

Monitorering af børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd

En forundersøgelse

Tina Harmer Lassen
Hannah Ahrensberg
Johanne Aviaja Rosing
Camilla Thørring Bonnesen
Susan Ishøy Michelsen
Katrine Rich Madsen

Syddansk Universitet

Statens Institut
for Folkesundhed

Monitorering af børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd
En forundersøgelse

Tina Harmer Lassen
Hannah Ahrensberg
Johanne Aviaja Rosing
Camilla Thørring Bonnesen
Susan Ishøy Michelsen
Katrine Rich Madsen

Internt review: Janni Ammitzbøll

Copyright © 2024
Statens Institut for Folkesundhed,
SDU

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

Version 1.0

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-644-2

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

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Der er fra Sundhedsstyrelsens side et ønske om at undersøge mulighederne for at etablere en national børne- og ungesundhedsprofil, som kan give et samlet overblik over og viden om relevante aspekter af børn og unges sundhedstilstand. Derfor har Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet bedt Statens Institut for Folkesundhed om at udføre en forundersøgelse, som kan danne baggrund for det videre arbejde med at udvikle grundlaget for en national børne- og ungesundhedsprofil.

Rapporten *Monitorering af børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd – En forundersøgelse* indeholder således en kortlægning af eksisterende datakilder om 0-24-årige børn og unges sundhed, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge. Endvidere beskrives muligheder og barrierer for at samle disse datakilder i en kommende børne- og ungesundhedsprofil. Ud fra ekspertvurderinger afdækkes desuden, hvilke temaer inden for børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, der er mest essentielle at monitorere. For aldersgruppen 0-10 år afdækkes tillige, hvorledes udvalgte temaer bedst afdækkes i en sundhedsprofil målrettet aldersgruppen. Slutteligt er der foretaget styrkeberegninger af, hvor mange børn og unge, der skal inviteres for at opnå en spørgeskemaundersøgelse, der er repræsentativ på kommunalt niveau.

Rapporten er målrettet forskere, konsulenter og myndigheder, der på kommunalt, regionalt og nationalt niveau arbejder med børn og unges sundhed i et monitoreringsperspektiv. I særdeleshed er rapporten målrettet de forskere, konsulenter, myndigheder og øvrige parter, der skal indgå i arbejdet med videreudvikling af en national sundhedsprofil for børn og unge.

Rapporten er udarbejdet af Tina Harmer Lassen, Hannah Ahrensberg, Johanne Aviaja Rosing, Camilla Thørring Bonnesen, Susan Ishøy Michelsen og Katrine Rich Madsen.

En særlig tak til de mange, der har bidraget med deres ekspertise til denne forundersøgelse, både til afdækning af centrale dimensioner af sundhed i en børne- og ungesundhedsprofil, yderligere uddybning af aspekter heraf samt med værdifulde betragtninger og opmærksomhedspunkter til det videre arbejde med at udvikle en national sundhedsprofil for børn og unge. Alle bidragende eksperter fremgår af bilag 2 og 4.

Også en særlig tak til statistiker Michael Davidsen, som har bidraget til rapporten med et afsnit om styrkeberegning, og til ph.d.-studerende Sofie Weber Pant fra Statens Institut for Folkesundhed, der har bidraget med et afsnit om overvejelser og opmærksomhedspunkter i forbindelse med yngre børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser.

Forundersøgelsen er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen og finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriets rammeaftale for 2022-2023.

Morten Hulvej Rod

Direktør

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Indhold

Sammenfatning	5
1. Indledning	22
2. Formål	24
3. Metode	25
3.1 Kortlægning af potentielle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil.....	25
3.2 Muligheder og barrierer for at samle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil.....	27
3.3 Afdækning af vigtigste temaer i en børne- og ungesundhedsprofil	28
3.4 Yderligere specificering af indhold i sundhedsprofil for de 0-10-årige.....	32
3.5 Børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser.....	33
3.6 Styrkeberegninger til kommunalt repræsentativ sundhedsprofil.....	33
3.7 Ethiske forhold ved inddragelse af eksperter	35
4. Kortlægning af potentielle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil	36
5. Muligheder og barrierer for at samle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil.....	52
5.1 Småbørn (0-5 år)	55
5.2 Børn i grundskolealderen (6-15 år)	57
5.3 Unge (16-24 år)	60
6. Afdækning af vigtigste temaer i en børne- og ungesundhedsprofil.....	63
6.1 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for børn i aldersgruppen 0-5 år	63
6.2 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for børn og unge i aldersgruppen 6-15 år.....	70
6.3 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for unge i aldersgruppen 16-24 år	83
7. Yderligere specificering af indhold i en sundhedsprofil for de 0-10-årige	95
8. Børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser.....	123
9. Styrkeberegninger til kommunalt repræsentativ sundhedsprofil	125
Referencer	128
Bilag.....	142

Sammenfatning

Systematisk indsamling af data om børns og unges sundhed er vigtigt, da denne viden bidrager til national og kommunal planlægning og prioritering af forebyggende indsatser samt til national og international forskning om aldersgruppen.

Fra Sundhedsstyrelsens side er der et ønske om at undersøge mulighederne for at etablere en national børne- og ungesundhedsprofil, som monitorerer relevante aspekter af sundhed blandt børn og unge i alderen 0-24 år. Da der allerede eksisterer mange undersøgelser og data om børns og unges sundhed i Danmark, vil det være relevant at undersøge, i hvilket omfang disse datakilder kan danne udgangspunkt for en kommende monitoreringsundersøgelse, og hvor der eventuelt vil være behov for etablering af nye undersøgelser for aldersgrupper, hvor der ikke aktuelt gennemføres undersøgelser. Det er således hensigten fra Sundhedsstyrelsens side, at en national børne- og ungesundhedsprofil ikke etableres som endnu en undersøgelse, men i videst muligt omfang tager udgangspunkt i eksisterende datakilder, og der kun udvikles nyt i de tilfælde, hvor der ikke findes eksisterende data, der meningsfuldt kan kombineres. Desuden vil det være relevant at få udfoldet og prioriteret, hvilke dimensioner af sundhed og sundhedsadfærd der vurderes som mest relevante at monitorere i forskellige aldersgrupper.

Formål

Denne forundersøgelse har til formål at kortlægge datakilder, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år samt barrierer og muligheder for at samle disse datakilder i en kommende børne- og ungesundhedsprofil. Desuden er formålet at afdække, hvilke temaer inden for børns og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd der er mest essentielle at monitorere, og inden for udvalgte temaer, hvorledes disse bedst afdækkes i en sundhedsprofil målrettet aldersgruppen 0-10 år. Slutteligt er der foretaget styrkeberegninger af, hvor mange børn og unge der skal inviteres for at opnå en spørgeskemaundersøgelse, der er repræsentativ på kommunalt niveau.

Målgruppen i forundersøgelsen er inddelt i tre aldersgrupper: 0-5 år (småbørn), 6-15 år (børn i grundskolealderen) og 16-24 år (unge).

Nedenfor er metode og hovedresultater for hvert delformål sammenfattet.

Kortlægning af potentielle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil (kapitel 4)

Med henblik på at identificere og beskrive datakilder, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år, blev der foretaget en grundig søgning på danske datakilder, som herefter blev udvalgt på baggrund af opstillede in- og eksklusionskriterier (Tabel 3.1, afsnit 3.1).

Der blev identificeret 14 spørgeskemaundersøgelser, der opfylder inklusionskriterierne, og dermed potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende national sundhedsprofil for børn og unge. Heraf inkluderer 2 spørgeskemaundersøgelser småbørn i alderen fra 0 til 5 år, 3 spørgeskemaundersøgelser børn i grundskolealderen (6-15 år), og 11 spørgeskemaundersøgelser unge i aldersgruppen fra 16 til 24 år (Tabel 4.1, kapitel 4).

Endvidere blev der identificeret en lang række registre og databaser, der opfylder inklusionskriterierne (Tabel 4.2, kapitel 4).

Muligheder og barrierer for at samle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil (kapitel 5)

Kapitlet indeholder en diskussion af opmærksomhedspunkter for at samle de identificerede datakilder i en kommende national børne- og ungesundhedsprofil med inddragelse af opmærksomhedspunkter fra eksperter.

Opmærksomhedspunkter på tværs af de tre aldersgrupper:

Der er en lang række udfordringer forbundet med at skabe en sammenhængende og dækkende sundhedsprofil baseret på en kombination af allerede eksisterende spørgeskemaundersøgelser. De spørgeskemaundersøgelser, der er identificeret i kortlægningen, er målrettet forskellige aldersgrupper, dækker i varierende grad de temaer, som ønskes belyst i en kommende sundhedsprofil og har forskellige studiepopulationer, dataindsamlingsstidspunkter og -frekvens, hvilket udgør væsentlige udfordringer forbundet med at inddrage og kombinere disse data i en kommende børne- og ungesundhedsprofil.

En vigtig overvejelse i forbindelse med kombination af data fra forskellige spørgeskemaundersøgelser er, om der ønskes én samlet studiepopulation inden for de tre overordnede aldersgrupper, hvor der for det enkelte barn er data på alle indikatorer i sundhedsprofilen. Dette vil give mulighed for, at data kan kobles på individniveau på tværs af undersøgelser. Eller om man vil sammenstykke forekomster (prævalenser) af givne indikatorer i en sundhedsprofil baseret på data fra forskellige studiepopulationer i de forskellige spørgeskemaundersøgelser.

En væsentlig udfordring forbundet med at opnå én samlet studiepopulation, hvor der for det enkelte barn er data på alle indikatorer, er, at det kræver en harmonisering af deltagerne i undersøgelserne, herunder eventuel opskalering af antal deltagere i de eksisterende undersøgelser og eventuel ensretning af rekrutteringstilgang.

Hvis det ikke er en forudsætning, at børnene har samme alder ved alle indikatorer, kan en mulighed for at kombinere data fra to forskellige undersøgelser være at forskyde dataindsamlingsstidspunkterne med et fast interval. Blandt skolebørn vil man eksempelvis kunne indsamle data hos de samme børn hvert andet år, men med skiftende tematisk fokus, således at to overordnede grupperinger af temaer (eller to forskellige undersøgelser) belyses på skift hvert fjerde år.

Yderligere opmærksomhedspunkter vedrører, at der især for spørgeskemaundersøgelser, der er en del af et internationalt samarbejde, kan være restriktioner knyttet til fx indhold i spørgeskema, tidspunkt for dataindsamling og -frekvens, samplingsstrategi og studiepopulation mv., som der skal tages højde for, hvis disse undersøgelser skal levere data til en fremtidig sundhedsprofil.

Ved inddragelse af data fra etablerede spørgeskemaundersøgelser, der i forvejen publicerer rapporter mv., skal det desuden koordineres, hvorledes data kan indgå og publiceres i en kommende børne- og ungesundhedsprofil for at undgå uhensigtsmæssigt overlap.

Såfremt der ønskes en sundhedsprofil, der er repræsentativ på kommunalt niveau, kræver det en opskalering af studiepopulationen for størstedelen af de identificerede spørgeskemaundersøgelser, såfremt disse undersøgelser ønskes inddraget.

I regi af BørnUngeliv har kommunerne opbygget en infrastruktur og organisering for indsamling af data på kommuneniveau, hvorfor det vil være relevant at undersøge mulighederne for fremadrettet at anvende denne dataindsamlingsplatform til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil.

Nedenfor er indsat opmærksomhedspunkter for at samle data fra allerede eksisterende spørgeskemaundersøgelser identificeret i kortlægningen opdelt på de tre aldersgrupper.

Opmærksomhedspunkter vedrørende undersøgelser blandt småbørn (0-5 år)

Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en kommende børnesundhedsprofil, er *SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet* den af de identificerede spørgeskemaundersøgelser, der pt. dækker flest aldersgrupper blandt de 0-5-årige, har den største studiepopulation og samtidig indholdsmæssigt dækker en række af de undertemaer, som er vurderet relevante inden for udvikling, helbred og trivsel. Der vil dog være behov for en væsentlig tilpasning af indhold i *SPOR*, hvis undersøgelsen skal være dækkende for de hoved- og undertemaer, der er vurderet relevante til en kommende sundhedsprofil. Der kan derfor være behov for at etablere en ny spørgeskemaundersøgelse målrettet de 0-5-årige. Der er væsentlig supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

Opmærksomhedspunkter vedrørende undersøgelser blandt børn i grundskolealderen (6-15 år)

Der vurderes at være væsentlige barrierer for at kombinere data fra de identificerede spørgeskemaundersøgelser i aldersgruppen 6-15 år. Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en kommende børnesundhedsprofil, er *Skolebørnsundersøgelsen* indholdsmæssigt en af de identificerede spørgeskemaundersøgelser, der dækker flest relevante undertemaer, og hvor studiedesignet samtidig vurderes mest oplagt at integrere i en kommende sundhedsprofil. *Skolebørnsundersøgelsen* er desuden den undersøgelse, der har indsamlet tværsnitsdata over den længste periode (siden 1984). Der vil dog være behov for en vis tilpasning af indholdet, for at den indholdsmæssigt passer til de temaer, der er vurderet relevante i denne forundersøgelse. Aldersmæssigt dækker *Skolebørnsundersøgelsen* 11-15 år. Der er derfor behov for enten at etablere en ny spørgeskemaundersøgelse målrettet de 6-10-årige eller tilpasse form og indhold i eksisterende spørgeskemaundersøgelser, fx *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel*, som indsamler blandt 7-årige.

Der er supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

Opmærksomhedspunkter vedrørende undersøgelser blandt unge (16-24 år)

Der vurderes at være væsentlige barrierer for at kombinere data fra de identificerede spørgeskemaundersøgelser i aldersgruppen 16-24 år. Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en

kommende sundhedsprofil for unge, vurderes *Den Nationale Sundhedsprofil* (inkl. SUSY) at være den mest relevante spørgeskemaundersøgelse at inddrage. *Den Nationale Sundhedsprofil* dækker indholdsmæssigt en lang række af relevante undertemaer for aldersgruppen, den har en relativt stor studiepopulation, og samtidig indgår undersøgelsen ikke som en del af et internationalt samarbejde, som er en væsentlig barriere for at kunne tilpasse en undersøgelse til ønskerne for en kommende national sundhedsprofil for unge.

For at opnå en dækkende sundhedsprofil for aldersgruppen vil der dog være behov for en vis tilpasning af indholdet. Endvidere er en relativ lav svarprocent blandt unge generelt en udfordring i spørgeskemaundersøgelser, herunder også i *Den Nationale Sundhedsprofil*. Af hensyn til svarprocenten kan det derfor være hensigtsmæssigt at indsamle data via ungdomsuddannelserne, suppleret med rekrutteringstilgange rettet mod unge på arbejdsmarkedet (fx via digital post) og eventuelt rettet mod unge, der er uden for arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet, fx rekruttering via jobcentre. Ved en sådan tilgang kan spørgeskemaundersøgelsen *FGU 23 – Sundhed og trivsel* være meget relevant at inddrage. For de øvrige ungdomsuddannelser vil der i givet fald skulle etableres nye spørgeskemaundersøgelser, alternativt metodisk tilpasse eksisterende spørgeskemaundersøgelser. Det vil være muligt at supplere med oplysninger om skolerelateret trivsel fra Børne- og Undervisningsministeriets nationale trivselsmålinger fra ungdomsuddannelserne. For unge på arbejdsmarkedet og videregående uddannelse kan der eventuelt tages udgangspunkt i *Den Nationale Sundhedsprofil*. Der er øvrig supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

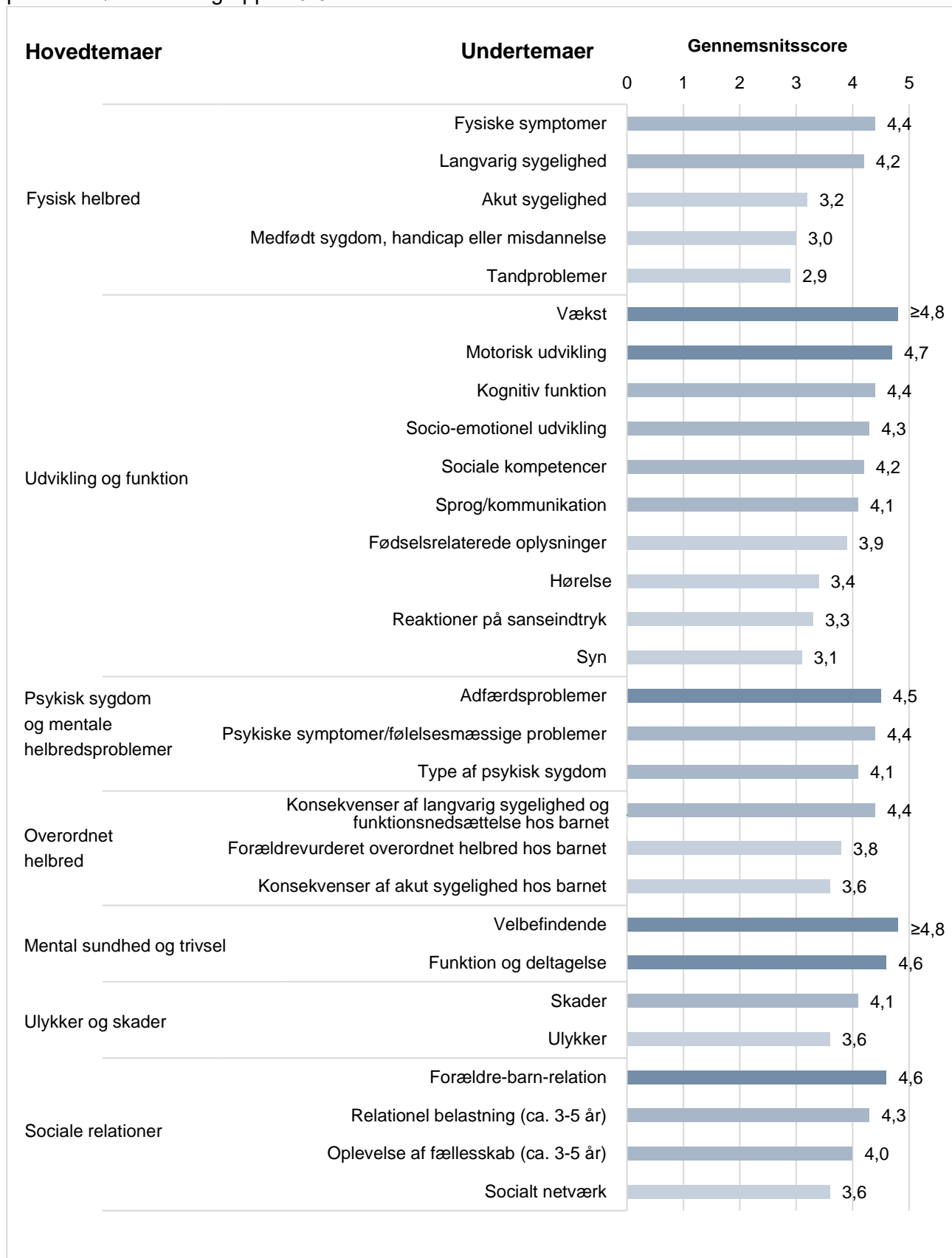
Afdækning af vigtigste temaer i en børne- og ungesundhedsprofil (kapitel 6)

Med henblik på at afdække, hvilke dimensioner af sundhed, trivsel og sundhedsadfærd der vurderes som mest relevante at monitorere i en kommende national børne- og ungesundhedsprofil, blev der gennemført en konsensusproces med eksperter i børn og unges sundhed via en Delphi-metode (jf. kapitel 3, afsnit 3.3). Ekspertpanelet bestod af repræsentanter fra en lang række relevante faglige selskaber samt forskere med en central rolle i gennemførelsen af store, nationale spørgeskemaundersøgelser blandt børn og unge. Eksperterne blev præsenteret for en række hoved- og undertemaer for børns sundhed, trivsel og sundhedsadfærd udvalgt ved gennemgang af eksisterende spørgeskemaundersøgelser. Via gentagne spørgeskemabesvarelser vurderede ekspertpanelet på en skala fra 1 til 5 relevansen af disse undertemaer inden for aldersgrupperne 0-5 år, 6-15 år og 16-24 år. Ekspertpanelet havde også mulighed for at tilføje, hvis de vurderede, at der manglede hoved- eller undertemaer.

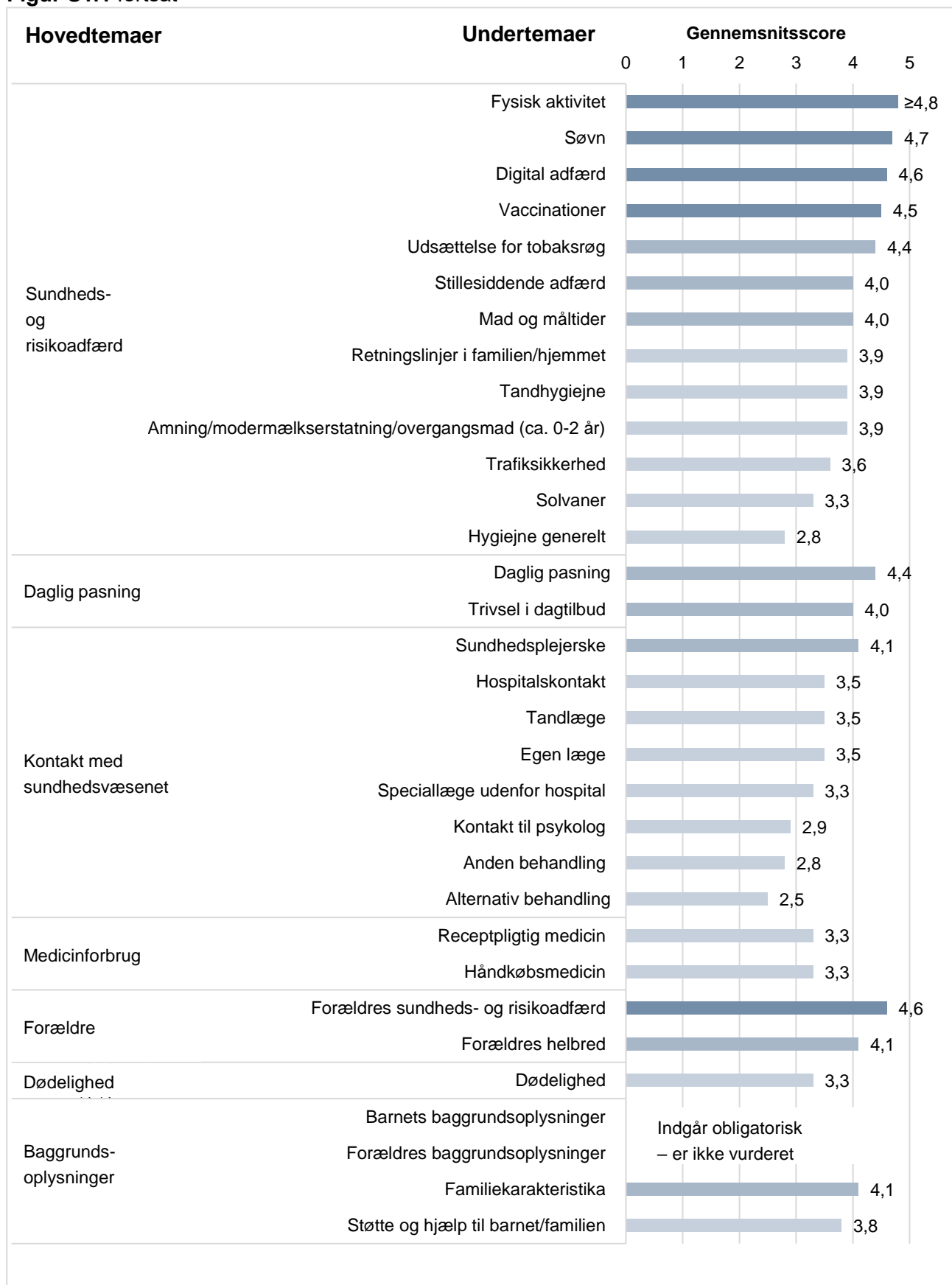
Nedenstående tabeller viser et overblik over resultaterne af Delphi-processen. Undertemaer, som har fået en score på henholdsvis 4,0-4,4 og $\geq 4,5$ er fremhævet særskilt i tabellerne. Fremhævningerne skal ikke ses som en specifik afgrænsning af, hvilke undertemaer der skal indgå i en kommende sundhedsprofil, men blot hvilke undertemaer ekspertpanelet har vurderet som de mest relevante. Resultaterne kan være med til at guide valg og fravalg af indhold i en børne- og ungesundhedsprofil fremover.

