det kan vises og ikke indgik med skoledata i 2018/19-2020/21.

3.8 Alkohol

Hvis den unge udøver risikoadfærd i forhold til indtag af alkohol, noterer sundhedsplejersken en bemærkning i journalen. Det kan for eksempel handle om, at den unge drikker regelmæssigt, flere gange om måneden, at den unge drikker sig fuld og/eller at den unge drikker i hverdagen.

Figur 40 viser andelen af unge med en bemærkning til alkohol opdelt på kommune. Figuren viser, at 7,0 % af de unge har en bemærkning til alkohol. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol svinger fra 3,6 % til 11,2 % kommunerne imellem. Figur 41 viser, at andelen af unge med bemærkning til alkohol har svinget mellem 5,5 % og 7,4 % de seneste fire år for de syv kommuner, der har oplysninger for alle år.

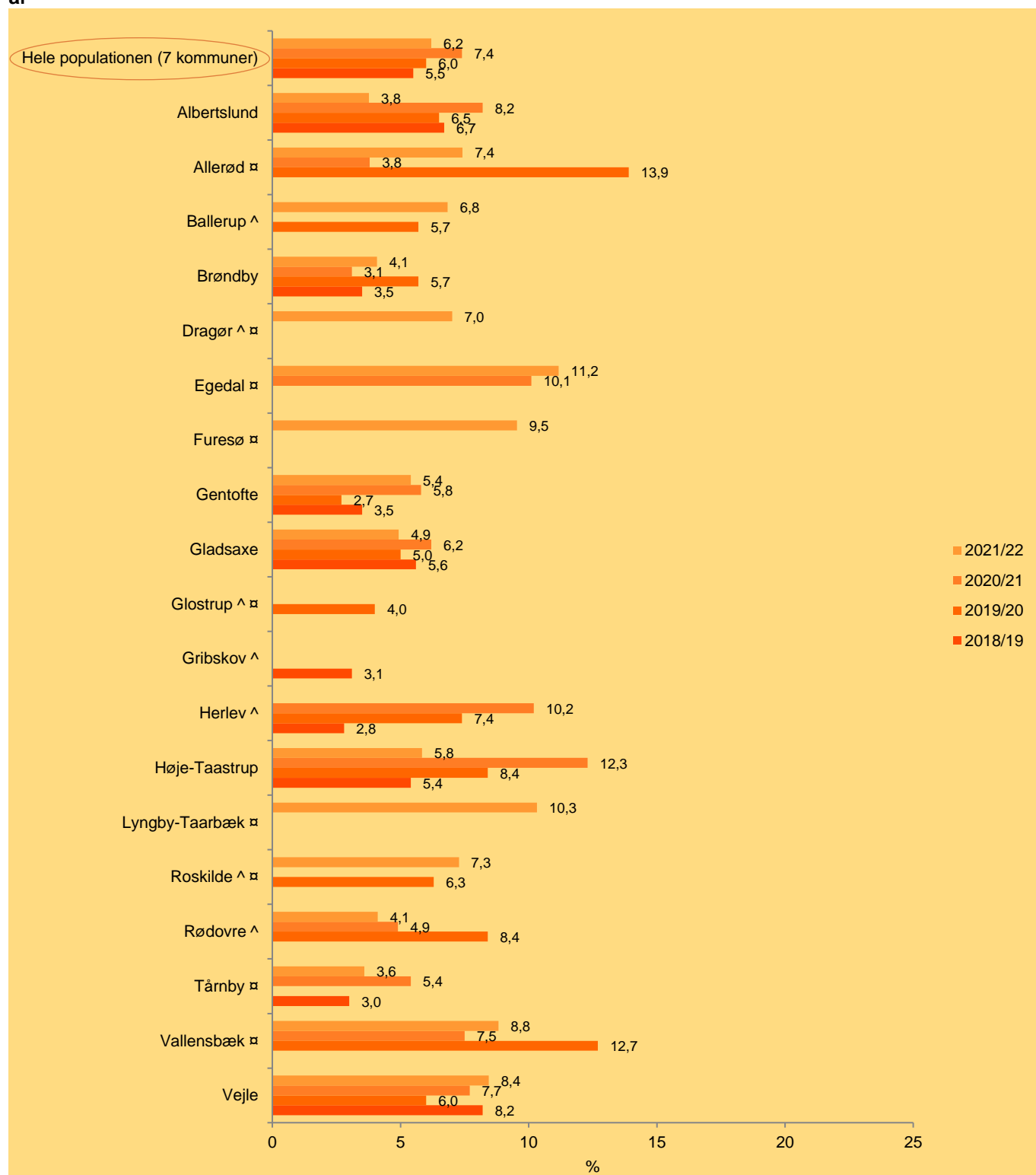
Figur 40. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og klassetrin (N= 8.109)



Viser ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.