I kapitel 6 er undertemaerne mere indgående beskrevet, og der indgår et sammendrag af ekspertkommentarer for hvert hovedtema.

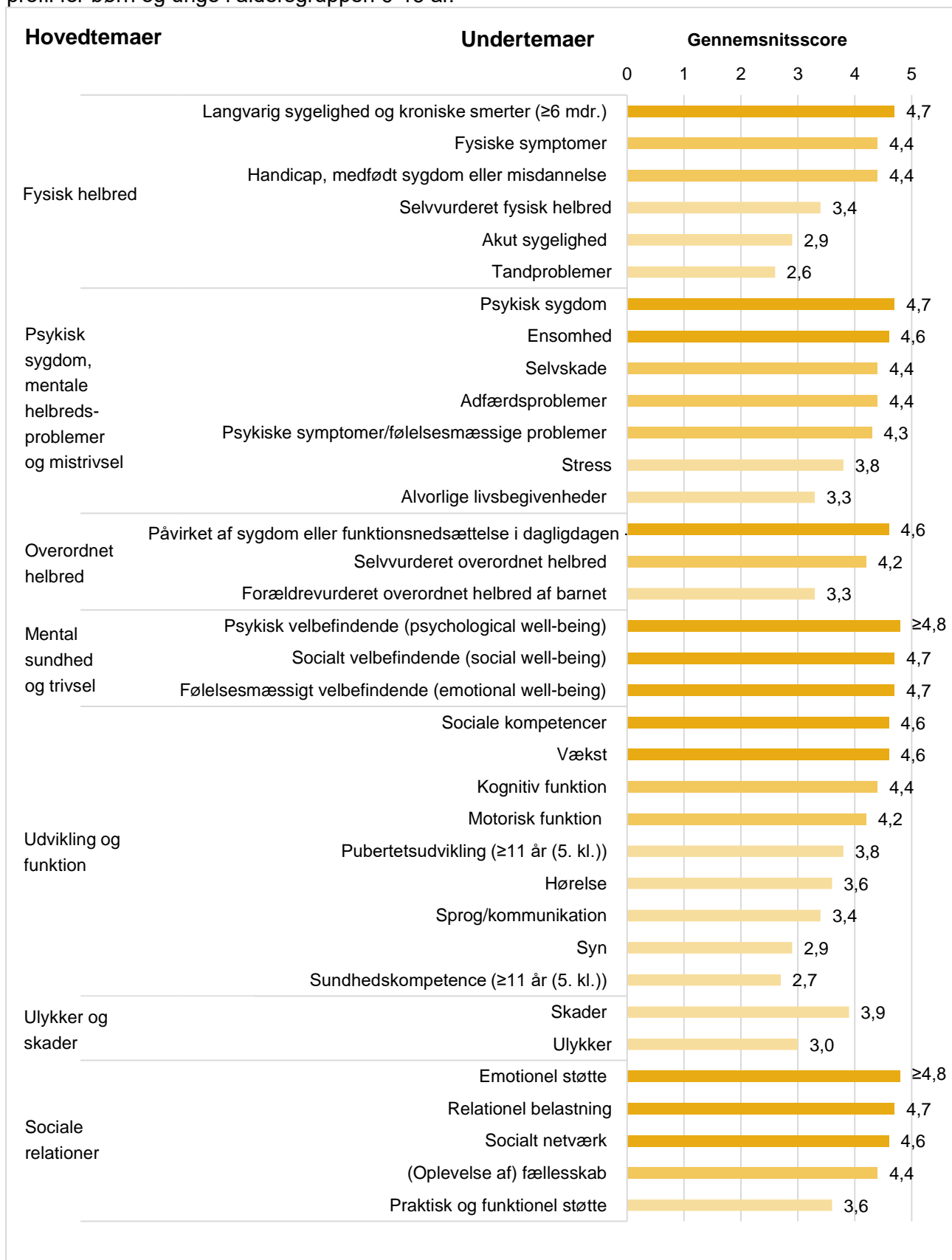
Figur S1.1 Gennemsnitsscore for relevans af undertemaer inden for hovedtemaer i en sundhedsprofil for børn i aldersgruppen 0-5 år.



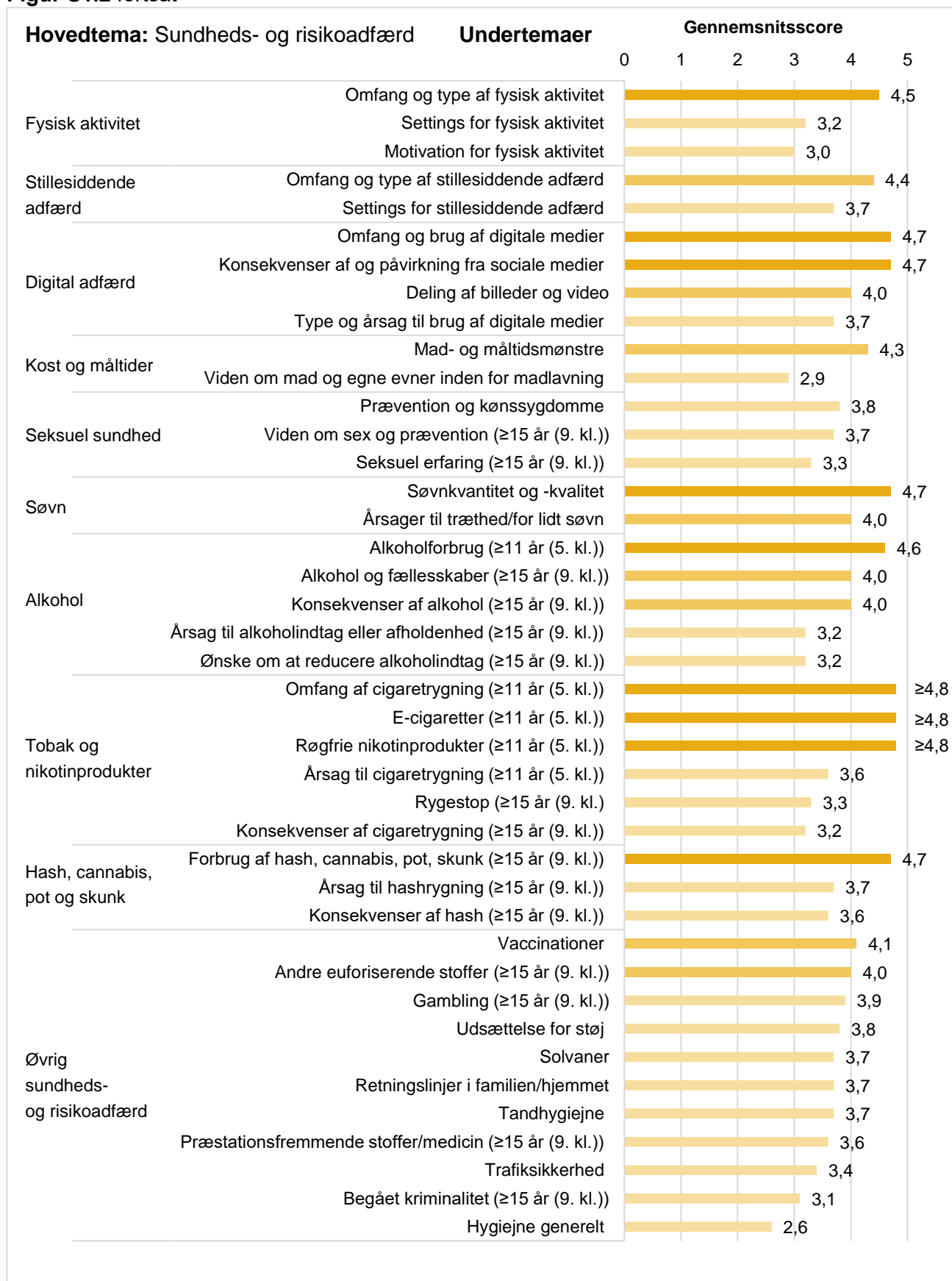
Figur S1.1 fortsat



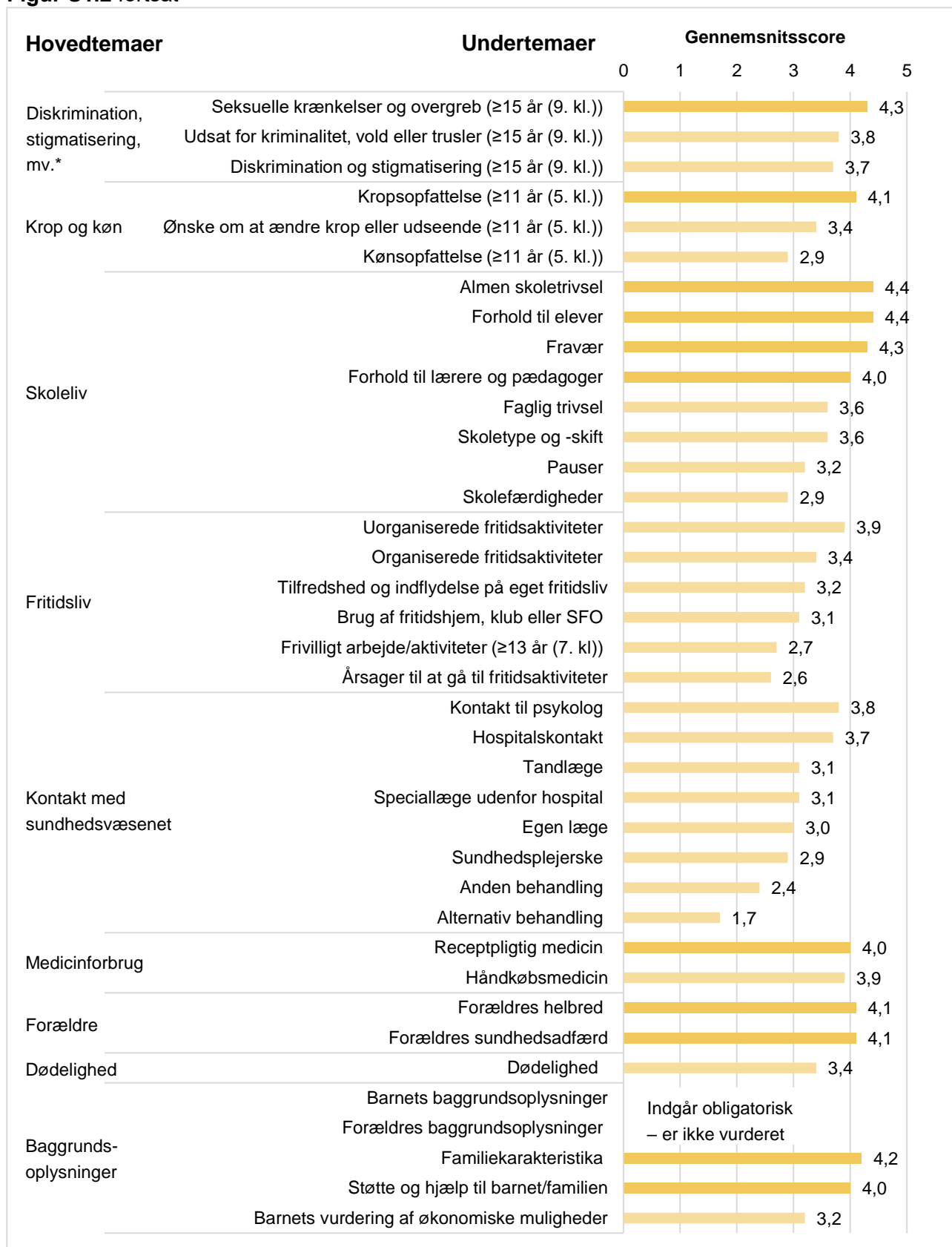
Figur S1.2 Gennemsnitsscore for relevans af undertemaer inden for hovedtemaer i en sundhedsprofil for børn og unge i aldersgruppen 6-15 år.



Figur S1.2 fortsat

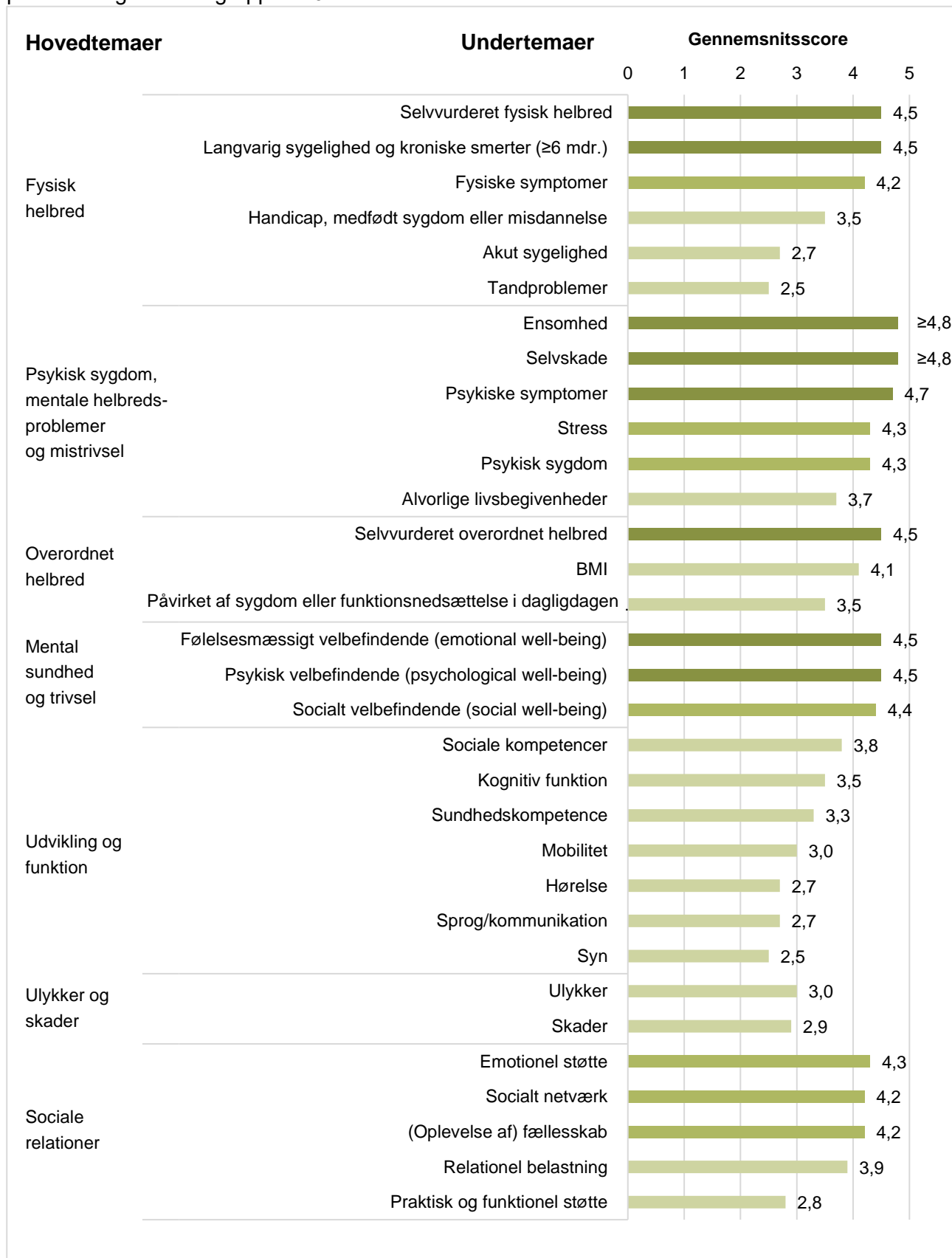


Figur S1.2 fortsat

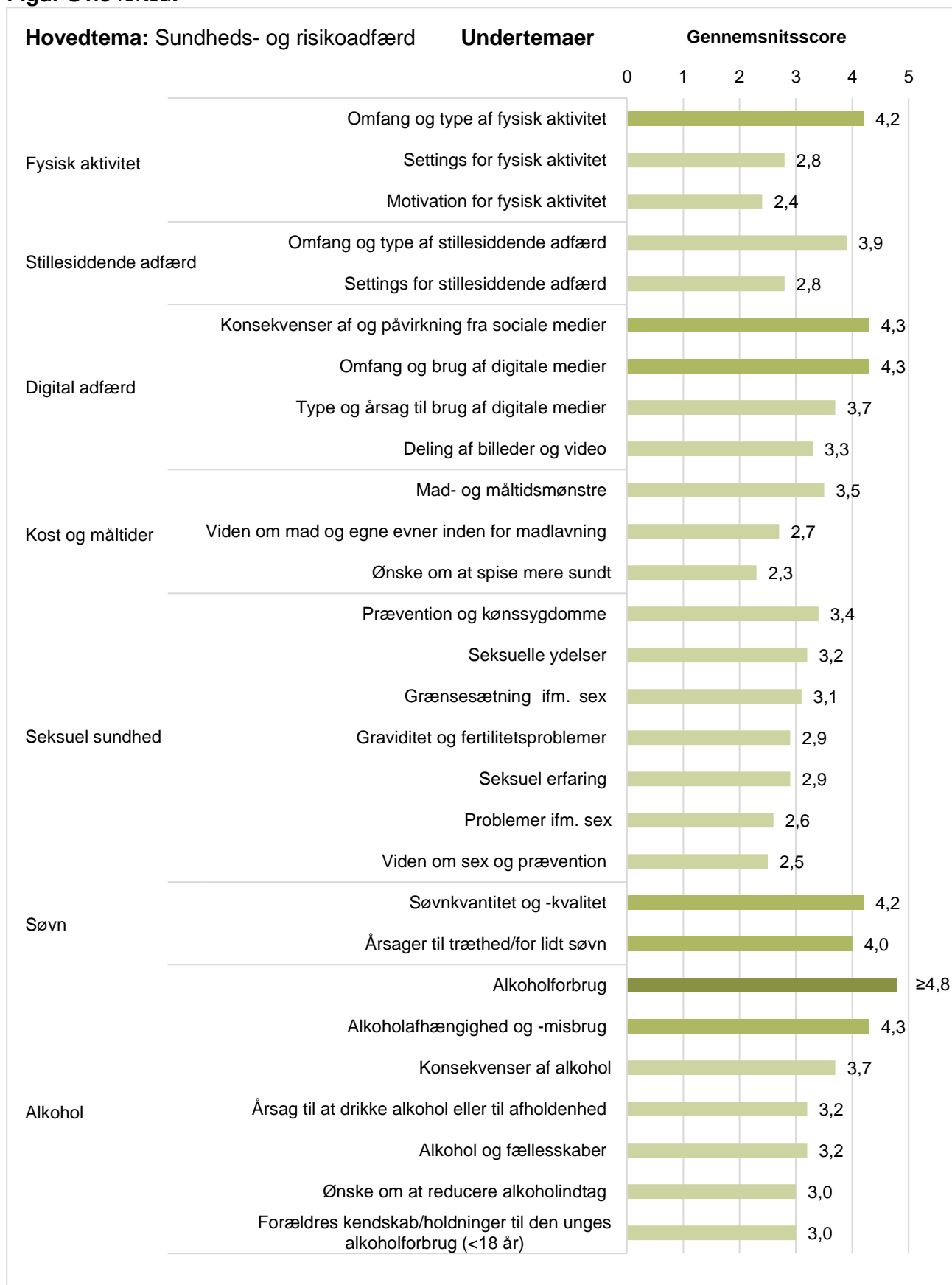


Noter: * Diskrimination, stigmatisering, seksuelle krænkelser, vold, trusler og kriminalitet

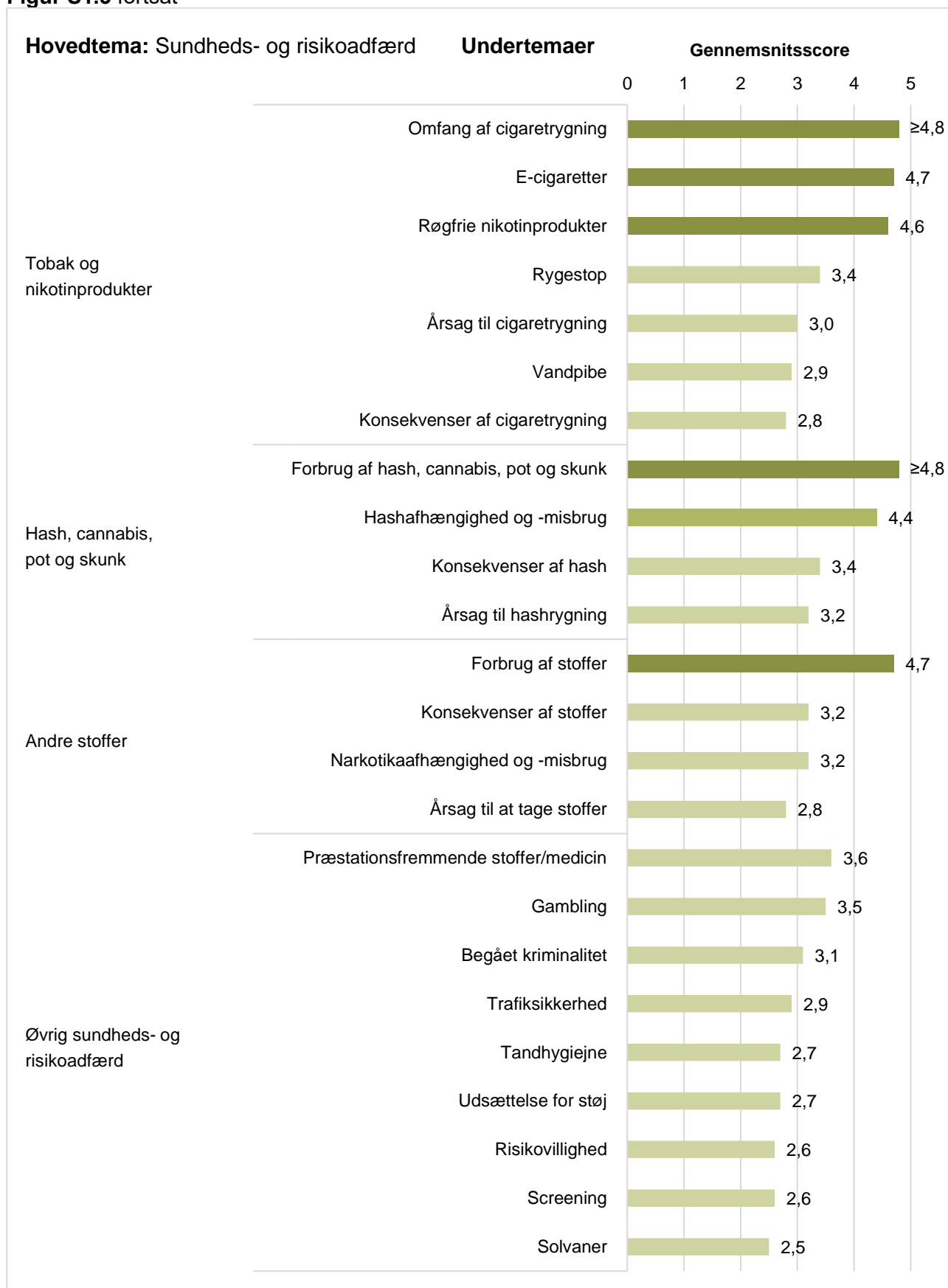
Figur S1.3 Gennemsnitsscore for relevans af undertemaer inden for hovedtemaer i en sundhedsprofil for unge i aldersgruppen 16-24-år.



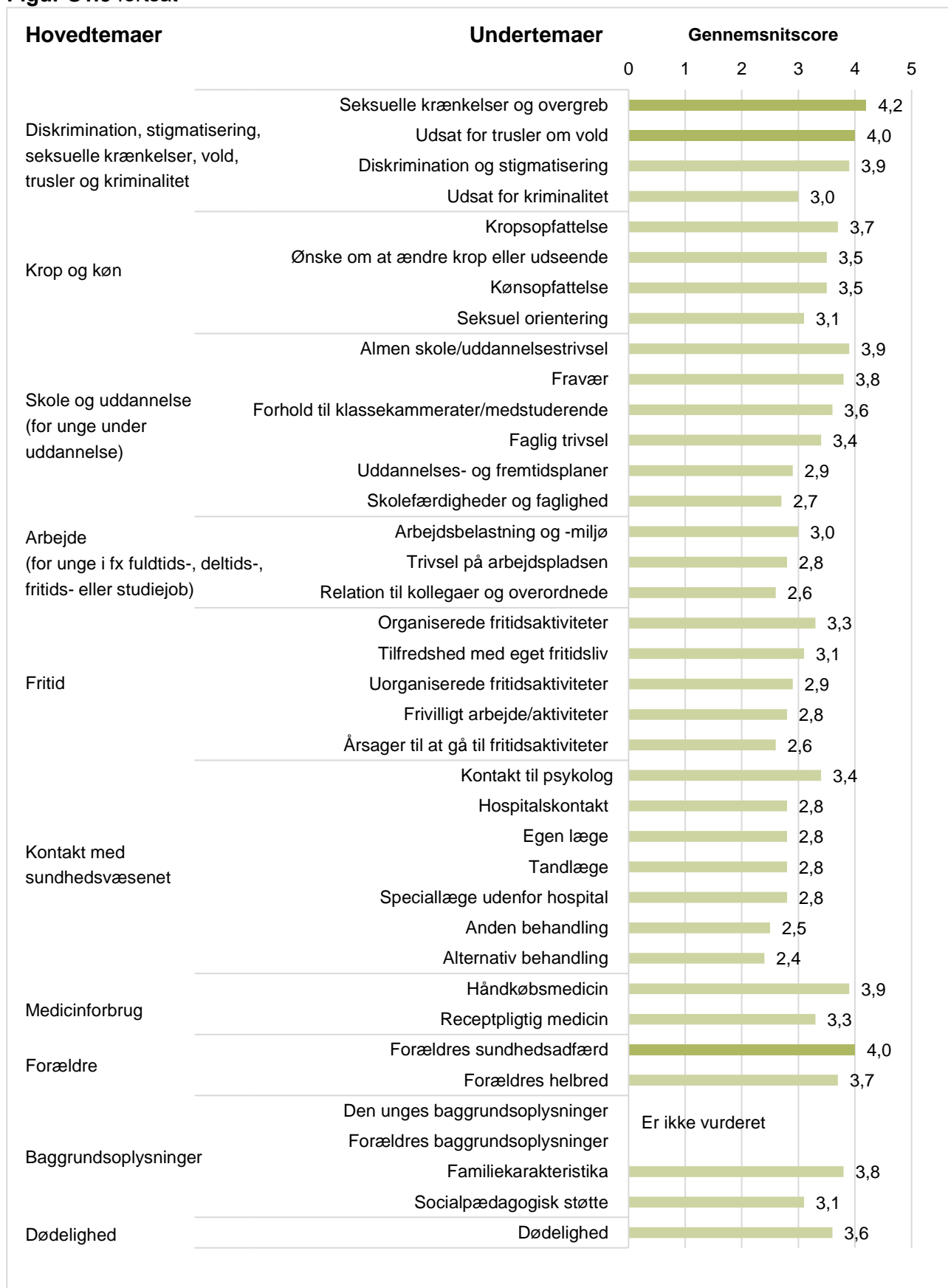
Figur S1.3 fortsat



Figur S1.3 fortsat



Figur S1.3 fortsat



Yderligere specificering af indhold i sundhedsprofil for de 0-10-årige (kapitel 7)

Da der identificeret få datakilder om de mindste børns sundhed (0-10-årige), blev der efter afslutningen af Delphi-processen igangsat en ekstra proces for at få eksperter perspektiv på, hvordan udvalgte hoved- og undertemaer bedst afdækkes.

Ekspertene skulle bidrage med en specificering af, hvilke *aspekter* af en række udvalgte undertemaer, der er vigtigst at monitorere, og hvordan den viden bedst muligt indhentes (via fx spørgeskemaer eller registre/databaser). Ekspertene blev udvalgt efter deres specialiserede viden baseret på forskning og/eller klinikken inden for det pågældende tema. En liste over eksperterne kan ses i bilag 4.

Følgende temaer indgik i processen:

- Fysisk helbred, Udvikling og funktion, Overordnet helbred, Fysisk aktivitet, Stillesiddende adfærd, Digital adfærd, Udsættelse for tobaksrøg, Søvn, Mentale helbredsproblemer samt Mental sundhed og trivsel.

Nedenfor er listet de aspekter (kursiv), eksperterne har udpeget som de vigtigste at monitorere for hvert undertema (fed skrift). I kapitel 7 fremgår desuden eksperternes anbefaling af datakilde (spørgeskema eller register/database), eventuel uddybning af spørgsmålsformulering eller registeroplysning, angivelse af for hvilke(n) aldersgruppe(r) det pågældende aspekt er relevant samt den mest velegnede respondent (forælder eller barnet selv), hvis der er angivet spørgeskema som datakilde.

Fysisk helbred

Fysiske symptomer: *Hovedpine (hyppighed), Mavepine (hyppighed), Smerter i bevægeapparatet (hyppighed) og Træthed og uoplagthed (hyppighed).*

Akut sygelighed: *Gentagende og langvarige infektioner (Hyppighed og varighed).*

Langvarig sygelighed/sygdom: *Lægediagnosticeret langvarig sygdom (≥3 mdr.) (Ja, Nej), Specifikke sygdomme.*

Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse: *Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse (ja, nej) Specifikke handicaps, medfødte sygdomme og misdannelser.*

Konsekvenser af langvarig sygelighed og funktionsnedsættelse hos barnet: *Tages der særlige hensyn i hjemmet, i daginstitutionen/skole, Kan indgå i fællesskaber, Kan indgå i daglige aktiviteter i skole/institution, Hyppighed af kontakt til sundhedsvæsenet (primærsektor / sekundærsektor), Sygedage/fravær, Kommunale indsatser (fx hjælpemidler, støtteperson, familierapi, Forældres påvirkning af barnets langvarige sygelighed eller funktionsnedsættelse.*

Udvikling og funktion

Vækst: *Længde og vægt og Højde og vægt.*

Syn: *Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til syn.*

Hørelse: *Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til hørelse.*

Sprog/kommunikation: *Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til kommunikation og Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til sprog.*

Motorisk udvikling og funktion: *Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til motorisk udvikling.*

(På tværs af undertemaerne syn, hørelse, sprog/kommunikation og motorik): *Bekymring for barnets udvikling i forhold til syn, hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik, Iværksatte indsatser i forhold til barnets udfordringer i forhold til syn, hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik, Konsekvenser af barnets udfordringer i forhold til syn, hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik.*

Overordnet helbred

Forældrevurderet overordnet helbred: *Forældres vurdering af barnets helbred sammenlignet med jævnaldrende børn.*

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet: *Intensitet, varighed, hyppighed, Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til fysisk aktivitet, Domæne for fysisk aktivitet, Overordnet mål for bevægelse, Motorik (grov- og finmotorik), Familiens generelle aktivitetsniveau/forældres aktivitetsniveau.*

Stillesiddende adfærd

Stillesiddende adfærd: *Total siddetid, herunder domæne for stillesiddende adfærd.*

Digital adfærd

Omfang og brug af skærm: *Skærmtid – hverdag, Skærmtid – weekend, Forældreinteraktion, Tidspunkt for skærmbrug, Egen oplevelse ("Synes du selv, at du bruger for meget tid på skærmaktiviteter?"), Egen mobiltelefon.*

Type og årsag til brug af digitale medier: *Skærmtype, Skærmindhold.*

Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier: *Påvirkning fra sociale medier, Afhængighed, Sociale medier ("Har du en profil på følgende sociale medier [...]?)."*

Udsættelse for tobaksrøg

Udsættelse for tobaksrøg: *Tobaksrygning i hjemmet, Brug af e-cigaretter i hjemmet, Udsættelse for tobaksrøg/damp fra e-cigaretter andre steder end i hjemmet.*

Søvn

Søvn: *Søvnlængde, Søvnkvalitet (i forhold til indsovning, antal opvågninger, om forældrene oplever, at barnet et udhvilet), Regelmæssig søvn, Forældres oplevelse af om barnets søvn er problematisk, Barnets oplevelse af om egen søvn er problematisk, Sundhedsplejerskerapporteret bemærkning til søvn, Melatonin-forbrug, Søvn sygdomme.*

Mentale helbredsproblemer samt Mental sundhed og trivsel

For de 0-3-årige vurderer ekspertgruppen, at følgende undertemaer bedst afspejler børns mentale sårbarhed: 1) Barnets regulering af søvn, 2) Regulering af appetit og spiseadfærd, 3) Regulering af følelsesmæssige udtryk, 4) Motorisk udvikling og aktivitet, 5) Nysgerrighed og interesse, 6) Social kontakt og interaktion, og 7) Sprogudvikling. Ekspertgruppen understreger desuden, at det er vigtigt også at monitorere mental sundhed og resiliens, men at dette kræver en operationalisering af begreberne.

For de 4-10-årige fremhæver ekspertgruppen spørgeskemaet *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* som det bedst egnede instrument til at måle mentalt helbred. Desuden foreslår gruppen at stille børnene i skolealderen nogle trivselsrettede spørgsmål, eventuelt opdelt i trivsel hjemme, trivsel i skolen og trivsel i fritidsordningen. Desuden foreslås det, at man anvender sundhedsplejerskejournaldata om trivsel fra indskolingsundersøgelsen.

Børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser (kapitel 8)

Ved etablering af en kommende sundhedsprofil er det væsentligt at overveje fra hvilken alder, børnene selv kan besvare et spørgeskema, samt validiteten af de svar, børnene afgiver.

I den sammenhæng vurderer ekspertpanelet det som uhensigtsmæssigt at indsamle data blandt børn yngre end 6 år ved at spørge børnene selv på grund af børnenes kognitive niveau i den alder. Samtidig vurderes det, at validiteten af svar fra børn i alderen 4-5 år er ukendt. Vedrørende børn i aldersgruppen 6-10 år fremhæves det af ekspertpanelet, at det vil være oplagt at benytte den fremtidige sundhedsprofil til at undersøge validiteten af spørgeskemasvar fra den aldersgruppe.

I forlængelse heraf beskrives det i litteraturen, at det er vigtigt at tilpasse spørgeskemaerne til børnenes kognitive niveau, når man skal udarbejde spørgeskemaer til børn i 0.-3. klasse. Det fremhæves ligeledes, at det er vigtigt, at spørgeskemaet omhandler emner, som barnet er bekendt med. Spørgsmålene bør desuden formuleres enkelt og i et sprog, som børnene forstår, og spørgeskemaerne bør desuden ikke indeholde mere end 20 spørgsmål, da det ikke forventes, at

børnene kan fastholde koncentrationen i længere tid. Ligeledes er det vigtigt med simple og få svarkategorier (mest hensigtsmæssigt med kun tre svarkategorier), da flere svarkategorier bliver for abstrakt. For at sikre, at alle børn i 0.-3. klasse kan besvare spørgsmålene uanset læsefærdigheder, bør der være mulighed for individuel oplæsning af spørgsmålene, og der bør altid være en lærer eller en anden voksen til stede, når børnene skal udfylde spørgeskemaet for at kunne hjælpe, hvis der opstår spørgsmål undervejs.

Styrkeberegninger til kommunalt repræsentativ sundhedsprofil (kapitel 9)

Med henblik på at kunne udforme en kommende national sundhedsprofil, der er repræsentativ på kommunalt niveau, er der foretaget beregninger af, hvor mange deltagere, der som minimum skal indgå i kommende sundhedsprofil, for at den vurderes til at være repræsentativ på kommunalt niveau. I beregningerne indgår aldersgrupperne: 0, 2, 5, 7, 9, 11, 13 og 15 år (metodemæssige antagelser for beregningerne er beskrevet i kapitel 3, afsnit 3.6).

Styrkeberegningerne viser, at der samlet set som minimum skal indgå 138 *deltagere* i en spørgeskemaundersøgelse inden for hver aldersgruppe per kommune (uanset kommunens størrelse). Dette er det nødvendige antal for, at studiepopulationen vurderes til at udgøre et repræsentativt udsnit af målgruppen i forhold til alder og køn i den givne kommune, og at resultaterne fra undersøgelsen dermed kan præsenteres med tilstrækkelig statistisk styrke for drenge hhv. piger inden for aldersgruppen for den enkelte kommune (jf. kapitel 3, afsnit 3.6).

Den forventede svarprocent er afgørende for, hvor mange der skal *inviteres* til en spørgeskemaundersøgelse. I kapitel 9 er der indsat en oversigt over det antal personer inden for en given aldersgruppe, der som minimum skal *inviteres* i en spørgeskemaundersøgelse for, at stikprøven (dvs. det tilfældigt udtrukne antal personer til undersøgelsen) bliver tilstrækkelig stor, opdelt på forventet svarprocent.

Eksempelvis skal der for aldersgruppen 0 år som minimum inviteres (en forælder til) 276 børn per kommune ved en forventet svarprocent på 50% for at nå de 138 deltagere. For en række af landets kommuner er der færre børn i den specifikke aldersgruppe bosat i kommunen end det nødvendige antal at invitere. For disse kommuner vil det ved nogle indikatorer derfor ikke være muligt at opdele resultaterne på køn, og/eller flere aldersgrupper vil skulle lægges sammen, mens nogle indikatorer ikke vil kunne vises.

1. Indledning

Barndom og ungdom er perioder i livet karakteriseret af store fysiske såvel som mentale forandringer, som påvirker sundheden her og nu og på sigt (1). De fleste børn og unge er sunde og raske og trives godt, men en række danske undersøgelser peger på, at der er et betydeligt mindretal af børn og unge, som ikke udvikler sig alderssvarende, har kronisk eller alvorlig sygdom, trives dårligt eller har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (2-7). Systematisk indsamling af data om børns og unges sundhed er vigtig, da denne viden bidrager til national og kommunal planlægning og prioritering af forebyggende indsatser samt til national og international forskning om aldersgruppen (8).

Fra Sundhedsstyrelsens side er der et ønske om at undersøge mulighederne for at etablere en national børne- og ungesundhedsprofil, som monitorerer relevante aspekter af sundhed blandt børn og unge i alderen 0-24 år. Da der allerede eksisterer mange undersøgelser og data om børn og unges sundhed i Danmark, vil det være relevant at undersøge i hvilket omfang, disse datakilder kan danne udgangspunkt for en kommende monitoreringsundersøgelse, og hvor der eventuelt vil være behov for etablering af nye undersøgelser.

Nationale registre indeholder nogle informationer om børn og unges sundhed. Det kan fx være information om sundhedsplejerskerapporteret højde og vægt blandt børn i indskolingen fra *Den Nationale Børnedatabase* (9), tilslutning til børnevaccinationsprogrammet fra *Det Danske Vaccinationsregister* (10, 11) eller kontakt med sundhedsvæsenet fra *Landspatientregisteret (LPR3)* (12) og *Sygesikringsregisteret* (13). Desuden eksisterer der en række spørgeskemaundersøgelser med forskellige aldersmæssige afgrænsninger. Eksempelvis har Statens Institut for Folkesundhed, SDU, siden 2002 monitoreret sundhed blandt børn i det første leveår, i indskolings- samt udskolingsalderen via samarbejdet *Databasen Børns Sundhed* (14), blandt 11-15-årige skolebørn ved *Skolebørnsundersøgelsen* siden 1984 (3) og blandt unge fra 16 år i *Den Nationale Sundhedsprofil* siden 2010 (6). Tilsvarende har VIVE ligeledes gennemført en lang årrække gennemførte kohortebaserede monitoreringsundersøgelser blandt børn og unge med fx *Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995* (15), *SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet* (16) og *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17). Desuden gennemfører foreningen BørnUngeLiv kommunale sundhedsprofiler for danske kommuner gennem spørgeskemaundersøgelser blandt børn og unge i alderen fra 0-30 år (18). Ligeledes gennemfører Børne- og undervisningsministeriet årlige trivselsmålinger blandt alle børn i folkeskolen samt blandt unge på gymnasiale uddannelser, erhvervsuddannelser og den forberedende grunduddannelse (19-22).

Der er således mange forskellige datakilder om børn og unges sundhed, men der findes på nuværende tidspunkt ikke et samlet overblik over, hvilke data om danske børn og unges sundhedstilstand der indsamles systematisk og inden for hvilke aldersgrupper. Der er derfor behov for en kortlægning af eksisterende datakilder, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende sundhedsprofil samt at belyse muligheder og barrierer for at samle disse datakilder til en national monitorering af børn og unges sundhedstilstand.

Til en kommende børne- og ungesundhedsprofil vil det endvidere være relevant at afdække, hvilke dimensioner af sundhed en sundhedsprofil skal indeholde for at være relevant og fyldestgørende inden for de forskellige aldersgrupper.

Definitioner af sundhed

Begrebet sundhed defineres af Sundhedsstyrelsen som *"en tilstand hos et individ eller en gruppe af individer karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel"* (23). Definitionen er inspireret af WHO's sundhedsbegreb fra 1948, hvor sundhed defineres som: *"en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke alene fravær af sygdom eller svækkelse"* (23, 24).

Ligeledes med afsæt i WHO's flerdimensionelle forståelse af sundhedsbegrebet er sundhed blandt netop børn beskrevet i en dansk kontekst til at omfatte (23, 25):

- *En udvikling, der er aldersvarende med hensyn til vækst, sanser og motorisk, psykisk og social udvikling*
- *Funktionsevner eller kompetencer på et aldersvarende niveau*
- *En grundstemning præget af livsmod og glæde*
- *Fravær af alvorlig eller tilbagevendende sygdom*

Sundhed kan således beskrives som et samlebegreb, der dækker over flere dimensioner (26). Med så bred en definition af sundhed blandt børn og unge følger også et væld af perspektiver, som sundhed kan belyses ud fra (23-25, 27). Sundhedsadfærd, forstået som de handlinger, mennesker udfører for sig selv eller for andre, og som på kort eller lang sigt påvirker sundheden (betegnes også risikoadfærd, når der er tale om en negativ påvirkning på sundheden) (28, 29), er i et forebyggelsesperspektiv ligeledes særdeles relevant at monitorere blandt børn og unge (30, 31).

Til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil vil det således være relevant at få udfoldet og prioriteret hvilke dimensioner af sundhed og sundhedsadfærd, der vurderes som mest dækkende og relevante at monitorere i forskellige aldersgrupper. I denne rapport tages udgangspunkt i den brede forståelse af sundhedsbegrebet og sundhedsadfærd, og omtales overordnet som "sundhed, trivsel og sundhedsadfærd".

Etablering af en national sundhedsprofil for børn og unge

Etablering af en national børne- og ungesundhedsprofil har til formål at give viden om status og udvikling i centrale indikatorer for børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, som kan anvendes til at understøtte politisk beslutningstagning samt til forskning i børns og unges sundhed (8, 32). På politisk og myndighedsniveau vil vidensgrundlaget være et vigtigt redskab i tilrettelæggelsen af såvel nationale som lokale indsatser til forbedring af sundhed og trivsel blandt børn og unge og vil kunne anvendes til at monitorere og evaluere forebyggende indsatser og strategier. En monitoreringsundersøgelse vil således øge den evidensbaserede og dataunderstøttede beslutningstagning.

De data, som indsamles til en sundhedsprofil, vil samtidig udgøre et unikt datagrundlag for forskning af høj international kvalitet i børn og unges sundhed, herunder forskning, der undersøger det komplekse samspil af forhold, som påvirker sundhed og sygdom blandt børn og unge, samt forskning, som udvikler og kvalificerer metoder og validitet omkring data (32, 33).

2. Formål

Formålet med denne forundersøgelse til en kommende national sundhedsprofil for børn og unge er at:

- 1) Kortlægge og beskrive datakilder, der systematisk indsamler data om 0-24-årige børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd i Danmark, og som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil.
- 2) Afdække hvilke muligheder og barrierer der er for, at de identificerede datakilder kan samles i en national børne- og ungesundhedsprofil.
- 3) Afdække hvilke dimensioner af sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, der er vigtigst at monitorere i en sundhedsprofil inden for aldersgrupperne 0-5 år, 6-15 år og 16-24 år.

Da de 0-10-åriges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd er sparsomt belyst i Danmark, er der behov for mere viden om, hvordan denne viden kan etableres i en kommende børnesundhedsprofil. Derfor er formålet med forundersøgelsen desuden at:

- 4) Undersøge hvorledes udvalgte temaer inden for sundhed for aldersgruppen 0-10 år bedst muligt afdækkes (fx hvilke aspekter skal indgå, indhentes data bedst ved brug af registre eller spørgeskema, og hvem kan bedst besvare i en spørgeskemaundersøgelse (barnet selv eller barnets forældre?)). Desuden beskrives overvejelser og opmærksomhedspunkter i forbindelse med yngre børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser.