* Viser ikke, da andelen af missing er >40 %.

Figur 41. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (7 kommuner) indbefatter de seks kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup og Vejle.

^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

4 Opsamling af sundhedsprofilen for skoleåret 2021/22

Denne sundhedsprofil med udvalgte variable fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er baseret på journaloplysninger om 10.079 børn, der er blevet indskolingsundersøgt, og 9.590 unge, der er blevet udskolingsundersøgt, i skoleåret 2021/22 i kommuner tilknyttet databasesamarbejdet.

Sundhedsprofilen om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2021/22 viser, at

- 5,2 % af børnene angiver generelt at trives dårligt, og 11,1 % af børnene angiver, at de trives dårligt i skolen.
- Forældrene vurderer, at 13,4 % bliver mobbet eller drillet, og at 2,2 % har tegn på problemer i forholdet til deres jævnaldrende
- Sundhedsplejerskerne vurderer, at 4,4 % af indskolingsbørnene har motoriske vanskeligheder.
- 3,8 % har en bemærkning til forældre-barn relationen.
- Der er 8,6 % af børnene med undervægt, mens der er 13,8 % med overvægt eller svær overvægt, og 3,7 % med svær overvægt.
- 5,0 % af indskolingsbørnene udsættes for tobaksrøg i hjemmet

Sundhedsprofilen om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2020/21 viser, at

- Sundhedsplejersken har noteret mindst én bemærkning til den unges generelle trivsel hos 14,0 % af de unge.
- Der er for 5,5 % af de unge noteret en bemærkning til trivslen i hjemmet.
- Det er for 6,7 % af de unge noteret en bemærkning til trivslen i skolen.
- For 2,4 % af de unge er der noteret en bemærkning til trivslen i forholdet til jævnaldrende.
- 19,0 % af de unge fået mindst én bemærkning til deres mentale sundhed.
- For 4,0 % af de unge har sundhedsplejersken noteret en bemærkning til psykisk sårbarhed.
- Der er for 17,0 % af de unge noteret mindst én bemærkning til søvnvaner.
- For 21,9 % af de unge i 8. klasse og 26,2 % af de unge i 9. klasse har sundhedsplejersken noteret mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion.
- andelen af unge med overvægt/svær overvægt er 16,8 % og heraf er andelen af unge med svær overvægt 3,4 %.
- For 2,0 % af de unge er der noteret en bemærkning til rygning.
- Der er for 7,0 % af de unge noteret en bemærkning til alkohol.

Sundhedsprofilen viser, at der for de fleste indikatorer er store forskelle i forekomsten kommunerne imellem. En stor del af kommuneforskellene skyldes formodentligt forskelle i borgernes sociodemografiske sammensætning, men også forskelle i kommunernes registreringer kan tænkes at spille ind. Vi vil derfor opfordre alle kommuner til at undersøge, hvordan de ligger i forhold til hele populationen og de foregående år, og således være opmærksom på de steder, hvor de ligger særlig højt eller lavt, med det formål at drøfte praksis for registrering. Det er vigtigt, at sundhedsplejerskerne fortsat mødes for at sikre den fælles registreringsmetode.

5 Referencer

- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, 320, 1240-3.
- Cole, T. J. & Lobstein, T. 2012. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*, 7, 284-94.
- Databasen Børns Sundhed. 2022. *Vejledning til den kvalitetssikrede Solteq Sund sundhedsplejerske journal juni 2022* [Online]. Available: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger [Accessed].
- Lichtenberg, A. 2003. Database som grundlag for vidensudvikling – data fra sundhedsplejerskernes daglige virksomhed. In: LORENSEN, M. & ØSTERGAARD-NIELSEN, G. (eds.) *Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og vidensudvikling*. København: Akademisk forlag.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Skovgaard, A. M., Wilms, L., Johansen, A., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Olsen, E. M. 2018. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*, 17.
- Sundhedsstyrelsen 2015. Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2019. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Uddannelses- Og Forskningsministeriet 2014. Den danske kodeks for integritet i forskning.