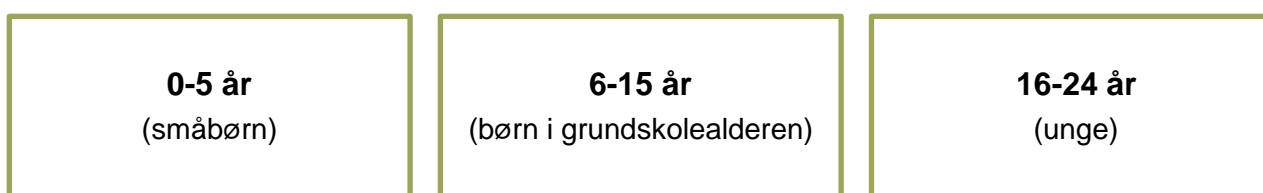
Slutteligt vil der i forundersøgelsen blive undersøgt:

- 5) Hvor mange respondenter, der skal inviteres for at opnå en undersøgelse, der er repræsentativ på kommunalt og nationalt niveau.

3. Metode

Inddeling i aldersgrupper

Indledningsvist blev målgruppen for forundersøgelsen inddelt i tre overordnede aldersgrupper af hensyn til de store udviklingsmæssige forskelle på tværs af alderen 0 til 24 år, og ud fra et metodisk hensyn. Således er der store forskelle i mulige arenaer og metoder for dataindsamling inden for hver aldersgruppe, fx dataindsamling via spørgeskema til forældrene eller til barnet/den unge i skolen, på uddannelsessteder eller via digital post:



3.1 Kortlægning af potentielle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil

Med henblik på at identificere og beskrive datakilder, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år (delformål 1), blev der foretaget en grundig søgning på danske datakilder, som blev udvalgt på baggrund af opstillede in- og eksklusionskriterier (tabel 3.1).

Datakilderne blev identificeret ved samråd hos forskere i børn og unges sundhed samt ved en gennemgang af hjemmesider hos relevante forskningsinstitutioner, videnscentre og registeransvarlige institutioner, der indsamler data om sundhed, trivsel og sundhedsadfærd blandt danske børn og unge (fx VIVE, TrygFondens Børneforskningscenter og Sundhedsdatastyrelsen). Endvidere blev der taget personlig kontakt til enkelte organisationer med henblik på at få uddybet information om specifikke datakilder, som ikke kunne indhentes direkte fra hjemmesider. Med henblik på at udpege eventuelle manglende spørgeskemaundersøgelser eller registre blev den endelige liste over identificerede datakilder gennemgået af en række forskere på SIF, der arbejder med større befolkningsundersøgelser omkring børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. Desuden blev listen sendt til Kommunernes Landsforening med henblik på at få påpeget eventuelle manglende kommunale registre eller databaser. Der er således tilstræbt at foretage en grundig afdækning af potentielle datakilder, men vi kan ikke udelukke, at vi kan have overset potentielt relevante datakilder.

Tabel 3.1 viser in- og eksklusionskriterier for at indgå som datakilde i kortlægningen. De er opstillet ud fra et overordnet kriterie om, at kilderne kan indgå i en fremtidig national sundhedsprofil uden væsentlige metodiske tilpasninger. For at kunne følge en udvikling over tid, er det således en

forudsætning, at datakilden følger en ensartet metode og dataindsamling i hver dataindsamlingsrunde, fx med en række af kernespørgsmål, der gentages, og ved at målgruppen er den samme i forhold til alder/klassetrin. Populationen i datakilden skal desuden udgøre et repræsentativt udsnit af børn og/eller unge i Danmark eller hele populationen (fx fra registre), så der kan generaliseres til børn og/eller unge i hele Danmark. Da der er tale om en kommende sundhedsprofil for børn og unge inddrages også skole- og uddannelsesinstitutionsbaserede undersøgelser til trods for, at disse er afgrænset i forhold til skole- eller uddannelsesinstitutionstype, fx gymnasiale uddannelsesinstitutioner. Desuden er det en forudsætning, at der i datakilden indsamles information om barnets eller den unges CPR-nummer, så data fra forskellige datakilder kan kobles på individniveau. Dette giver også mulighed for at lave opfølgende undersøgelser af børnene senere i livet, fx ved at koble data med registeroplysninger. Desuden skal der være tale om danske undersøgelser/data, hvor målgruppen inkluderer børn og unge inden for aldersgruppen 0-24 år.

Slutteligt er der afgrænset til spørgeskemaundersøgelser, som bredt indsamler information om børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, dvs. ikke har et mere snævert hovedfokus på fx fysisk aktivitet, ensomhed eller kost. Dette kriterie er opstillet ud fra en praktisk hensyntagen til, at der findes mange af denne type mere tematisk fokuserede undersøgelser, og det ikke vurderes tidsmæssigt og praktisk muligt at kombinere oplysninger fra mange undersøgelser med blot få relevante oplysninger til en kommende sundhedsprofil. Register/databaser er afgrænset til dem, der indsamler information inden for temaerne sundhed, trivsel, sundhedsadfærd eller relevante baggrundsoplysninger.

Tabel 3.1 In- og eksklusionskriterier i kortlægning af datakilder, som potentielt kan bidrage med data til en kommende national sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år

<i>Inklusionskriterier</i>	1)	Gentagen spørgeskemaundersøgelse (tværsnitsundersøgelse), dvs. at undersøgelsen er gennemført mindst én gang, og der er planlagt en gentagelse af undersøgelsen ud fra samme metode, fx i forhold til deltagernes alder/klassetrin, samplingstrategi og spørgsmål i spørgeskemaet. <i>Eller</i> Administrativt indsamlet data/register (fx Landspatientregisteret, sundhedsplejerske-journaldata).
	2)	Data er repræsentativt for målgruppen på nationalt niveau.
	3)	Der indsamles information om CPR-nummer på barnet/den unge.
	4)	Danske undersøgelser/data.
	5)	Målgruppen for dataindsamlingen er børn og/eller unge inden for aldersgruppen 0 til 24 år.
	6)	Spørgeskemaundersøgelse, der bredt indsamler information om sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, dvs. ikke primært har et snævert hovedfokus på få emner fx fysisk aktivitet, ensomhed eller kost. <i>Eller</i>

		Register/database, der indsamler information inden for temaerne sundhed, trivsel, sundhedsadfærd eller relevante baggrundsoplysninger.
<i>Eksklusionskriterier</i>	1)	Lukkede kohortestudier, hvor der ikke inkluderes nye deltagere inden for studiets opfølgningstid.
	2)	Interventionsstudier.

De identificerede datakilder, som opfylder de opstillede inklusionskriterier, blev listet op i et Excel-ark opdelt på henholdsvis spørgeskemaundersøgelser og registre/databaser. Spørgeskemaundersøgelserne er beskrevet ud fra følgende punkter:

- Generel information om undersøgelsen (titel, link, organisation og kort beskrivelse af undersøgelsen og dens formål)
- Studiepopulation (aldersgruppe/klassetrin, respondenter på spørgeskemaet (fx børn, forældre, sundhedsplejerske), studiepopulationens størrelse ved seneste dataindsamlingsår)
- Dataindsamling (inklusionskriterier for deltagerne, dataindsamlingsmetode (fx elektronisk spørgeskema/interviewbaseret, besvares i skolen/hjemmet), dataindsamlingsår og -frekvens).
- Temaer i undersøgelsen
- Eventuelle kommentarer til datakilden i forhold til at indgå i en fremtidig sundhedsprofil.

Alle inkluderede datakilder i kortlægningen er beskrevet i oversigtsform i kapitel 4, og alle spørgeskemaundersøgelser er beskrevet i detaljer i bilag 1.

3.2 Muligheder og barrierer for at samle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil

I kapitel 5 diskuteres opmærksomhedspunkter for at samle identificerede datakilder til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil (delformål 2). Som supplement til arbejdsgruppens egen vurdering af muligheder og barrierer for at samle de identificerede datakilder i én sundhedsprofil, blev der inddraget opmærksomhedspunkter fra de ekspertpaneler, der via en Delphi-proces bidrog med afdækning af de vigtigste hoved- og undertemaer af sundhed (se beskrivelse i afsnit 3.3). Således blev eksperterne i et spørgeskema (i tredje og sidste runde af Delphi-processen) spurgt om udfordringer og barrierer i forbindelse med udarbejdelse af en fremtidig sundhedsprofil for børn og unge. Heriblandt muligheden for at samle, erstatte eller supplere eksisterende datakilder, opmærksomhedspunkter vedrørende dataindsamlingsmetoder, samt hvordan det sikres, at alle børn og unge bliver repræsenteret i en fremtidig undersøgelse. Eksperternes besvarelser heraf for hver aldersgruppe er sammenfattet og præsenteret i kapitel 5.

3.3 Afdækning af vigtigste temaer i en børne- og ungesundhedsprofil

For at afdække, hvilke dimensioner af børn og unges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd der er de væsentligste at inkludere i en kommende sundhedsprofil (delformål 3), blev der gennemført en konsensusproces med eksperter i børn og unges sundhed via en Delphi-metode (34-36). Delphi-metoden er en proces, hvor et panel af eksperter skal opnå konsensus ved hjælp af gentagne spørgeskemabesvarelser og feedback til ekspertpanelet, og processen anvendes typisk inden for områder med begrænset eller ingen viden eller evidens (34-36). I denne forundersøgelse omfattede processen:

- 1) Udvælgelse af eksperter til at indgå i Delphi-processen.
- 2) Udarbejdelse af en oversigt over mulige hoved- og undertemaer i en kommende sundhedsprofil på baggrund af indhold i eksisterende undersøgelser om børn og unges sundhed. Oversigten blev udformet til et spørgeskema.
- 3) Udpegning af de vigtigste hoved- og undertemaer af sundhed fra eksperter via spørgeskemaer.

Nedenfor er de enkelte dele af Delphi-processen beskrevet yderligere.

Udvælgelse af eksperter til Delphi-processen

Der blev nedsat tre ekspertpaneler til Delphi-processen for at repræsentere de tre aldersgrupper 0-5 år, 6-15 år og 16-24. Fokus for ekspertpanelernes sammensætning var at inddrage eksperter, der har forskningsbaseret erfaring og viden om børn og unges sundhed gennem tidligere gennemførelse af sundhedsprofiler blandt målgruppen og/eller professionel klinisk/praktisk erfaring og viden om børn og unges sundhed. Således blev der inviteret eksperter via relevante faglige selskaber samt forskere, der har haft en central rolle i gennemførelsen af store, nationale spørgeskemaundersøgelser blandt børn og unge (3, 6, 14-17, 19, 37-46). De inviterede faglige selskaber var:

- Dansk Pædiatrisk Selskab
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP-DK)
- Børne- og Ungdomspædagogernes Landsforbund
- Landsforeningen for Socialpædagoger (LFS)
- Dansk Psykolog Forening (DP)
- Danmarks Lærerforening (DFL)
- Ungdomsuddannelsernes Vejlederforening (UUVF)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

De faglige selskaber var selv ansvarlige for at udpege én eller flere repræsentanter til at indgå i ekspertgruppen afhængigt af, hvilke(n) aldersgruppe(r) det var muligt for dem at repræsentere. DSAM havde ikke mulighed for at deltage, hvorfor Forskningsenheden for Almen Praksis

(Syddansk Universitet) i stedet blev kontaktet med henblik på at invitere alment praktiserende læger til at deltage som eksperter i projektet.

I bilag 2 ses en liste over alle forskere og repræsentanter fra de faglige selskaber, der har deltaget i Delphi-processen, i alt 26 personer.

Oversigt over mulige hoved- og undertemaer i en kommende sundhedsprofil

Som forarbejde til udviklingen af de spørgeskemaer, som eksperterne skulle besvare i Delphi-processen, blev der inden for hver af de tre aldersgrupper foretaget en afdækning af hvilke hoved- og undertemaer, der indgår i danske registre/databaser og større spørgeskemaundersøgelser om børn og unge i Danmark. Formålet med at afdække eksisterende indhold var at danne et kvalificeret udgangspunkt for eksperterne i Delphi-processen. I afdækningen blev der inkluderet alle datakilder, som blev identificeret i forbindelse med kortlægningen af potentielle datakilder til en kommende sundhedsprofil (jf. afsnit 3.1) samt en række yderligere centrale danske kohorteundersøgelser, forløbsundersøgelser og børne/unge-sundhedsprofiler, der har indsamlet data om børns og/eller unges sundhed. Disse yderligere undersøgelser er listet i Bilag 3.

Tabel 3.2 viser et eksempel på, hvordan informationen fra datakilderne (spørgsmål fra spørgeskemaer og registeroplysninger) blev systematiseret ved at kategorisere i henholdsvis hovedtemaer, undertemaer og eksempler på aspekter af undertemaer. Der blev primært udvalgt information fra eksisterende spørgeskemaundersøgelser.

Tabel 3.2 Eksempel på kategorisering i hovedtema, undertema og eksempler på aspekter af undertema

Hovedtema	Undertema*	Aspekter af undertema (eksempler)
Udvikling og funktion	Syn	Brug af briller
		Nedsat syn
		Synshandicap
		Skelen
	Sprog/kommunikation	Stammen
		Talevanskeligheder
Forsinket sprogudvikling		

*Ikke alle identificerede undertemaer inden for hovedtemaet er præsenteret i denne tabel.

Baseret på inspiration fra internationale initiativer til anbefalinger for måling af børns sundhed (32, 47, 48) samt det brede sundhedsbegreb for børn (jf. afsnit i indledning) blev der taget udgangspunkt i følgende tilgang i udvælgelsen af, hvilke hoved- og undertemaer der skulle medtages i oversigten til ekspertpanelet:

Informationen skal være af væsentlig betydning for (folke)sundheden inden for den pågældende aldersgruppe af børn og unge. Således skal den enkelte indikator udgøre en aktuel byrde eller styrke – enten for det enkelte barn/den unge, fx i form af ubehag/smerte, sygefravær, god eller dårlig trivsel, gode sociale relationer, forsinket udvikling mv., eller i et samfundsmæssigt eller økonomisk perspektiv, fx i forbindelse med brug af sundhedsvæsenet (47). Ligeledes fokuseres på

relativt hyppigt forekommende indikatorer, dvs. meget sjældne sygdomme eller fænomener inkluderes ikke. Endvidere inddrages determinanter for sundhed eller trivsel, som er associeret eller er en væsentlig årsag til sygelighed eller trivsel og mistrivsel, fx barnets/den unges sundheds- og risikoadfærd, sociodemografiske oplysninger samt forældrenes helbred og sundhedsadfærd (32, 47, 48). Fokus har i den sammenhæng været på barnets/den unges aktuelle sundhed, trivsel og sundhedsadfærd inden for den sociale kontekst, barnet/den unge færdes i, mens der ikke er inkluderet strukturelle eller kontekstuelle faktorer såsom det politiske, kulturelle og fysiske miljø omkring barnet/den unge.

Desuden var det en forudsætning, at der kan indhentes data om den pågældende indikator enten via registre/journaler eller via spørgeskema. Ved indsamling af oplysninger om det enkelte barn fra spørgeskemaer blev der af praktiske hensyn afgrænset til indikatorer, som kan indhentes via besvarelser fra forældre eller børn/unge, da indsamling af spørgeskemadata til en sundhedsprofil på nationalt niveau kræver en stor studiepopulation. Således er indsamling af data via fx accelerometre, blodprøver eller via svar fra fx pædagoger eller lærere i barnets institution/skole ikke medtaget i denne forundersøgelse, men vil dog kunne inddrages fremadrettet.

Slutteligt blev der udelukkende gennemgået danske undersøgelser, da de udvalgte hoved- og undertemaer skal være relevante i en dansk kontekst.

Oversigten over mulige hoved- og undertemaer blev gennemgået i arbejdsgruppen på SIF og tilrettet med henblik på at opnå ensartethed på tværs af de tre aldersgrupper. Enkelte gange blev andre forskere fra SIF med ekspertise inden for konkrete områder af børn og unges sundhed konsulteret, hvis der var tvivl om, hvilket hoved- eller undertema bestemte spørgsmål/oplysninger skulle kategoriseres i. Til hvert undertema blev der indsat eksempler på hvilke aspekter af undertemaet, et givent undertema kan indeholde (se også tabel 3.2).

Eksemplerne på aspekter af undertemaet havde til formål at synliggøre, hvad undertemaet kan indeholde, så eksperterne i den efterfølgende Delphi-proces havde mulighed for at vurdere undertemaerne ud fra den samme forståelse af de enkelte undertemaer.

De aldersopdelte lister med hovedtemaer, undertemaer og eksempler på aspekter af undertemaet blev sat op som elektroniske spørgeskemaer i SurveyXact og dannede udgangspunkt for den efterfølgende konsensusproces.

I spørgeskemaerne til ekspertpanelerne indgik der for aldersgruppen 0-5 år 61 undertemaer fordelt på 14 hovedtemaer. For aldersgruppen 6-15 år indgik der 114 undertemaer fordelt på 17 hovedtemaer, mens der for aldersgruppen 16-24 år indgik 122 undertemaer fordelt på 18 hovedtemaer.

Delphi-proces: Eksperternes besvarelse af tre runder af spørgeskemaer

For at opnå konsensus om indholdet af en kommende sundhedsprofil for børn og unge skulle de deltagende eksperter over tre omgange besvare et elektronisk spørgeskema. Besvarelserne var anonyme for de andre deltagere. I første runde fik eksperterne præsenteret de identificerede hovedtemaer, undertemaer og eksempler på aspekter af undertemaerne (som beskrevet ovenfor) i

det elektroniske spørgeskema. Formålet med første runde var, at eksperterne skulle vurdere relevansen af hvert undertema i en sundhedsprofil på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 er højeste relevans. Eksperterne havde yderligere mulighed for at kommentere og tilføje, hvis de mente, at der manglede hoved- eller undertemaer. Eksperterne blev indledningsvis instrueret i, at der ikke skulle tages stilling til, hvordan data til det enkelte undertema skal indhentes (fx via spørgeskema eller register), men blot vurdere, om undertemaet er relevant til at indgå i en kommende sundhedsprofil.

Efter endt besvarelse af første runde gennemgik arbejdsgruppen på SIF ekspertgruppens kommentarer, og indarbejdede relevante input i spørgeskemaet til anden runde. Dette var eksempelvis ændringer i undertemaets navn, tilføjelse eller ændringer i eksempler på aspekter af undertemaet eller tilføjelse af en specifik aldersgrænse for undertemaet. Derudover blev der beregnet en gennemsnitsscore for hvert undertema ud fra eksperternes vurdering af undertemaernes relevans på en skala fra 1 til 5.

Formålet med anden runde af spørgeskemabesvarelsen var at præsentere eksperterne for gennemsnitsscoren for hvert undertema fra første runde og bede dem om at genvurdere undertemaernes relevans på en skala fra 1 til 5. Ændringer indsat på baggrund af eksperternes kommentarer fra første runde fremgik af spørgeskemaet med en farvemarkering. I denne runde var der også mulighed for at kommentere på hoved- og undertemaer, fx hvis den afgivne vurdering afveg væsentligt fra ekspertgruppens samlede gennemsnitsværdi. Efter endt besvarelse af anden runde gennemgik arbejdsgruppen på SIF igen eksperternes kommentarer og beregnede en gennemsnitsscore for hvert undertema ud fra de nye besvarelser.

Formålet med tredje og sidste runde var at præsentere eksperterne for den endelige vurdering (gennemsnitsscoren) af undertemaernes relevans fra anden runde og give dem mulighed for at kommentere på resultatet, men uden at de skulle angive en score igen. I tabel 3.3 er indsat antallet af deltagere i de tre runder af Delphi-processen.

Tabel 3.3 Antal deltagere i de tre aldersopdelte ekspertpaneler i de tre runder af Delphi-processen

	Småbørn (0-5-årige)	Børn i grundskolealderen (6-15-årige)	Unge (16-24-årige)
	12 eksperter	12 eksperter	14 eksperter
1. runde	11 besvarelser	11 besvarelser	13 besvarelser
2. runde	9 besvarelser	9 besvarelser	12 besvarelser
3. runde	9 besvarelser	6 besvarelser	8 besvarelser

Note: Flere eksperter var repræsenteret i mere end én af de tre aldersgrupper, og enkelte besvarelser blev udfyldt af to eksperter i fællesskab.

Den endelige gennemsnitsscore for hvert undertema er præsenteret i kapitel 6. Endvidere er der i kapitel 6 sammenfattet kommentarer fra eksperterne til hvert hovedtema, som af arbejdsgruppen på SIF blev vurderet som relevante at inddrage i rapporten.

3.4 Yderligere specificering af indhold i sundhedsprofil for de 0-10-årige

Den indledende kortlægning viste, at der er få undersøgelser, der indsamler data om de 0-10-åriges sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, som lever op til inklusionskriterierne og således vil kunne indgå i en kommende sundhedsprofil. Som følge heraf var det et formål med forundersøgelsen (delformål 4), at der efter afslutningen af Delphi-processen blev igangsat en ekstra proces for at få eksperter til at bidrage til, hvordan udvalgte hoved- og undertemaer bedst afdækkes i en sundhedsprofil for denne aldersgruppe. Til denne proces blev der inviteret forskere med ekspertise inden for ét eller flere af de undertemaer, der blev vurderet i Delphi-processen for aldersgruppen 0-5 år og blandt børn i indskolingen (6-10 år). De skulle således bidrage med en specificering af, hvilke aspekter af disse undertemaer der er vigtigst at monitorere i en kommende børnesundhedsprofil, og hvordan den viden bedst muligt indhentes. De bidragende eksperter er listet i bilag 4.

Da der er stor udviklingsmæssig forskel på børn i alderen 0 til 10 år, og derfor også forskel på, hvilke spørgsmål og oplysninger der vil være relevante at monitorere og inddrage i en kommende sundhedsprofil, blev der yderligere inddelt i følgende alderstrin: 8-10 mdr., 2 år, 5 år, 7 år/1. klasse, 9 år/3. klasse.

De specifikke alderstrin er valgt frem for bredere aldersgrupper, som fx 0-3 år, da man dermed kan præcisere indholdet i spørgeskemaerne i forhold til alderstrinnet og dermed også opnå mere præcis viden for de enkelte alderstrin. Endvidere er alderstrinnene valgt ud fra pragmatiske hensyn, da det ikke vurderes muligt eller hensigtsmæssigt at skulle udarbejde separate spørgeskemaer til samtlige alderstrin fra 0 til 10 år, om end hvert alderstrin kunne have sin berettigelse. 8-10-månedersalderen er valgt, da det for den alder vil være muligt at indhente en del relevant information fra sundhedsplejerskejournaldata, som man yderligere ville kunne supplere med spørgeskemadata fra forældrene. 2-årsalderen er valgt, da der er meget lidt viden om børns sundhed i den alder, hvor de fleste i aldersgruppen passes i vuggestue eller dagpleje. I 5-årsalderen vil der kunne opnås relevant viden om børnehavebørn i relation til overgang til grundskolen. 7 år/1. klasse og 9 år/3. klasse er valgt ud fra dels en aldersmæssig spredning, dels overvejelser om muligheder for at udforme spørgeskemaer til børnene selv.

Følgende hoved- og undertemaer blev udvalgt til at indgå i specificeringen på baggrund af undertemaets score i Delphi-processen samt undertemaets kompleksitet: Fysisk helbred, Udvikling og funktion, Overordnet helbred, Sundheds- og risikoadfærd (valgte undertemaer: Fysisk aktivitet, Stillesiddende adfærd, Digital adfærd, Mad og måltider, Udsættelse for tobaksrøg og Søvn) og Psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer samt Mental sundhed og Trivsel. Undertemaet "Mad og måltider" blev imidlertid ikke uddybet, da det ikke var muligt at finde eksperter, der havde mulighed for at bidrage hertil inden for forundersøgelsens tidsramme.

Arbejdsgruppen på SIF udarbejdede en liste med spørgsmålsformuleringer fra spørgeskemaundersøgelser målrettet 0-10-årige inden for de valgte hoved- og undertemaer. Der blev taget udgangspunkt i de spørgeskemaundersøgelser, som blev identificeret i kortlægningen (jf. afsnit 3.1) samt de yderligere undersøgelser, som er listet i Bilag 3. Til inspiration for processen fik eksperterne tilsendt listen med spørgsmålsformuleringer inden for de hoved- og undertemaer, som de skulle

bidrage til, samt en oversigt over relevante registre og databaser. Desuden fik ekspertgruppen tilsendt den endelige gennemsnitscore for undertemaerne fra Delphi-processen inden for de pågældende hovedtemaer samt relevante kommentarer fra eksperterne.

Der blev udarbejdet en skabelon til udfyldelse, hvor eksperterne blev bedt om at tage stilling til følgende punkter for hvert undertema:

- Vigtigste aspekt(er) af undertema
- Datakilde
- Spørgsmål eller registeroplysning
- Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for
- Respondent
- Eventuelle kommentarer

Ekspertpanelet blev instrueret i at gennemgå det tilsendte materiale. Ved hoved- og undertemaer, hvor der kun var udpeget én eller to eksperter, gav eksperterne en skriftlig tilbagemelding. Ved hoved- og undertemaer med tre eller flere eksperter blev der afholdt et online møde, hvor eksperterne i fællesskab drøftede og udpegede det vigtigste indhold. Resultaterne af denne proces fremgår af kapitel 7.

3.5 Børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser

Ekspertpanelet, der indgik i Delphi-processen, blev i tredje og sidste runde spurgt, hvilke dataindsamlingsmetoder der vurderes som mest hensigtsmæssige for de 0-5-årige, herunder om det er muligt at spørge børnene selv (fx i alderen 4-5 år). Til ekspertpanelet for de 6-15-årige blev der spurgt til opmærksomhedspunkter i forbindelse med det fremtidige arbejde med en sundhedsprofil, herunder opmærksomhed på dataindsamlingsmetoder. Bemærkninger og kommentarer fra eksperterne af relevans for problemstillingen, om fra hvilken alder børnene selv kan besvare et spørgeskema, og hvilke overvejelser der gør sig gældende i forhold til validiteten af de svar, børnene afgiver, er præsenteret i kapitel 8.

På baggrund af udvalgt litteratur er der desuden udarbejdet en beskrivelse af overvejelser og opmærksomhedspunkter i forbindelse med udvikling af spørgeskemaer målrettet børn i 0.-3. klasse, hvor børnene selv skal besvare spørgeskemaet (kapitel 8).

3.6 Styrkeberegninger til kommunalt repræsentativ sundhedsprofil

Det er Sundhedsstyrelsens ønske, at en kommende børne- og ungesundhedsprofil ikke kun er repræsentativ på nationalt niveau, men også på regionalt og kommunalt niveau, således at kommuner og regioner kan få data på disse enheder. På baggrund heraf er til denne forundersøgelse

foretaget beregninger af det nødvendige antal børn og unge, som studiepopulationen skal indeholde i en spørgeskemaundersøgelse til en kommende børne- og ungesundhedsprofil (delformål 5).

Beregningen af det nødvendige antal individer foregår i tre trin: 1) statistisk styrkeberegning til vurdering af det antal individer, der skal til for med tilstrækkelig statistisk styrke at kunne påvise en given forekomst, 2) fastsættelse af svarprocent på individniveau og 3) det antal strata¹, som vi ønsker at kunne finde den givne forekomst med den givne svarprocent i. Herved estimeres det antal personer, der som minimum skal inviteres, for at stikprøven (dvs. de tilfældigt udtrukne personer til undersøgelsen) vurderes til at udgøre et repræsentativt udsnit af målgruppen.

Målgruppen for styrkeberegningerne er defineret som småbørn (0, 2 og 5 år) samt børn i grundskolealderen (7, 9, 11, 13 og 15 år svarende til børn i henholdsvis 1., 3., 5., 7. og 9. klasse) i hver af de 98 kommuner i landet. Der er til denne forundersøgelse ikke udført beregninger for unge i alderen 16-24 år.

Ved styrkeberegninger opstilles der en række antagelser, som er beskrevet i det følgende.

I trin 1) antages nul-hypotesen at være, at den rigtige forekomst af en given indikator (fx ensomhed, fysisk inaktivitet mv.) er 10% mens den, vi observerer, er 20%, dvs. vi ønsker at kunne finde en forskel på 10 procentpoint. Type 1 fejlen sættes til 0,05 og styrken (power) til 0,80 (givet ved 1 minus type 2 fejlen). I trin 2) blev svarprocenten sat til 50% for respondenter (forældre) til de 0, 2 og 5-årige. Da svarprocenten blandt elever i grundskolen afhænger meget af rekrutteringsmetode, herunder kommunal inddragelse ifm. rekrutteringen, er der opstillet tre forskellige scenarier for forventet svarprocent på individniveau blandt elever i grundskolen. Disse tre svarprocenter er valgt til at være henholdsvis 30%, 50% og 70%. I trin 3) er det fastsat, at forskellen fra trin 1) skal kunne findes indenfor strata defineret ud fra hver af de 98 kommuner samt henholdsvis piger og drenge, hvilket giver i alt 196 strata. For både småbørn og børn i grundskolealderen er der tale om det nødvendige antal individer, der skal inviteres uanset, hvordan man inviterer til undersøgelsen. Hvis man fremover ønsker at invitere børn i grundskolealderen via skolerne (såkaldt klyngesampling) indgår to trin, som vedrører svarprocent på hhv. skoleniveau og elevniveau. I beregningerne til denne rapport er de to trin slået sammen i ét, og der tages således udgangspunkt i, hvor mange der skal inviteres, uanset hvordan rekruttering til spørgeskemaundersøgelsen foregår.

Ved dataindsamlingen til *Skolebørnsundersøgelsen 2022* var svarprocenten på elevniveau 70%, og svarprocent på skoleniveau var 16% (3). Hvis man forudsætter samme svarprocent på elevniveau som i *Skolebørnsundersøgelsen 2022* (dvs. 70%) til en kommende sundhedsprofil, afspejler det valgte scenarie på en svarprocent på 70% på individniveau til denne rapport, at svarprocenten på skoleniveau er 100%. Dette er et scenarie, der afspejler obligatorisk deltagelse for de inviterede skoler. De to øvrige scenarier med en individbaseret svarprocent på 50% og 30% afspejler scenarier med lavere tilslutning på skoleniveau, dvs. henholdsvis en svarprocent på skoleniveau på ca. 70% og ca. 45% – givet at svarprocenten på elevniveau er som i *Skolebørnsundersøgelsen 2022* (dvs. 70%).

¹ Dvs. de grupper, som populationen skal opdeles i, fx i forhold til køn eller alder.

Som nævnt ovenfor er styrkeberegningen (trin 1) baseret på forekomster i et givent strata. Det vil sige, at de udførte beregninger ikke siger noget om styrken i forhold til at kunne sammenligne udvalgte grupper som drenge og piger henholdsvis forskellige aldersgrupper på kommunalt niveau.

Resultaterne af styrkeberegningerne er præsenteret i kapitel 9.

3.7 Etiske forhold ved inddragelse af eksperter

Alle besvarelser fra de deltagende eksperter er blevet anonymiseret. Tilladelse til at anvende ikke-offentliggjorte spørgeskemaer i indeværende projekt blev indhentet fra de respektive forskningsledere/organisationer, der har udarbejdet spørgeskemaerne.

Projektet er anmeldt til Syddansk Universitets fortegnelser over databehandlinger (F.nr. 11.868). Alle deltagende eksperter har underskrevet informeret samtykke om deltagelse i undersøgelsen, og alle eksperter, der har bidraget til forundersøgelsen, er listet i bilag 2 og 4.

4. Kortlægning af potentielle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil

I dette kapitel præsenteres en oversigt over de identificerede datakilder, som potentielt vil kunne bidrage med data til en kommende national sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år. Der blev opstillet en række in- og eksklusionskriterier for, hvorvidt datakilderne blev vurderet egnede. For eksempel er det et krav, at der i datakilden indsamles CPR-nummer, at data er repræsentativt for målgruppen på nationalt niveau, og at der ved spørgeskemaundersøgelser er tale om gentagne undersøgelser (tværsnitsundersøgelser). Tabel 3.1 i kapitel 3 beskriver in- og eksklusionskriterierne i detaljer.

Som en uddybning af in- og eksklusionskriterierne i kortlægningen er der i afsnit 4.1 beskrevet eksempler på datakilder, der er udeladt af kortlægningen.

Kortlægningen af datakilderne er opdelt i henholdsvis spørgeskemaundersøgelser (tabel 4.1) og registre og databaser (tabel 4.2).

I tabel 4.1 præsenteres de identificerede spørgeskemaundersøgelser, som lever op til inklusionskriterierne, med information om, hvilken organisation der har gennemført undersøgelsen, samt hvilke aldersgrupper undersøgelsen dækker. I alt blev der identificeret 14 spørgeskemaundersøgelser. Heraf inkluderer 2 spørgeskemaundersøgelser småbørn i alderen 0-5 år, mens 3 spørgeskemaundersøgelser inkluderer børn i grundskolealderen. Der er 11 ud af de 14 identificerede spørgeskemaundersøgelser, der inkluderer unge inden for aldersgruppen 16-24 år.

I bilag 1 er hver af de identificerede spørgeskemaundersøgelser beskrevet i detaljer.

Tabel 4.2 viser en oversigt over identificerede registre og databaser, som lever op til inklusionskriterierne. Datakilderne er sorteret efter emne og præsenteres med information om administrator af registeret/databasen, en kort beskrivelse af registeret/databasen samt om målgruppen for registeret/databasen dækker en afgrænset aldersgruppe eller hele aldersgruppen fra 0 til 24 år. Links til detaljeret information om registrene/databaserne fremgår af referencelisten.

Table 4.1 Identificerede spørgeskemaundersøgelser, som potentielt kan bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år.

Organisation	Datakilde (referencer)	Alder			Bilagstabel
		0-5 år (Småbørn)	6-15 år (Grundskole)	16-24 år (Unge)	
VIVE	SPOR - Børns udvikling og trivsel gennem livet (16)	Baseline-måling i 2017/18: 9 mdr., 2 år, 3 år Follow-up-måling i 2019/20: 9 mdr., 3 år, 4 år, 5 år			B1.1
VIVE	Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (17)	3 år	7, 11, 15 år	19 år	B1.2
SIF/HBSC	Skolebørnsundersøgelsen (3)		5., 7., 9. klasse (11-15 år)		B1.3
BUVM	Den Nationale Trivselsmåling ¹ (19)		0. til 3. klasse og 4. til 9. klasse		B1.4
BUVM	Trivselsmåling på gymnasiale uddannelser ¹ (20)			Elever på gymnasiale uddannelser ²	B1.5
BUVM	Eleltrivselsmåling på erhvervsuddannelser ¹ (21)			Elever på erhvervsuddannelser ³	B1.6
BUVM	Trivselsmåling på forberedende grunduddannelse ¹ (FGU) (22)			Elever på FGU-institutioner	B1.7
SIF	FGU 23 – Sundhed og trivsel (46)			15-25 år	B1.8
SIF, SST og regionerne ⁴	Den Nationale Sundhedsprofil (6)			16+ år	B1.9
SIF	Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) (41)			16+ år	B1.10
SIF	Den danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse (del af Den Europæiske Sundhedsprofil) (49)			15+ år	B1.11

Organisa- tion	Datakilde (referencer)	Alder			Bilags- tabel
		0-5 år (Småbørn)	6-15 år (Grundskole)	16-24 år (Unge)	
VIVE	SHILD (Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark) (50)			16-64 år	B1.12
VIVE	Fællesskabsmålingen (51)			18-69 år	B1.13
DST	Levevilkårsundersøgelsen (SILC) (52)			16+ år ⁵	B1.14

Noter:

¹De nationale trivselsmålinger i henholdsvis folkeskole og på ungdomsuddannelserne har et primært fokus på skoletrivsel og -miljø (19-22), men er til trods for det forholdsvis snævre tematiske fokus inkluderet i denne kortlægning, da de gennemføres årligt og er obligatoriske for de pågældende uddannelsesinstitutioner at deltage i. Dermed har disse undersøgelser information fra majoriteten i undersøgelsesens målgrupper, hvilket gør det muligt via CPR-nummer at indhente information om relevante indikatorer fra disse undersøgelser på samme måde som det ses for registerbaserede datakilder.

² STX (2- og 3-årig), HF (2- og 3-årig), HHX, 2-årigt HHX-kursus, HTX, Pre-IB, Team Danmark (4-årigt forløb).

³ EUD, EUX, EUV.

⁴ Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland og Region Hovedstaden.

⁵ I DSTs statistikdokumentation for *SILC* fremgår det, at der indsamles svar fra en tilfældigt udtrukket person i husstanden på 16 år eller derover. Ved husstandsrettede spørgsmål antages det, at denne persons svar dækker hele husstanden (inklusive eventuelle børn i husstanden), mens en række spørgsmål fx om helbred kun stilles til eller om personer, der 16 år eller derover (53, 54).

VIVE: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

SIF: Statens Institut for Folkesundhed

BUVM: Børne- og Undervisningsministeriet

DST: Danmarks Statistik

Table 4.2 Identificerede registre og databaser, som potentielt kan bidrage med data til en kommende sundhedsprofil for børn og unge i alderen 0-24 år.

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
Fødsel og nyfødte					
SDS	Det Medicinske Fødselsregister (MFR)	Fødselsregistret indeholder oplysninger om alle fødsler (på hospitaler og hjemmefødsler) i Danmark. Registret indeholder oplysninger om selve fødslen, resultat af fødslen og evt. komplikationer i fødselsforløbet (55).	Fødsler og nyfødte		
RKKP	Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN)	DKN dækker kvaliteten af pleje og behandling af alle nyfødte i neonatalperioden defineret som indtil fire uger efter forventet terminsdato for alle, der er født i graviditetsuge 22 eller senere. Endvidere monitoreres overlevelse op til 12 måneder efter fødslen. DKN er baseret på data fra LPR- og CPR-registret (56).	Nyfødte		
DST	FODT: Fødte	FODT indeholder oplysninger om fødsler i Danmark, herunder køn, fødselsdato, moderens alder og statsborgerskab (57).	Nyfødte		
DST	Fertilitetsdatabasen	Fertilitetsdatabasen indeholder oplysninger om fx fertilitetskvotienter, paritet, antal levendefødte børn (58), se fx FTBARN (Fertilitet – børn) (59) og FTFORÆL (Fertilitet – forældre) (60).	FTBARN: Nyfødte		
				FTFORÆL: Forældre	
Sundhed, helbred og sygelighed					
RKKP	Landsdækkende Database for Børn og Unge Sundhed (LDBU)	Den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unge Sundhed (LDBU) er under udvikling. Det er intentionen, at landets kommuner skal indgå med sundhedsplejerskedata i LDBU, som etableres af RKKP i samarbejde med Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed, Samarbejdet Databasen Børns Sundhed, Sundhedsdatastyrelsen og Danske Regioner. Der arbejdes for på sigt at inddrage data fra praktiserende læger og svangerskabsdata. Det forventes, at de første data kommer ind	Data fra barnets første leveår	Indskoling og udskoling	

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
		i databasen i slutningen af 2024, men hvornår dækningsgraden er tilstrækkelig til at indgå i en kommende børne- og ungesundhedsprofil skal afklares (61, 62).			
SDS	Den Nationale Børnedatabase (BDB)	Den Nationale Børnedatabase indeholder udvalgt information fra de obligatoriske helbredsundersøgelser, som udføres af sundhedsplejersker (højde, vægt, udsat for tobaksrøg i hjemmet og varighed af amning). Opdateres ugentligt (9).	Data fra barnets første leveår	Indskoling og udskoling	
SDS	Sundhedsstyrelsens Centrale Odontologiske Register (SCOR)	SCOR indeholder data om tandsundheden (fx tandstatus i forhold til mælketænder, permanente tænder, caries, tandkødssygdomme og tandstillingsfejl) hos børn og unge i Danmark. Oplysningerne bliver registreret og indberettet af den kommunale tandpleje og de praktiserende tandlæger (63).	0-18 år (dog kun indberetningspligt for 5-, 7-, 12- og 15-årige)		
SDS	Cancerregisteret	Cancerregistret registrerer alle nydiagnosticerede tilfælde af cancer i Danmark og indeholder information om kræfttilfælde (fx diagnosetidspunkt, lokalisation, histologi) og andre anmeldelsespligtige sygdomme. Indberetning er obligatorisk. Registeret opdateres årligt (64).	0+ år		
SDS	Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)	RUKS indeholder oplysninger om personer med udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser i Danmark (diabetes (type I og II), KOL, astma, osteoporose, leddegigt, skizofreni og demens). Sygdomskriterierne er baseret på data fra Lægemiddelstatistikregisteret, LPR- og CPR-registeret. I RUKS har personerne med stor sikkerhed den pågældende sygdom, men RUKS kan derfor også underestimere sygdomsforekomsten. Registeret opdateret årligt (65).	0+ år ¹		
RKKP	RKKP har en lang række databaser med information om forskellige sygdomme, herunder blandt børn og unge, se fx Den Landsdækkende	CPOP-databasen indeholder oplysninger om børn og unge med cerebral parese (5-10 år) eller symptomer på cerebral parese (<5 år). Data er indsamlet fra landets pædiatriske og børneortopædkirurgiske afdelinger samt fra	CPOP-databasen: 0-15 år		

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
	Kliniske Kvalitetsdatabase for Opfølgingsprogrammet for Cerebral Parese (CPOP-databasen), ADHD databasen, Dansk Børnecancer Register (DBCR), Dansk Register for Astma (DrAstma), Dansk Depressionsdatabase (DDD), Den Nationale Skizofrenidatabase (DNS), Diabetes Database (DDiD), Database for sjældne sygdomme (Rarebase). RKKP har også yderligere to databaser, som er under etablering, hhv. Database for Angst (66) og Databasen for bipolare lidelser (67).	fysioterapeuter og ergoterapeuter ansat i regionale, kommunale og private organisationer (68, 69).			
		ADHD databasen indeholder information om personer i udredning og behandling for ADHD, som registreres i danske regionale børne- og ungdomspsykiatriske centre/afdelinger. Populationen inddeles i en udrednings- og behandlingspopulation (70). Fra april 2024 forventes ADHD databasen at blive udvidet til at inkludere voksne.	ADHD databasen: 0-17 år		
		DBCR indeholder oplysninger om børn (0-17 år), der bliver behandlet for en kræftdiagnose på de fire børne-onkologiske afdelinger i Danmark (Rigshospitalet, Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital) (71, 72).	DBCR: 0-17 år		
		DrAstma indeholder oplysninger om personer med astma og diagnostik ved mistænkt astma, herunder allergitest, lungefunktion, rygevaner, eksacerbationer, inhalationsteknik og adherens til behandling. DrAstma indeholder oplysninger om astmapatienter, som bliver behandlet i hospitalsregi. På sigt forventes det, at data fra privathospitaler, almen praksis og speciallæge praksis også vil indgå (73, 74).	DrAstma: 6+-år		
		DDD dækker patienter, der enten er indlagt eller er i ambulant kontakt med hospitalspsykiatrien med en depressionsdiagnose (75).		DDD: 18+ år	
		DNS indeholder information om patienter med skizofreni, som er indlagt eller har et ambulant forløb i hospitalspsykiatrien i Danmark. Databasen indeholder fx information om udredningsforløb, psykoekation, medicinsk behandling og selvmordsforsøg (76, 77).		DNS: 0+ år	

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
		DDiD indeholder oplysninger om børn og voksne med diabetes (type I og II). Databasen blev etableret i 2022 og erstatter de tidligere diabetes-databaser (Dansk Voksen Diabetes Database (DDVD), Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes (DanDiabKids) og Diabase) (78, 79).		DDiD: 0+ år	
		Rarebase indeholder oplysninger om patienter med sjældne sygdomme, som følges, behandles og registreres ved de to landsdækkende centre ved hhv. Center for Sjældne Sygdomme (Rigshospitalet) og Center for Sjældne Sygdomme (Aarhus Universitetshospital). Sygdommene omfatter en række typisk medfødte, arvelige, kroniske og komplekse sygdomme (hyppighed: 1-2 ud af 10.000) (80, 81).		Rarebase: 0+ år	
Kontakt til sundhedsvæsenet					
SDS	Landspatientregisteret (LPR3)	LPR3 indeholder oplysninger om undersøgelser og behandlinger på danske sygehuse. Oplysningerne beskriver fx, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt samt diagnoser, undersøgelser, behandlinger, operationer mv. Alle offentlige samt private sygehuse og klinikker er forpligtede til at indberette oplysning om lægelig behandling af patienter. I 2019 blev LPR moderniseret til LPR3, hvilket har gjort det muligt at danne patientforløb, da hver kontakt mellem patient og sundhedsvæsen indberettes som selvstændig kontakt (12).		0+ år	
SDS	Lægemiddelstatistikregisteret (LSR)	LSR indeholder information om al salg og leverancer af lægemidler, der bliver solgt i Danmark (på apoteker og i butikker) og det, der bliver udleveret af den enkelte læge eller på sygehuset. Dette gælder både receptpligtig og håndkøbsmedicin (82).		0+ år	
SDS	Sygesikringsregisteret (SSR)	SSR indeholder oplysninger om afregning af sygesikringsydelse, som er støttet af den offentlige sygesikring, og som er foretaget mellem regioner og ydere (fx alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger,		0+ år	

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
		fysioterapeuter, psykologer). Registeret opdateres månedligt (13).			
SDS	Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)	Alkoholbehandlingsregisteret indeholder oplysninger om personer, der er eller har været i alkoholbehandling siden 2006. Registeret baseres på obligatoriske indberetninger fra offentlige og private alkoholbehandlingsinstitutioner, som det offentlige har henvist til. Herudover indgår frivilligt indberettede data fra private behandlingsinstitutioner (83).			Personer, som har været indskrevet i alkoholbehandling
DST	Stofmisbrugsdatabasen	Databasen er en fælles indberetningsplatform, der indeholder oplysninger om personer i henholdsvis social- og sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling (visiteret efter Serviceloven §101, § 142 i Sundhedsloven og/eller § 33 i Barnets Lov (84)). Indberetningen er lovpligtig, og det er den visiterede kommune, som har ansvaret for at indberette. Se fx SMDB IBI (Indberetninger fra behandlingstilbud af Indskrevne Stofmisbrugere i Behandling) (85). Stofmisbrugsdatabasen leverer bl.a. data til Register over stofmisbrugere i behandling (SIB) i Sundhedsdatastyrelsen (86) og Ventetider vedrørende behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Social-, Bolig- og Ældreministeriet (VBGS) (87).			Personer, som har været indskrevet i stofmisbrugsbehandling
RKKP	Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH)	DAH indeholder oplysninger om alle akutte patienter på danske sygehuse, dvs. patienter, der modtages i fælles akutmodtagelser, direkte på en stamafdeling eller på mindre sygehuse uden fælles akutmodtagelse (88, 89).	0+ år		
RKKP	Dansk Intensiv Database (DiD)	DiD er en database, som registrerer forekomst og resultat af intensiv terapi, som omfatter behandling af patienter med potentielt reversible svigt af ét eller flere organsystemer, som ikke kan behandles på en almindelig sengeafdeling (90).	0+ år		

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
Funktionsnedsættelse					
DST	Registre, som samler oplysninger om ydelser blandt personer med handicap (91).	Eksempler på registre om ydelser blandt personer med handicap er fx HANDIC (Handicapydelse) (92), HAN-DICBU (Handicapkompenserende indsatser for børn og unge) (93) og HANDICM (Handicapydelse – målgruppe) (94). Registerne kan bruges med henblik på at identificere børn med funktionsnedsættelse.	0+ år		
SDS	Genoptræningsregistret (GES)	GES indeholder oplysninger om genoptræning efter be-handling på offentlige sygehuse. Siden 2004 har det været obligatorisk at indberette (95).	0+ år		
Vaccination og screening					
SSI/SDS	Det Danske Vaccinationsregister (DDV)	Vaccinationsregistret indeholder oplysninger om vaccinati- oner indberettet af læger, vaccinationer afregnet med sygesikringen og evt. planlagte vaccinationer. Fra 2015 har alle læger haft pligt til at indberette alle givne vaccinationer i registret (11).	0+ år		
RKKP	Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS)	DKLS indeholder oplysninger om patienter, der er blevet screenet for livmoderhalskræft, herunder nye tilfælde af livmoderhalskræft, deltagelse og dækningsgrad af screeningsprogrammet (96, 97).			23-64 år
Ulykker og skader					
DST	Færdselsuhedsstatistikken	Færdselsuhedsstatistikken indeholder oplysninger om omfanget og karakteren af alle uheld med personskade, hvor politiet har været til stede og optaget rapport (dvs. fx ikke uheld med personskade, der alene er registreret på skadestue) (98), se fx FUEL (Færdselsuheld element) (99), FUIPE (Færdselsuheld person) (100) og FUIUH (Færdsels-uheld uheld) (101).	0+ år		

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
RKKP	Databaser på akutområdet (102).	Dansk Traumeregister (DTR) (103) er ét af flere eksempler på en database på akutområdet i RKKP.	0+ år		
Socialt udsatte børn og unge					
DST	BUU: Børn og unge – underretninger	BUU indeholder oplysninger om underretninger om børn og unge, der har behov for særlig støtte i henhold til udvalgte paragraffer i Lov om Social Service (104, 105).	0-17 år		
DST	Registre med information om anbringelser med eller uden forældres samtykke samt forebyggende støtteforanstaltninger rettet mod det enkelte barn og familien (106).	Eksempler på disse registre er fx BUAH (Børn og unge anbragte forløbsregister) (107), BUAF (Børn og unge anbragte forløbsregister) (108), BUAS (Børn og unge anbragte status) (109) og BUFO (Børn og unge forebyggende foranstaltninger) (110).	0-22 år		
DST	Registre over kvindekrisecentre	Registrene belyser kvinder og eventuelt medbragte børn, der har et ophold på et kvindekrisecenter (111), se fx KKCPH (Kvindekrisecentre – ophold) (112) og KKCPHB (Kvindekrisecentre – ophold – barn) (113).	Dækker alle kvinder på 18 år eller derover og børn, der er omfattet af et ophold på kvindekrisecenter ifølge §109 i Serviceloven.		
Kriminalstatistik					
DST	Kriminalstatistikker	Kriminalstatistikkerne indeholder oplysninger om type af kriminalitet, ofre, de dømte og domme (114), se fx sigtelser for mindreårige (KRMS) (115), kriminalstatistik afgørelser (KRAF) (116) og ofre for straffelovsforbrydelser (KROF) (117).	KRMS: 0-14 år		
					KRAF: 15+ år
			KROF: 0+ år		

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
Dagtilbud og pasning					
DST	Registre over børnepasning og tilskud ifm. pasning af børn	DST har registre over børnepasning samt data på modtagere af tilskud ifm. privat pasning samt pasning af egne børn (118), se fx BOERNFB (Børnepasning 0-5-årige (indskrevne børn)) (119), BOERNSB (Børnepasning over 5 år (indskrevne børn)) (120) og BOERNPRI (Modtagere af tilskud til privat børnepasning) (121).	BOERNFB: 0-5 år		
				BOERNSB: >5 år	
			BOERNPRI: 0-17 år		
Baggrundoplysninger					
SDS	CPR-registeret (Det Centrale Personregister)	CPR-registeret er et grundregister, som indeholder personoplysninger som fx navn, køn, bopælsadresse, civilstand og fødselsregistreringsoplysninger. Alle personer i Danmark får ved fødsel eller tilflytning tildelt et CPR-nummer. Dette gør det bl.a. muligt at samkøre registre (fx ifm. forskning) (122, 123).	0+ år		
DST	Befolkningsstatistik	Befolkningsstatistikken er en opgørelse af befolkningen med bopæl i Danmark (124). Registret indeholder oplysninger om befolkningens bevægelser, fx ind- og udvandring. Eksempler på registre er BEF (Befolkningsregisteret) (125), som bl.a. indeholder oplysninger om familietype (fx enlig eller samboende) og IEPE (Indvandrere og efterkommere) (126), som indeholder oplysninger om herkomst.	0+ år		
Tilknytning til arbejdsmarkedet					
STAR	DREAM (Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase)	DREAM er en forløbsdatabase, som indeholder beskæftigelses- (beskæftigelsesstatus) og ydelsesoplysninger (fx ledig, på orlov, på efterløn, syg, på kontanthjælp, går på SU-berettiget uddannelse eller er i aktivering) om personer,		Modtagere af forsørgelsesydelse og lønmodtagere	

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
		der har modtaget offentlige overførselsindkomster. Oplysningerne opdateres ugentligt for forsørgelsesydelse, mens beskæftigelsesoplysninger opdateres månedligt. Oplysningerne er baseret på data fra Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, CPR-registeret og SKAT (127).			
DST	AKM (Arbejdsklassifikationsmodulet)	AKM indeholder en række oplysninger om uddannelse, arbejdsstedsbranche, a-kasse og indberetninger fra private virksomheder (128, 129). Ud fra disse oplysninger tildeles beskæftigede personer en hovedaktivitetsstatus (BESKST), socioøkonomisk status (SOCIO) og en arbejdsfunktion for erhvervsaktive (DISCO). Opgøres årligt.			0+ år
DST	RAS (Registerbaseret Arbejdsstatistik)	RAS opgør befolkningens primære tilknytning til arbejdsmarkedet. I statistikken indgår fx variabelen "socioøkonomisk status", hvor befolkningen opdeles i hhv. beskæftigede, arbejdsløse og personer uden for arbejdsstyrken. Opgøres årligt (130).			0+ år
DST	AMR (Arbejdsmarkedsregnskab)	AMR opgør, ligesom RAS, befolkningens primære tilknytning til arbejdsmarkedet. AMR er dog et forløbsregister med oplysninger på daglig basis. Befolkningens tilknytning til arbejdsmarkedet fordeles ligeledes på socioøkonomiske grupper (SOC_STATUS_KODE), dvs. beskæftigede, arbejdsløse og personer uden for arbejdsstyrken (131).			Personer bosiddende i Danmark eller har haft lønindkomst
DST	Registre vedr. offentligt forsørgede	DST har flere registre vedr. offentligt forsørgede (fuldtidsmodtagere af offentlige forsørgelsesydelse i de erhvervsaktive aldersgrupper (132), fx OF (offentligt forsørgede) (133), KTHJ (kontanthjælp) (134) og barselsdagpenge (135)).			16+ år
DST	Fraværsperioder (FRPE)	Danmarks Statistik registrerer fravær i den offentlige sektor og private virksomheder (>9 fuldtidsansatte). Fraværet omfatter egen sygdom, barns sygdom, arbejdsulykke og barsels- og adoptionsorlov. Opdateres årligt (136, 137).			Personer i beskæftigelse

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
Uddannelse					
DST	Uddannelsesstatistik	Uddannelsesstatistik indeholder oplysninger om studerende ved ordinære uddannelser, der er offentligt reguleret. Her er det muligt at følge de uddannelsesprogrammer, som den enkelte person har været indskrevet på i løbet af sin uddannelseskædere, herunder højest fuldførte uddannelse (138), se fx KOTRE (komprimeret elevregister (139), UDDA (uddannelser – BUE) (140) og UDDF (højest fuldførte uddannelse (forløb)) (141).		Elever og studerende fra grundskole og opefter	
DST	UDSP: Specialundervisning	UDSP indeholder oplysninger om elever, som modtager specialundervisning, fx årsag til specialundervisning, omfang af specialundervisning og start- og slutdato for specialundervisningstiltag (142).		Elever, som modtager specialundervisning	
DST	Registre vedr. karakterer	Karakterer i løbet af personers uddannelsesforløb kan ses for grundskole, gymnasiale uddannelser, erhvervsuddannelser og videregående uddannelser (143), se fx UDFK (Grundskolekarakterer) (144) og UDG (Karakterer for afsluttede uddannelser) (145).		Elever i grundskole, gymnasiale uddannelser, erhvervsuddannelser og videregående uddannelser	
BUVM	Statistik om karakterer i grundskolen	BVUM indsamler data om indberettede prøve- og standpunktskarakterer i grundskolen (146).		8., 9. og 10. klasse	
BUVM	Statistik om skolefravær	BVUM indsamler data om elevernes skolefravær i grundskolen (147), på gymnasiale uddannelser (148), erhvervsuddannelser (149) og FGU-institutioner (150), herunder type af fravær (hvh. sygefravær, lovligt og ulovligt fravær), som indberettes fra skolerne.		0.-10. klasse	Elever på gymnasiale uddannelser, erhvervsuddannelser og FGU-institutioner
BUVM	Statistik om eksamensresultater på gymnasiale uddannelser	BVUM indsamler eksamensresultater og karakterer på de gymnasiale uddannelser (151).			Elever på gymnasiale uddannelser

Organisa- tion	Datakilde	Beskrivelse	Alder		
			0-5 år (Små- børn)	6-15 år (Grund- skole)	16-24 år (Unge)
BUVM	Statistik om uddannelsesforløb på FGU-institutioner	BVUM indsamler information om elever på FGU-institutioner under 'Elevtal' (152), herunder elever der er påbegyndt, har fuldført eller afbrudt et FGU-forløb.			FGU- elever
Indkomst					
DST	Registre vedr. indkomst	DST har registre over årsindkomster for alle i befolkningen, som opgøres på person- og familieniveau (153), se fx IND (Indkomst) (154) og FAIK (Familieindkomst) (155).	0+ år		
Dødelighed					
SDS	Dødsårsagsregisteret (DAR)	DAR indeholder oplysninger om alle dødsfald (fx dødsårsag, døds måde, dødsdato). Oplysningerne er baseret på dødsattester, som indeholder en række oplysninger om dødsfaldet, og som udfyldes af en læge ved ligsynet (156).	0+ år (Afdøde personer)		
DST	Befolkningsstatistik	Befolkningsstatistikken er en opgørelse af befolkningen med bopæl i Danmark, herunder dødelighed (157), se fx DOD (Døde i Danmark) (158).	0+ år (Afdøde personer)		
Øvrige					
SDS	Register over Legalt Provokerede Aborter (ABR)	Indeholder oplysninger om legalt provokerede aborter i Danmark, som registreres af en læge. Oplysninger inkluderer bl.a. svangerskabsuge, tidligere svangerskab, kvindens alder, indgrebets art samt eventuelle komplikationer (159).	Kvindens alder på tidspunkt for pro- vokeret abort		
Noter: ¹ Aldersafgrænsningen afhænger af hvilken sygdom i RUKS, der ses på. Ved astma inkluderes børn fx først efter 6-årsalderen.					
DST: Danmarks Statistik, SDS: Sundhedsdatastyrelsen, RKKP: Regionernes kliniske kvalitetsprogram, BUVM: Børne- og Undervisningsministeriet, SSI: Statens Serum Institut, STAR: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.					

4.1 Eksempler på datakilder, der er udeladt af kortlægningen

Med henblik på at uddybe in- og eksklusionskriterier i forhold til konkrete datakilder er der nedenfor indsat en række eksempler på centrale datakilder om børn og unges sundhed, som ikke opfylder alle inklusionskriterier, og dermed ikke indgår i kortlægningen i tabel 4.1 og 4.2.

Nogle spørgeskemaundersøgelser er udeladt af kortlægningen primært på grund af, at der ikke indsamles oplysninger om CPR-nummer. Dette gælder eksempelvis undersøgelserne *COSI (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative)* (160) samt *ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)* (43). Andre spørgeskemaundersøgelser er udeladt af kortlægningen på grund af, at der p.t. ikke er planlagt en opfølgende dataindsamling. Dette gælder eksempelvis for *UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019* (45) og *UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser* (39, 45).

Andre store danske undersøgelser har et longitudinelt studiedesign (lukkede kohortestudier) og opfylder dermed ikke inklusionskriteriet om at være en gentagen spørgeskemaundersøgelse i et tværsnitsdesign. Dette gælder fx *Bedre Sundhed i Generationer* (tidligere Bedre sundhed for Mor og Barn) (37), *Odense Børnekoorte* (40) samt *Copenhagen Child Cohort* (161).

Desuden foretages der omfattende dataindsamling om børn og unges sundhed og trivsel på kommunalt niveau, men hvor dataindsamlingen ikke er ensartet på tværs af kommuner i forhold til, hvad der indsamles viden om, og hvilke aldersgrupper eller klassetrin der deltager, hvormed disse data ikke er repræsentative på nationalt niveau.

Dette gælder eksempelvis platformen BørnUngeLiv (BUL), hvor en stor del af landets kommuner indsamler data og får udarbejdet kommunale rapporter om børn og unges sundhed og trivsel til brug for kommunens arbejde med at styrke vidensgrundlaget for at fremme sundhed og trivsel blandt børn og unge. Platformen BUL er ejet af medlemskommunerne i Foreningen BørnUngeLiv. Kommunerne kan på platformen BUL indsamle data og således få viden om kommunens børn og unges sundhed og trivsel via spørgeskemaer (18). Spørgeskemaerne er inddelt i moduler målrettet henholdsvis småbørn (8-10 mdr. samt 2-7 år), grundskolen (indskoling, mellemtrin og udskoling), unge (7.-9. klasse i grundskolen, unge på ungdomsuddannelse og unge uden for uddannelse og beskæftigelse, 15-30 år) (162). Efter endt dataindsamling kan kommunerne på BUL generere rapporter på klasse-, skole- og kommuneniveau og har yderligere mulighed for at udarbejde rapporter for de deltagende kommuner på regions- og landsplan. I 2022 var 85 kommuner medlem af Foreningen BørnUngeLiv, og ifølge oplysninger indhentet fra Foreningen BørnUngeLivs sekretariatet gennemførte 68 kommuner i 2022 dataindsamling i deres kommune på ét eller flere af modulerne Småbørn, Grundskole og Ungeprofilundersøgelsen. Derudover indsamlede 34 kommuner data gennem PLUS-modulet, der er målrettet børn og unge med behov for en særlig indsats.

Når BUL trods omfattende dataindsamling om børn og unges sundhed ikke fremgår af listen i tabel 4.1, skyldes det, at indsamlingen af data på tværs af kommunerne ikke er ensartet, og dermed aktuelt ikke opfylder inklusionskriterierne. Platformen BUL er fleksibel, så kommunerne kan gennemføre dataindsamling på de årgange, hvor de har behov for det, og medtage de spørgsmål, der er aktuelle for den kommunale undersøgelses formål. Spørgsmålene udvælges af den enkelte kommune i den af BUL definerede spørgeramme. Derudover vælger kommunerne selv, om de

ønsker at gennemføre deres undersøgelser med eller uden CPR-nummer koblet til besvarelsene. Det varierer således fra kommune til kommune, hvilke årgange og spørgsmål der indgår i dataindsamlingen.

Variationerne i gennemførelsen af undersøgelser på BUL på tværs af kommuner vanskeliggør sammenligning af data på nationalt niveau samt over tid og giver dermed ikke som udgangspunkt mulighed for at anvende data indsamlet via BUL i sin nuværende form som kilde til en kommende børne- og ungesundhedsprofil.

Dele af de data, som indsamles via BUL, vil dog opfylde eller være tæt på at opfylde inklusionskriterierne for at indgå i kortlægningen i denne undersøgelse. I en rapport udført af VIVE vurderes det, at de deltagende elever i udskolingsdelen (7.-9. klasse) i *Ungeprofilundersøgelsen 2019/2020* gennemført af kommunerne via BUL i overvejende grad er repræsentative for populationen af udskolings elever på nationalt niveau (163). Såfremt der i disse kommuner fremadrettet anvendes samme spørgsmålsformuleringer om sundhed, trivsel og sundhedsadfærd over tid, og at der indsamles oplysninger om barnets/den unges CPR-nummer, vil disse data kunne anses som en mulig datakilde til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil.

Et andet eksempel på spørgeskemadata indsamlet på kommunalt niveau, der ikke er repræsentativt på nationalt niveau, er Center for Ungdomsforskningens kommunale ungdomsprofiler. Her kan det ligeledes variere, hvilke oplysninger der indsamles afhængigt af kommunernes ønsker til indholdet i profilen (38).

Undersøgelser med et snævert tematisk fokus, dvs. som ikke belyser både helbred, trivsel og sundhedsadfærd, er ligeledes udeladt af kortlægningen. Dette gælder eksempelvis kostundersøgelserne *Nordisk monitorering af kost, fysisk aktivitet og overvægt* (164) og *DANSDA* (165), som udføres af DTU Fødevarerinstitutionen, hvis tematiske hovedfokus er på kost.

Endvidere har vi i kortlægningen ikke inkluderet selvstændige journalsystemer, da journaldata ikke nødvendigvis er sammenlignelige på tværs af kommuner eller regioner. Eksempler på journalsystemer er NOVAX Sund-journalsystemet (166) og Solteq Sund-journalsystemet (167), som anvendes af kommunerne til registrering af journaldata i sundhedsplejen. Et af formålene med etableringen af den kommende *Landsdækkende Database for Børn og Unge (LDBU)* (61, 62) er at sikre standardisering af journaldata fra bl.a. sundhedsplejen og dermed også sikre sammenlignelighed mellem kommuner. Den kommende *LDBU* er således en central potentiel datakilde til en kommende børnesundhedsprofil.

Såfremt der i selvstændige journalsystemer på en standardiseret måde registreres variable, som man kunne ønske at inddrage i en kommende børnesundhedsprofil, men som ikke kommer til at indgå i den kommende *LDBU* eller anden database, hvor der sikres en standardisering af oplysningerne, kan det overvejes at inddrage journalsystemet som datakilde.

5. Muligheder og barrierer for at samle datakilder til en børne- og ungesundhedsprofil

Som det fremgår af kortlægningen i kapitel 4 (tabel 4.1 og 4.2 samt de detaljerede beskrivelser i bilag 1), er der identificeret en række spørgeskemaundersøgelser og registre/databaser, som lever op til inklusionskriterierne for at kunne bidrage med data til en kommende børne- og ungesundhedsprofil. I nedenstående afsnit diskuteres muligheder og barrierer for at samle identificerede datakilder til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil. Der indledes med opmærksomhedspunkter, som gør sig gældende på tværs af aldersgrupper. Dernæst følger for hver aldersgruppe en sammenfatning af opmærksomhedspunkter fra ekspertpanelerne samt en gennemgang af opmærksomhedspunkter vedrørende de identificerede datakilder fra kortlægningen (kapitel 4).

For at lave en børne- og ungesundhedsprofil, som samler de mest velegnede datakilder til at dække de mest relevante aspekter af sundhed, er det et centralt opdrag, at den kommende sundhedsprofil vil kombinere eksisterende data fra spørgeskemaer, databaser og registre og kun udvikle nyt i de tilfælde, hvor der ikke findes eksisterende data, der meningsfuldt kan kombineres. Der er dog en lang række udfordringer forbundet med at skabe en sammenhængende og dækkende sundhedsprofil baseret på en kombination af allerede eksisterende spørgeskemaundersøgelser. De spørgeskemaundersøgelser, der er identificeret i kortlægningen, er målrettet forskellige aldersgrupper, dækker i varierende grad de temaer, som ønskes belyst i en kommende sundhedsprofil og har forskellige studiepopulationer, dataindsamlingstidspunkter og -frekvens, hvilket udgør væsentlige udfordringer forbundet med at inddrage og kombinere disse data i en kommende børne- og ungesundhedsprofil.

Udfordringerne er i høj grad knyttet til, i hvilken grad man fremadrettet ønsker at anvende og kombinere eksisterende datakilder. Ved etablering af en ny spørgeskemaundersøgelse vil man i sagens natur undgå udfordringerne forbundet med at kombinere eksisterende datakilder. På de alderstrin, hvor der forekommer eksisterende spørgeskemaundersøgelser, vil etablering af nye undersøgelser parallelt med eksisterende imidlertid kunne bidrage til en dalende interesse i at deltage (og dermed lav svarprocent) som følge af den stigende mængde af undersøgelser, som respondenterne og/eller skoler, uddannelsesinstitutioner og kommuner skal svare på og bruge tid på at facilitere (3).

På tværs af aldersgrupper ses følgende generelle udfordringer i forbindelse med en eventuel kombination af data fra spørgeskemaundersøgelser:

1. **Forskelle i dataindsamlingstidspunkt og -frekvens mellem spørgeskemaundersøgelser:** Såfremt der ønskes en sundhedsprofil, som gennemføres med et fast interval, fx hvert fjerde år, kan forskellene i dataindsamlingstidspunkter og -frekvens medføre, at der kan gå op til tre-fire år fra dataindsamling til visning i sundhedsprofilen. Alternativt vil det medføre

et behov for harmonisering af tidspunkt og frekvens af dataindsamling, hvilket særligt vil være vanskeligt for undersøgelser, der indgår i internationale forskningssamarbejder (se også punkt 2).

2. **Restriktioner knyttet til eksisterende undersøgelser:** Eksisterende spørgeskemaundersøgelser, som har været gennemført over en længere årrække, har etablerede retningslinjer omkring indhold i spørgeskema, tidspunkt for dataindsamling og -frekvens, sampling og repræsentativitet, studiepopulation mv., som der skal tages højde for, hvis disse undersøgelser skal levere data til en fremtidig sundhedsprofil. Dette gør sig fx gældende ved undersøgelser fra fx VIVE (16, 17) eller undersøgelser, der er en del af et internationalt samarbejde som fx *Skolebørnsundersøgelsen* (3).
3. **Koordinering af hvordan og hvilke data fra etablerede undersøgelser, der kan publiceres i en kommende sundhedsprofil:** Ved allerede eksisterende undersøgelser publiceres data i forvejen i form af rapporter og sundhedsprofiler, og det skal derfor koordineres med de pågældende undersøgelser, hvordan data fra eksisterende undersøgelser kan indgå og publiceres i en kommende sundhedsprofil for at undgå uhensigtsmæssigt overlap.
4. **Forskellige individer i de forskellige undersøgelser:** En vigtig overvejelse i forbindelse med kombination af data er, om der ønskes én samlet studiepopulation, hvor der for det enkelte barn er data på alle indikatorer i sundhedsprofilen, eller om man vil sammensætte en sundhedsprofil baseret på resultater fra de forskellige studiepopulationer i spørgeskemaundersøgelserne. I sidstnævnte tilfælde vil nogle undersøgelser bidrage med resultater til nogle emner i sundhedsprofilen, mens andre undersøgelser vil bidrage med data på andre emner, eventuelt i andre aldersgrupper.

Hvis man med data fra sundhedsprofilen ønsker at kunne undersøge sammenhænge mellem indikatorer, som indgår i *forskellige* spørgeskemaundersøgelser, er det en forudsætning, at oplysningerne skal kunne kobles på individniveau. Det vil sige, at det skal være de samme individer, der indgår i de undersøgelser, man ønsker at kombinere oplysninger fra.

Hvis man ikke har én samlet studiepopulation, vil man kunne sammenstykke oplysninger om forekomster (prævalenser) af en given indikator fra forskellige undersøgelser baseret på forskellige studiepopulationer. Man vil også have mulighed for at se på sammenhænge mellem indikatorer *inden for* hver af de enkelte undersøgelser, fx i *Skolebørnsundersøgelsen* (3), men således ikke *på tværs* af spørgeskemaundersøgelser

En væsentlig udfordring forbundet med at opnå én samlet studiepopulation, hvor der for det enkelte barn er data på alle indikatorer, er imidlertid, at det kræver en harmonisering af deltagerne i undersøgelserne herunder evt. opskalering af antal deltagere på de eksisterende undersøgelser og evt. ensretning af rekrutteringstilgang. Det vil sige, at hvis man ønsker at kombinere oplysninger fra fx *Skolebørnsundersøgelsen* (3) med oplysninger fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17) for de 15-årige, vil det kræve, at der inviteres de samme børn, hvilket kan være kompliceret, da man ved en skolebaseret rekruttering inviterer hele skoler på én gang og ikke enkeltpersoner som fx i VIVEs undersøgelse.

En sådan harmonisering indebærer således, at de samme personer skal inviteres og dermed også det samme antal inden for hver aldersgruppe. Endvidere vil det også kræve en vis harmonisering af interview-tidspunktet, således at de samlede individer er inden for

samme aldersgruppe på interview-tidspunktet (fx 2 år). En konsekvens heraf er således, at de samme deltagere inden for aldersgruppen skal deltage i alle de undersøgelser, man ønsker at kombinere, mens de har den alder (fx 2 år), som man ønsker at indhente information om.

Hvis det ikke er en forudsætning, at børnene har samme alder ved alle indikatorer, kan en mulighed for at kombinere data fra to forskellige undersøgelser være at forskyde dataindsamlings-tidspunkterne med et fast interval. Eksempelvis blandt skolebørn vil man eksempelvis kunne indsamle data hos de samme børn hvert andet år, men med skiftende tematisk fokus, således at to overordnede grupperinger af temaer belyses på skift hvert fjerde år.

5. **Kommunal, regional og national repræsentativitet:** For alle identificerede spørgeskemaundersøgelser (på nær de nationale trivselsmålinger udført af Børne- og Undervisningsministeriet og eventuelt også *SPOR*), vil der være behov for at opskalere studiepopulationen, hvis man ønsker, at sundhedsprofilen for børn og unge skal være repræsentativ på kommuneniveau.

En alternativ mulighed frem for at samle eksisterende spørgeskemaundersøgelser eller udforme en helt ny undersøgelse er, at en eksisterende spørgeskemaundersøgelse tilpasses til de ønsker og behov, der er til indhold og form for en kommende sundhedsprofil for aldersgruppen. En sådan tilpasning vil fx kunne være at inkludere nye spørgsmål inden for de temaer, der ikke allerede er dækket i undersøgelsen, og at tilpasse samplingen, således at stikprøven er kommunalt repræsentativ. Det ligger uden for denne rapports rammer at tage stilling til, om sådanne ændringer i både indhold og studiedesign af eksisterende spørgeskemaundersøgelser anses for en mulig og/eller ønsket løsning hos de projektansvarlige for de givne spørgeskemaundersøgelser.

I regi af BørnUngeliv har kommunerne opbygget en infrastruktur og organisering for indsamling af data på kommuneniveau, hvorfor det vil være relevant at undersøge mulighederne for fremadrettet at anvende denne dataindsamlingsplatform til en kommende national børne- og ungesundhedsprofil.

De identificerede registre/databaser i tabel 4.2 er landsdækkende og kan kobles på individniveau via CPR-nummer til både spørgeskemadata og eventuelt andre registre. De fleste af de identificerede registre og databaser har et snævert tematisk fokus. Opmærksomhedspunkter i forhold til registre/databaser er primært knyttet til arbejdet med at opretholde data samt eventuelle udfordringer i forhold til fx opdateringsfrekvens eller datakvalitet. Opmærksomhedspunkter for at samle data fra registre/databaser vil ikke blive diskuteret yderligere i det følgende, med undtagelse af den kommende *Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU)*, som vurderes som en meget central datakilde til en kommende sundhedsprofil.

Nedenfor gennemgås for hver af de tre aldersgrupper først eksperternes kommentarer til udfordringer forbundet med at samle eksisterende datakilder. Dernæst følger arbejdsgruppens opmærksomhedspunkter i forbindelse med at kombinere de spørgeskemaundersøgelser, der blev identificeret i kortlægningen (se kapitel 4) samt databasen *LDBU*.

5.1 Småbørn (0-5 år)

Opmærksomhedspunkter fremhævet af eksperter

Det fremhæves blandt andet af de deltagende eksperter, at det vil være hensigtsmæssigt at overveje muligheden for at samarbejde på tværs af eksisterende spørgeskemaundersøgelser, da det ellers kan medføre en dalende interesse for at deltage, hvis der etableres endnu en spørgeskemaundersøgelse til forældrene.

Data fra sundhedsplejerskernes journaler bliver af flere eksperter fremhævet som en meget vigtig datakilde til sundhedsprofilen for småbørn. Der gøres i den forbindelse opmærksom på, at der på nuværende tidspunkt indgår data fra 33 kommuner i samarbejdet *Databasen Børns Sundhed*, og at der arbejdes på at få sammenlignelige og valide data fra alle kommuner i den kommende *Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed*. Endvidere bemærkes det, at det kan være en udfordring at afgøre, ved hvilke indikatorer man skal anvende sundhedsplejerskedata, og ved hvilke man skal anvende forældrerapporterede data. Endeligt fremhæves også, at der i journaldata fra sundhedsplejerskernes journaler mangler data om børn i aldersintervallet fra 10 måneder og op til 5 år.

Det fremhæves også, at spørgeskemadata fra personale i dagpleje og fra forældre er vigtige kilder til information om børns sundhed, men at der vil ligge et stort arbejde i at udvikle valide spørgeskemaer til disse grupper om de 0-5-årige. Data fra alment praktiserende læge vurderes også særdeles relevant – i det omfang, at det er tilgængeligt.

Endvidere er det vigtigt at vurdere hvilken kilde, der er mest optimal til at hente information fra. Det fremhæves eksempelvis, at det i nogle tilfælde vil være bedst at få en fagpersons vurdering, via standardiserede og valide observationsmål, som de fagprofessionelle er blevet trænet i at anvende, frem for fx forældrerapporteringer.

Det fremhæves, at en af de væsentligste udfordringer vil være at få besvarelser fra personer, som sjældent deltager i spørgeskemaundersøgelser. Slutteligt pointeres det, at der bør være fokus på sproglige barrierer hos forældrene for at besvare spørgeskemaer.

Opmærksomhedspunkter ved identificerede spørgeskemaundersøgelser

I nedenstående afsnit følger arbejdsgruppens diskussion af opmærksomhedspunkter i forbindelse med at samle de identificerede spørgeskemaundersøgelser målrettet børn i alderen 0-5 år i en kommende sundhedsprofil, der er blevet identificeret i kortlægningen (kapitel 4).

SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet (16) er den af de identificerede spørgeskemaundersøgelser blandt småbørn, der har den største studiepopulation. Første dataindsamlingsrunde i 2017/18 inkluderede 52.010 børn i alderen 9 måneder, 2 år og 3 år (168).

Selvom *SPOR* ikke indeholder alle de dimensioner af sundhed, som er vurderet relevante i en kommende sundhedsprofil, så dækker den en række undertemaer inden for udvikling, helbred og trivsel.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til at kombinere data fra denne undersøgelse med eventuelle andre spørgeskemaundersøgelser er knyttet til undersøgelsens longitudinelle studie-design, hvor deltagere, der allerede har deltaget i tidligere dataindsamlingsrunder, bliver geninviteret. Hvis man fremadrettet ønsker én samlet studiepopulation i en sundhedsprofil og ønsker at inddrage data fra *SPOR*, vil respondenter, der indgår i den undersøgelse, også skulle inviteres i de andre spørgeskemaundersøgelser, man ønsker at kombinere. I *SPOR* inddrages en ny kohorte af (forældre til) børn i 9-månedersalderen ved hver ny dataindsamlingsrunde, hvorved der opnås et tværsnitsperspektiv i studiet. Sampling til disse nye kohorter vil ligeledes skulle harmoniseres med eventuelle andre spørgeskemaundersøgelser, såfremt man ønsker at opnå én samlet studiepopulation. Som drøftet i punkt 4 i diskussionen ovenfor på tværs af aldersgrupper vil data fra *SPOR* dog godt kunne indgå med prævalenser i en national repræsentativ sundhedsprofil, hvis der ikke ønskes én samlet studiepopulation.

Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (17) dækker en række undertemaer inden for sundhed, trivsel og sundhedsadfærd, som er vurderet relevante til en kommende sundhedsprofil. Inden for aldersgruppen 0-5 år indgår der imidlertid kun 3-årige i undersøgelsen, og der er tale om en relativ lille studiepopulation. Som følge af undersøgelsens longitudinelle studiedesign er der også samme opmærksomhedspunkter som ovenfor nævnt for *SPOR*-undersøgelsen i forhold til muligheder for at kombinere data fra denne undersøgelse med andre spørgeskemaundersøgelser.

Den kommende *Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU)* (62) vil indeholde data fra sundhedsplejerskernes journaler fra besøg i første leveår samt fra helbredsundersøgelser i indskoling og udskoling fra landets kommuner. Endvidere er det intentionen, at der på sigt skal indgå data fra de praktiserende læger samt svangerskabsdata. Det skal afklares, hvornår det er muligt at anvende data fra denne datakilde til en kommende national sundhedsprofil. Endvidere er det pt. uafklaret, hvilke sundhedsplejerskedata der kan inddrages fra *LDBU*, hvorfor det er uafklaret i hvilket omfang, *LDBU* indholdsmæssigt kan bidrage med data til en kommende sundhedsprofil. Det forventes dog, at centrale indikatorer i forhold til barnets udvikling, sundhed og trivsel vil indgå i databasen.

Opsummering

Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en kommende børnesundhedsprofil er *SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet (16)* den af de to identificerede spørgeskemaundersøgelser, der dækker flest aldersgrupper blandt de 0-5 årige, har den største studiepopulation, og samtidig indholdsmæssigt dækker en række af de undertemaer, som er vurderet relevante inden for udvikling, helbred og trivsel. Der vil dog være behov for en væsentlig tilpasning af indhold i den eksisterende *SPOR*-undersøgelse, hvis undersøgelsen skal være dækkende for de hoved- og undertemaer, der er vurderet relevante til en kommende sundhedsprofil. Der kan derfor være behov for at etablere en ny spørgeskemaundersøgelse målrettet de 0-5-årige. Der er desuden væsentlig supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

5.2 Børn i grundskolealderen (6-15 år)

Opmærksomhedspunkter fremhævet af eksperter

Flere eksperter fremhæver vigtigheden af at etablere et samarbejde mellem eksisterende undersøgelser, som kan indgå med data til en national sundhedsprofil for børn i grundskolealderen (og generelt), således at undersøgelserne kan supplere hinanden, og dataindsamlingstidspunkterne og -indhold ikke er sammenfaldende. Tilsvarende vurderes det uhensigtsmæssigt at etablere en helt ny spørgeskemaundersøgelse til en kommende sundhedsprofil, hvis deltagerne bliver spurgt om nogle af de samme spørgsmål, som de øvrige spørgeskemaundersøgelser afdækker, da der i forvejen findes mange spørgeskemaer i Danmark blandt målgruppen. Dog gøres der opmærksom på, at der i forskellige forskningsmiljøer kan være et forskelligt fagligt fokus på de temaer i spørgeskemaundersøgelserne, der ikke handler om sundhed og trivsel, hvorfor en samling af data fra spørgeskemaundersøgelser vil kræve en stor koordinering og kan medføre et meget langt spørgeskema, hvis det skal samles i ét skema. Alternativt foreslås det, at studiepopulationerne i de enkelte undersøgelser skal være så tilstrækkelige store, at det er muligt at kombinere data fra forskellige undersøgelser på individniveau.

Et forslag er desuden, at spørgeskemaundersøgelser baseres på individuelt udtrukne børn frem for en skolebaseret tilgang.

Det fremhæves, at én af udfordringerne ved at bruge eksisterende data kan være juridiske begrænsninger, herunder ophavsret, som bør afklares.

Det foreslås, at dataindhentning bør foretages elektronisk, fx via en app for på den måde at nå børn/unge bedst.

Diskussion af muligheder og barrierer

I nedenstående afsnit følger arbejdsgruppens diskussion af muligheder og barrierer for at samle de spørgeskemaundersøgelser målrettet børn og unge i alderen 6-15 år, der er blevet identificeret i kortlægningen (kapitel 4).

En væsentlig barriere for at kombinere data fra de identificerede spørgeskemaundersøgelser, relaterer sig til stikprøvestørrelserne i studierne. I to af de identificerede undersøgelser (*Skolebørnsundersøgelsen (3)* og *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (17)*) (52) er studiepopulationernes størrelse så relativt lille, at det ikke er muligt at koble data fra disse undersøgelser på individniveau, da der forventeligt ikke er et væsentlig overlap i mellem individerne i de studier. En kombination af disse undersøgelser vil desuden kræve, at de harmoniseres i forhold til studie-design, deltager (herunder antal) og interviewtidspunkt for at opnå én samlet studiepopulation. Ligeledes vil undersøgelserne ikke være kommunalt repræsentative i deres eksisterende form. Undersøgelserne vil dog kunne indgå i en national repræsentativ sundhedsprofil med prævalenser.

Den Nationale Trivselsmåling (19) inkluderer årlige målinger blandt alle elever fra 0. til 9. klasse fra folkeskoler, herunder kommunale specialskoler samt skoler på anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud (19). Som følge heraf vil der i høj grad være overlap mellem deltagende elever i Den Nationale Trivselsmåling og de øvrige identificerede spørgeskemaundersøgelser blandt børn i grundskolen. Imidlertid indgår private grundskoler ikke i *Den Nationale Trivselsmåling*. Da elever

på private grundskoler for nuværende udgør omkring en 1/5 af alle grundskoleelever i Danmark (169), og der i *Skolebørnsundersøgelsen* indgår elever fra både privat- og folkeskoler, men ikke elever på specialskoler, i specialklasser, på anbringelsessteder og dagbehandlingstilbud, er der således heller ikke fuldt overlap mellem deltagere i *Den Nationale Trivselsmåling* og *Skolebørnsundersøgelsen*. For undersøgelsen *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17) foregår rekruttering ikke via skolen, men på individniveau, og graden af overlap af deltagere med *Den Nationale Trivselsmåling* er derfor uvis, men formodes ikke at være komplet.

Såfremt man ønsker, at en kommende sundhedsprofil skal være repræsentativ på kommunalt niveau, kræver det en væsentlig større studiepopulation (se eventuelt kapitel 9), end der for nuværende indgår i to af de identificerede spørgeskemaundersøgelser (*Skolebørnsundersøgelsen* (3), *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17)). I forhold til antal af deltagere er *Den Nationale Trivselsmåling* dækkende for kommunale folke- og specialskoler, men har et indholdsmæssigt mere snævert fokus, som primært undersøger, hvordan elever trives i skolen, og dermed ikke er indholdsmæssigt dækkende for temaer i en kommende national sundhedsprofil.

Indholdsmæssigt er *Skolebørnsundersøgelsen* (3) og *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17) de identificerede undersøgelser inden for aldersgruppen, der dækker flest af de undertemaer, som er vurderet relevante inden for helbred, trivsel og sundhedsadfærd.

Skolebørnsundersøgelsen har indsamlet data siden 1984, hvilket giver mulighed for at følge trends på en række områder inden for skolebørns sundhed over en lang årrække (3). Første dataindsamling til *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* blev foretaget i 2009, og i kraft af undersøgelsens longitudinelle design, hvor de samme respondenter deltager over tid, samtidig med at der inkluderes nye 3-årige ved hver dataindsamling, giver undersøgelsen mulighed for at følge udvikling over tid på både årgangs- og individniveau (170). Som redegjort for ovenfor udgør det longitudinelle design samtidig et opmærksomhedspunkt ved eventuel kombination af data på individniveau herfra med andre spørgeskemaundersøgelser, da det vil indebære, at samme deltagere vil skulle inviteres i de andre spørgeskemaundersøgelser, også over tid.

Da *Skolebørnsundersøgelsen* er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) er undersøgelsen forpligtet til at inkludere de internationale obligatoriske spørgsmål, og det er derfor ikke muligt at ændre spørgeskemaet markant.

Fra den kommende *Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU)* (62) vil det være relevant at inddrage information om børnenes højde og vægt fra indskolings- og udskolingsundersøgelser samt øvrige relevante variable, som kommer til at indgå i *LDBU*. Dog kan tidspunktet for fx udskolingsundersøgelserne variere mellem kommunerne.

Opsummering

Der er væsentlige barrierer for at kombinere data fra de identificerede spørgeskemaundersøgelser i aldersgruppen 6-15 år. Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en kommende børnesundhedsprofil, er *Skolebørnsundersøgelsen* indholdsmæssigt en af de identificerede spørgeskemaundersøgelser, der inden for aldersgruppen dækker flest af de undertemaer, som er vurderet relevante, og hvor studiedesignet samtidig vurderes mest oplagt at integrere i en kommende sundhedsprofil. *Skolebørnsundersøgelsen* er desuden den undersøgelse, der har indsamlet tværnsnitsdata over den længste periode (siden 1984). Der vil dog være behov for en vis tilpasning i form af

ekstra spørgsmål inden for emner, der er vurderet relevante i denne forundersøgelse, men som for nuværende ikke indgår i *Skolebørnsundersøgelsen*. Aldersmæssigt dækker *Skolebørnsundersøgelsen* 11-15 år. Der er derfor behov for enten at etablere en ny spørgeskemaundersøgelse målrettet de 6-10-årige eller tilpasse form og indhold i eksisterende spørgeskemaundersøgelser, fx *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17), som indsamler data blandt 7-årige.

Der er supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

5.3 Unge (16-24 år)

Opmærksomhedspunkter fremhævet af eksperter

Generelle opmærksomhedspunkter fra eksperterne i forbindelse med dataindsamling blandt unge (16-24 år) er knyttet til, at unge efter afslutningen af grundskolen overgår til mange forskellige typer af uddannelsesinstitutioner, kommer i arbejde eller står uden for uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet. Dermed er der mange flere mulige arenaer for dataindsamling end fx for børn i grundskolealderen. Endvidere ses der blandt unge generelt en lavere svarprocent i spørgeskemaundersøgelser end blandt ældre. Flere eksperter fremhæver, at en måde at imødekomme disse udfordringer på kan være at kombinere flere forskellige dataindsamlingsmetoder. Eksempelvis foreslås det, at dataindsamlingen kan finde sted både via uddannelsesinstitutioner (fx ungdomsuddannelser og FGU-institutioner) samt via fx jobcentre og eventuelt psykiatrien med henblik på at nå gruppen af unge uden for både uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet samt de mere sårbare unge.

Erfaringsmæssigt konstateres det, at en del unge ikke anvender eller åbner deres e-Boks, hvorfor det ikke vurderes som den mest hensigtsmæssige tilgang til at invitere blandt de unge. Dog bemærkes det også, at dataindsamling via så mange forskellige uddannelsesinstitutionerne og samarbejdspartnere vil være ressourcekrævende.

Endvidere beskrives det af eksperterne som en mulighed at anvende personligt interview (fx via telefonopkald) blandt de grupper af unge, som erfaringsmæssigt har en lav svarprocent, selv om det også fremhæves som en ressourcekrævende dataindsamlingsmetode. Slutteligt fremhæves også længden af spørgeskemaet som betydningsfuldt for svarprocenten.

Diskussion af muligheder og barrierer

I nedenstående afsnit følger arbejdsgruppens diskussion af muligheder og barrierer for at kombinere de spørgeskemaundersøgelser målrettet unge i alderen 16-24 år, der er blevet identificeret i kortlægningen (kapitel 4).

Der er identificeret en række forskellige spørgeskemaundersøgelser målrettet unge inden for aldersgruppen 16-24 år (se tabel 4.1), heraf nogle, der inviterer via uddannelsesinstitutioner, og andre, der inviterer via digital post.

Tidligere spørgeskemaundersøgelser blandt unge viser, at rekruttering via fx ungdomsuddannelser kan bidrage til en relativt høj svarprocent på elevniveau (45). Af hensyn til svarprocenten kan det derfor være hensigtsmæssigt at indsamle spørgeskemadata blandt de unge via ungdomsuddannelserne. Det samlede deltagerantal vil dog være afhængig af tilslutningen til undersøgelsen blandt uddannelsesinstitutionerne (45).

Børne- og Undervisningsministeriets årlige trivselsmålinger blandt elever på henholdsvis gymnasiale uddannelser, erhvervsuddannelser og forberedende grunduddannelse (FGU) er obligatoriske at gennemføre og dækker som følge heraf hele populationen af unge på disse ungdomsuddannelser. Indholdsmæssigt er spørgsmålene i spørgerammen til gymnasiale uddannelser og erhvervsuddannelser udelukkende relateret til skoletrivsel (og læreplads for erhvervsuddannelserne) (fx "Jeg

trives på skolen” (171) og ”Føler du dig ensom i skolen” (171, 172). I spørgeskemaet til FGU indgår ud over skolerelaterede trivselsspørgsmål også enkelte spørgsmål om trivsel i fritiden, fx vedrørende at have nogen at tale med, når man er ked af det, og at mangle nogen at være sammen med i fritiden (173).

Hvis der til en kommende ungesundhedsprofil vælges en tilgang med at indsamle spørgeskema-data blandt de unge via ungdomsuddannelserne, vil det som følge af den høje grad af dækning blandt uddannelsesinstitutionerne og årlige dataindsamling være muligt at anvende data direkte fra trivselmålingerne fra ungdomsuddannelserne, men således kun i forhold til trivsel i skolesammenhæng. Fra trivselmålingen for FGU vil der også kunne inkluderes enkelte indikatorer for trivsel udenfor skolen.

I efteråret 2023 indledte SIF dataindsamlingen til en national spørgeskemaundersøgelse rettet mod unge på FGU for at monitorere elevernes sundhed og trivsel (*FGU 23 – Sundhed og trivsel* (46)). Indholdsmæssigt dækker denne undersøgelse således relevante hoved- og undertemaer i en kommende sundhedsprofil, og derudover er spørgeskemaet tilpasset målgruppen. Alle landets FGU-institutioner er inviteret til at deltage i undersøgelsen. Da databearbejdningen i skrivende stund endnu ikke er færdiggjort, er deltagelsesprocent på både institutions- og individniveau endnu ikke kendt. Hvor dækkende denne undersøgelse bliver for målgruppen, vil også fremover afhænge af, hvor mange FGU-institutioner der deltager i undersøgelsen.

Fælles for spørgeskemaundersøgelserne *Den Nationale Sundhedsprofil* (6) (herunder *Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY)*²), *Den danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse* (del af *Den Europæiske Sundhedsprofil (EHIS)*) og *SHILD (Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark)* (50) er, at der inviteres via digital post, og det emnemæssige fokus i undersøgelserne er sundhed, trivsel og sundhedsadfærd og derfor indholdsmæssigt meget relevante i forbindelse med en kommende national sundhedsprofil for unge. Studiepopulationerne i disse undersøgelser inkluderer imidlertid ikke kun unge, men alle alderstrin blandt voksne (*SHILD* op til 64 år), og som følge heraf er spørgsmålene ikke kun målrettet unge. *Fællesskabsmålingen* (51) inkluderer ligeledes voksne i alderen 18-69 år.

Da *EHIS* er en del af et europæisk samarbejde, er der ikke umiddelbart mulighed for at ændre i spørgsmålsformuleringerne, da dette kræver enighed blandt alle landene i samarbejdet, og der er i kraft af undersøgelsens længde kun i meget begrænset omfang mulighed for at tilføje yderligere spørgsmål, hvilket således er væsentlige barrierer for at kunne opnå en indholdsmæssigt dækkende sundhedsprofil for unge alene ved brug af denne datakilde.

I *Den Nationale Sundhedsprofil/SUSY* ses endvidere, at enkelte spørgsmål har større relevans blandt de ældre aldersgrupper end blandt de 16-24-årige. Det gælder fx spørgsmål om specifikke sygdomme som grå stær, knogleskørhed og hjerneblødning i *Den Nationale Sundhedsprofil* (og *SUSY*, som er en del af *Den Nationale Sundhedsprofil*) (6). Desuden er nogle af spørgsmålene formuleret således, at de primært henvender sig til personer på arbejdsmarkedet (fx ”Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader etc.”) (41). Langt de fleste af spørgsmålene i *Den Nationale Sundhedsprofil* vurderes dog også relevante for den unge aldersgruppe. I forhold til hvilke temaer, der er vurderet relevante at belyse i en kommende

² Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY) er en del af Den Nationale Sundhedsprofil og indeholder ud over de fælles kernespørgsmål i Den Nationale Sundhedsprofil en række yderligere spørgsmål.

sundhedsprofil for unge, mangler der i *Den Nationale Sundhedsprofil* imidlertid spørgsmål om en række vigtige emner fx om skærmbrug, brug af de sociale medier, gaming og spørgsmål om selvskade og selvmordsforsøg.

I en kommende sundhedsprofil for unge kan det således være relevant at have et spørgeskema, hvor spørgsmålene udelukkende er målrettet aldersgruppen 16-24 år, og som indeholder de aspekter af sundhed, som vurderes som mest relevant i aldersgruppen med henblik på at opnå en dækkende national ungesundhedsprofil.

I undersøgelsen *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel* (17) indgår der inden for målgruppen 16-24 år kun data på 19-årige. Da der er tale om en relativ lille studiepopulation i forhold til *Den Nationale Sundhedsprofil*, vil det som redegjort for ovenfor være vanskeligt at kombinere data fra denne undersøgelse med øvrige undersøgelser.

De identificerede spørgeskemaundersøgelser *SHILD (Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark)* (50), *Fællesskabsmålingen* (51) og *Levevilkårsundersøgelsen (SILC)* (52) har relativt mindre studiepopulationer inden for aldersgruppen af unge end fx *Den Nationale Sundhedsprofil*, hvilket også vil vanskeliggøre en kombination af data fra disse undersøgelser med andre spørgeskemadata.

Opsummering

Der er væsentlige barrierer for at kombinere data fra de identificerede spørgeskemaundersøgelser i aldersgruppen 16-24 år. Såfremt der ønskes én samlet studiepopulation i en kommende sundhedsprofil for unge, vurderes *Den Nationale Sundhedsprofil* (inkl. *SUSY*) (6) som den mest relevante spørgeskemaundersøgelse at inddrage som datakilde i en kommende sundhedsprofil for unge. Således dækker *Den Nationale Sundhedsprofil* indholdsmæssigt en lang række af de underemaer, som er vurderet relevante for aldersgruppen, den har en relativt stor studiepopulation, og samtidig indgår undersøgelsen ikke som en del af et internationalt samarbejde, som er en væsentlig barriere for at kunne tilpasse en undersøgelse til ønskerne for en kommende national sundhedsprofil for unge.

For at opnå en dækkende sundhedsprofil for aldersgruppen vil der dog være behov for tilføjelse af ekstra spørgsmål i *Den Nationale Sundhedsprofil* inden for de aspekter af sundhed, som er vurderet relevante for aldersgruppen, fx digitalt medieforbrug. Endvidere er en relativt lav svarprocent blandt unge generelt en udfordring i spørgeskemaundersøgelser, herunder også i *Den Nationale Sundhedsprofil*. Af hensyn til svarprocenten kan det derfor være hensigtsmæssigt at indsamle data via ungdomsuddannelserne, suppleret med rekrutteringstilgange rettet mod unge på arbejdsmarkedet (fx via digital post) og eventuelt rettet mod de mere sårbare unge, fx rekruttering via jobcentre. Ved en sådan tilgang kan spørgeskemaundersøgelsen *FGU 23 – Sundhed og trivsel* (46) være meget relevant at inddrage. For de øvrige ungdomsuddannelser vil der i givet fald skulle etableres nye spørgeskemaundersøgelser, alternativt metodisk tilpasse eksisterende spørgeskemaundersøgelser. Det vil være muligt at supplere med oplysninger om skolerelateret trivsel fra Børne- og Undervisningsministeriets nationale trivselsmålinger fra ungdomsuddannelserne (171-173). For unge på arbejdsmarkedet kan der eventuelt tages udgangspunkt i *Den Nationale Sundhedsprofil*. Der er øvrigt supplerende information at hente fra registre/databaser i denne aldersgruppe.

6. Afdækning af vigtigste temaer i en børne- og ungesundhedsprofil

I dette kapitel præsenteres resultaterne af Delphi-processen, som havde til formål at afdække, hvilke hoved- og undertemaer der er de væsentligste at belyse i en kommende sundhedsprofil for børn og unge. Resultaterne er opdelt i de tre aldersgrupper, som Delphi-processen blev gennemført for: 0-5 år, 6-15 år og 16-24 år.

Eksperterne vurderede i Delphi-processen undertemaernes relevans på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 er højeste relevans. I de følgende afsnit præsenteres for hver aldersgruppe tabeller med gennemsnitsscore for relevansen af de enkelte undertemaer samt et sammendrag af de kommentarer, eksperterne har haft til hoved- og undertemaer i Delphi-processen.

I de følgende afsnit vil de undertemaer, som har fået en score ≥ 4 , blive fremhævet. Grænsen på ≥ 4 er valgt som udtryk for, at ekspertpanelet samlet set vurderer undertemaet til at have høj relevans. Denne grænse skal dog ikke ses som udtryk for, at det præcis er disse undertemaer, som skal indgå i en kommende sundhedsprofil, men blot en afgrænsning af, hvilke undertemaer ekspertpanelet har vurderet mest relevante. Der er således ikke en fast grænse for, hvilken gennemsnitlig score et undertema skal have for at kunne indgå i en kommende sundhedsprofil for børn og unge. Ved etablering af en fremtidig sundhedsprofil vil forhold som fx længden af de enkelte spørgeske-maer være en væsentlig faktor i forhold til, hvor mange indikatorer en sundhedsprofil kan indeholde. Forundersøgelsens resultater kan være med til at guide valg og fravalg af indikatorer fremover.

Diskussion af metoden for at afdække de vigtigste dimensioner af børn og unges sundhed via Delphi-metoden følger i slutningen af dette kapitel.

6.1 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for børn i aldersgruppen 0-5 år

Tabel 6.1 viser gennemsnitsscoren for relevansen af hvert undertema inden for 14 forskellige hovedtemaer i en sundhedsprofil for børn i aldersgruppen 0-5 år. I tabellen fremgår samtidig et sammendrag af relevante ekspertkommentarer fra Delphi-processen. Ved de hovedtemaer, som senere er blevet præsenteret for eksperter, som har specificeret aspekterne af hovedtemaets undertemaer (se også kapitel 7), fremgår kommentarerne fra Delphi-processen ikke, da kommentarerne blev inddraget i eksperternes arbejde.

Overordnet set scorer undertemaerne for "Psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer" og "Mental sundhed og trivsel" højt for aldersgruppen 0-5 år, ligesom undertemaerne for "Sociale

relationer” og ”Daglig pasning”. Desuden bliver en del undertemaer under ”Udvikling og Funktion” og ”Fysisk helbred” og ”Overordnet helbred” vurderet til at have høj relevans. For ”Sundheds- og risikoadfærd” er det undertemaer omhandlende fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd, mad og måltider, søvn, digital adfærd, udsættelse for tobaksrøg og vaccinationer, som scorer højest. Undertemaer relateret til ”Forældres helbred og sundheds- og risikoadfærd” scorer også højt.

Som det fremgår af Tabel 6.1 har følgende undertemaer scoret $\geq 4,0$:

Fysisk helbred: *Fysiske symptomer (4,4) og Langvarig sygelighed (4,2).*

Udvikling og funktion: *Vækst ($\geq 4,8$), Motorisk udvikling (4,7), Kognitiv funktion (4,4), Socio-emotionel udvikling (4,3), Sociale kompetencer (4,2) og Sprog/kommunikation (4,1).*

Psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer: *Adfærdsproblemer (4,5), Psykiske symptomer/følelsesmæssige problemer (4,4) og Type af psykisk sygdom (4,1).*

Mental sundhed og trivsel: *Velbefindende ($\geq 4,8$) og Funktion og deltagelse (4,6).*

Overordnet helbred: *Konsekvenser af langvarig sygelighed og funktionsnedsættelse hos barnet (4,4)*

Ulykker og skader: *Skader (4,1)*

Sociale relationer: *Forældre-barn-relation (4,6), Relationel belastning (4,3) og Oplevelse af fællesskab (4,0).*

Sundheds- og risikoadfærd: *Fysisk aktivitet ($\geq 4,8$), Søvn (4,7), Digital adfærd (4,6), Vaccinationer (4,5), Udsættelse for tobaksrøg (4,4), Stillesiddende adfærd (4,0) og Mad og måltider (4,0).*

Daglig pasning: *Daglig pasning (4,4) og Trivsel i dagtilbud (4,0).*

Kontakt med sundhedsvæsenet: *Sundhedsplejerske (4,1)*

Forældres helbred samt Forældres sundheds- og risikoadfærd: *Forældres sundheds- og risikoadfærd (4,6) og Forældres helbred (4,1)*

Baggrundsoplysninger for barn og forældre: *Familiekarakteristika (4,1).*

Undertemaerne inden for hovedtemaerne *Medicinforbrug* og *Dødelighed* scorer alle under 4.

Table 6.1 Gennemsnitsscore for relevans* af hvert undertema inden for 14 forskellige hovedtemaer i en sundhedsprofil for børn i aldersgruppen 0-5 år samt udvalgte ekspertkommentarer fra Delphi-processen.

Hovedtema	Undertemaer	Gennemsnitsscore
Fysisk helbred	Fysiske symptomer (fx feber, smerter, mavepine, ondt i øret)	4,4
	Langvarig sygelighed (fx diabetes, allergi, epilepsi, kræft)	4,2
	Akut sygelighed (fx børnesygdomme (fx skoldkopper), luftvejssygdomme, mave-tarm-sygdomme)	3,2
	Medfødt sygdom, handicap eller misdannelse (fx hjertefejl, nyresygdom, Downs syndrom, cerebral parese, læbe-ganespalte)	3,0
	Tandproblemer (fx huller i tænderne, manglende tænder)	2,9
Udvikling og funktion	Vækst (fx højde/længde og vægt)	≥4,8
	Motorisk udvikling (fx grovmotorik, finmotorik, motoriske vanskeligheder, bevægelseshandicap)	4,7
	Kognitiv funktion (fx svært ved at holde sig i ro, evne til at fastholde aktiviteter, evne til at selv at løse problemer, evne til at holde koncentrationen, forsinket eller forstyrret udvikling i forhold til læring)	4,4
	Socio-emotionel udvikling (fx kan lide at blive taget op og holdt om, barnet tjekker om forældre er i nærheden, barnet er trygt)	4,3
	Sociale kompetencer (fx god til at tage hensyn til andre, beskæftige sig selv uden voksendeltagelse, hente/bringe ting til andre, samspil med andre børn i dagtilbud)	4,2
	Sprog/kommunikation (fx stammen, talevanskeligheder, forsinket sprogudvikling)	4,1
	Fødselsrelaterede oplysninger (fx fødselsvægt, længde og hovedomfang ved fødslen, gestationsalder, Apgar-score)	3,9
	Hørelse (fx brug af høreapparat/CI, nedsat hørelse, hørehandicap, dræn)	3,4
	Reaktioner på sanseindtryk (fx reaktion på berøring, at blive tumlet med, reaktion på lyde og synsindtryk)	3,3
	Syn (fx brug af briller, nedsat syn, synshandicap, skelen)	3,1
Psykisk sygdom og mentale	Adfærdsproblemer (fx problemer i forhold til barnets signaler og reaktioner, manglende øjenkontakt, barnet har ofte raserianfald, barnet er aggressivt, barnet er impulsivt, problemer med samspil med andre (herunder ukritisk eller udifferentieret kontakt))	4,5

helbreds-problemer	Psykiske symptomer/følelsesmæssige problemer (fx irritabel, nervøs, ængstelig, tristhed, vedvarende gråd, spiseproblemer, søvnproblemer, social tilbagetrækning)	4,4
	Type af psykisk sygdom (fx spiseforstyrrelse, følelsesmæssig forstyrrelse (fx angst og depression), tilknytningsforstyrrelse, adfærdsforstyrrelse, udviklingsforstyrrelse (fx sprogforstyrrelse, autismspektrumsforstyrrelser, ADHD/ADD, udviklingshæmning)	4,1
Overordnet helbred	Konsekvenser af langvarig sygelighed og funktionsnedsættelse hos barnet (Fx omfang af barnets sygefravær, barnets kontakt med sundhedsvæsenet, omfang af barnets begrænsninger i dagligdagen)	4,4
	Forældrevurderet overordnet helbred hos barnet	3,8
	Konsekvenser af akut sygelighed hos barnet (Fx omfang af barnets sygefravær, barnets kontakt med sundhedsvæsenet)	3,6
Mental sundhed og trivsel	Velbefindende (fx barnets humør, glæde og tilfredshed)	≥4,8
	Funktion og deltagelse (fx barnet er aktiv og ivrig, kan udfolde sine evner og deltage i aktiviteter og sociale relationer)	4,6
Ulykker og skader	Skader (fx antal gange inden for det seneste år, type af skade (fx tandskade, knoglebrud, hjerne-rystelse, forgiftning), lægefaglig/tandlægefaglig hjælp påkrævet som følge af skade, skade som har gjort det besværligt at udføre leg)	4,1
	Ulykker (fx antal gange inden for det seneste år, som har ført til kontakt til læge/tandlæge/skade-stue, type af ulykke (fx faldulykke, ulykker med klemning eller stik, forbrændingsulykker)	3,6
	<p><i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Det pointeres, at skader i forbindelse med ulykker er den vigtigste dødsårsag i aldersgruppen og en årsag til mange sygedage blandt børn og unge. Det vurderes, at der ikke findes gode data om emnet i forvejen. - Det vurderes, at en vigtig indikator inden for undertemaerne Skader og Ulykker kan være hyppighed (>2 om året). - Det pointeres, at det kan være vanskeligt at skelne mellem undertemaerne Skader og Ulykker. 	
Sociale relationer	Forældre-barn-relation (fx forældres egen vurdering af at være i stand til at forstå og reagere på barnets behov, forældre taler med barnet om, hvordan det er gået i dagtilbud, forældre leger med barnet)	4,6
	Relationel belastning (ca. 3-5 år) (fx konflikter med søskende/andre børn i institutionen, mobning/drillerier (rettet mod én selv eller andre))	4,3
	Oplevelse af fællesskab (ca. 3-5 år) (fx oplevelse af, om det er let at få nogle at lege med i børnehaven)	4,0

	Socialt netværk (aktivitet, hyppighed, hvem?) (fx har venner med hjemme og lege, børn og voksne, som barnet har kontakt til)	3,6
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Der ytres bekymring for, om der findes en valid måde at indsamle data om forældre-barn-relation på. - Det kommenteres i forbindelse med afgivelse af score, at det ikke er tydeligt, om forældrene til barnet indgår som en del af det sociale netværk ved undertemaet 'Socialt netværk'. - I forhold til undertemaet 'Relationel belastning' foreslås en differentiering mellem søskende og jævnaldrende. 	
Sundheds- og risikoadfærd	Fysisk aktivitet (fx aktivitetsniveau, hyppighed, udendørs leg)	≥4,8
	Søvn (fx, søvnlængde og -mønstre, faste sengetider, opleves barnets søvn problematisk)	4,7
	Digital adfærd (fx brug af skærmmedier (varighed, hyppighed, type))	4,6
	Vaccinationer (fx fulgt børnevaccinationsprogram)	4,5
	Udsættelse for tobaksrøg (fx rygning i hjemmet)	4,4
	Stillesiddende adfærd (fx total siddeperiode)	4,0
	Mad og måltider (fx type af mad og drikkevarer (hyppighed og portionsstørrelse), måltider sammen med familien, har mod på at smage noget nyt, kosttilskud og vitaminer, får D-dråber, bekymring for barnets mad og spisevaner)	4,0
	Retningslinjer i familien/hjemmet (fx regler for skærmtid, regler for indtag af slik/sodavand/chips)	3,9
	Tandhygiejne (fx tandbørstning, brug af sut)	3,9
	Amning/modermælkserstatning/overgangsmad (ca. 0-2 år) (fx ammelængde, fuldammning i mindst 4 måneder, brug af MME, introduktion af skemad)	3,9
	Trafiksikkerhed (fx brug af cykelhjelm, sikkerhedssele)	3,6
	Solvaner (fx brug af solcreme, tid i solen om sommeren, hyppighed af solskoldninger)	3,3
	Hygiejne generelt (fx hyppighed af håndvask hos forældre/barn, bad)	2,8
		<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det kommenteres, at man bør begrænse spørgsmålene til Mad og måltider til nogle få robuste indikatorer. - Det pointeres, at information om amning kan hentes fra sundhedsplejerskejournaler. - Det pointeres, at information om vacciner findes i registrene.
Daglig pasning	Daglig pasning (fx antal timer i dagtilbud, pasningsform)	4,4
	Trivsel i dagtilbud (fx kan barnet lide at være i sit dagtilbud, er forældrene trygge ved at aflevere barnet)	4,0

	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at Trivsel i dagtilbud er svært at måle for aldersgruppen.	
Kontakt med sundheds-væsenet	Sundhedsplejerske (fx anvendt sundhedspleje, ekstra besøg)	4,1
	Egen læge (fx kontakt med almen praktiserende læge, fx inden for det seneste år)	3,5
	Hospitalskontakt (fx antal indlæggelser, skadestue, ambulante besøg (somatisk og psykiatrisk))	3,5
	Tandlæge (fx regelmæssig brug af tandlæge)	3,5
	Speciallæge uden for hospital (fx kontakt med øre-, næse-, halslæge, øjenlæge, pædiater, børne-psykiater, børne- og ungelæge)	3,3
	Kontakt til psykolog (fx brug af psykolog)	2,9
	Anden behandling (fx fysioterapi, ergoterapeut, kiropraktor, talepædagog, hørekonsulent)	2,8
	Alternativ behandling (fx zoneterapi, kranio-sakral terapi)	2,5
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det pointeres, at det er svært at vide, hvad kontaktdata måler, da det fx kan afspejle tilgængeligheden af tilbud eller forældrenes bekymringsniveau, og ikke blot barnets sygelighed. - Det pointeres, at oplysningerne i vidt omfang kan hentes fra registre.	
Medicinforbrug	Receptpligtig medicin (fx type, dosis, hyppighed)	3,3
	Håndkøbsmedicin (fx type, dosis, hyppighed og naturmedicin)	3,3
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Smertestillende og febernedsettende håndkøbsmedicin fremhæves som de vigtigste indikatorer inden for undertemaet Håndkøbsmedicin. - Hyppigheden af indtaget fremhæves som vigtigt af nogle, mens andre kommenterer, at man bør holde sig til få ja-nej spørgsmål og holde sig fra præparat, dosis og hyppighed. - Ved undertemaet Receptpligtig medicin foreslås det, at der spørges til, hvorvidt barnet har fået medicin, som var udskrevet til andre.	
Forældres helbred samt sundheds- og risikoadfærd	Forældres sundheds- og risikoadfærd (fx rygning i hjemmet, moders alkoholindtag i ammeperi-oden, forældres brug af rusmidler, forældres skærmtid)	4,6
	Forældres helbred (fx psykisk sygdom/mentale helbredsproblemer, fysisk helbred (herunder kronisk sygdom), BMI (vægt og højde))	4,1
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Flere eksperter kommenterer, at disse undertemaer bør holdes til nogle meget få robuste indikatorer, fx rygning i hjemmet og forældre psykiske sygdom.	

	- Det foreslås dog også, at hovedtemaet differentieres i: Kronisk fysisk sygdom, Psykisk sygdom, Mentale helbredsproblemer, Alkoholforbrug, Misbrug (medicin/ narkotiske eller centralstimulerende midler), Forældres skærmtid, Konflikter i hjemmet/ parforholdsproblemer.	
Dødelighed	Dødelighed (registerbaserede oplysninger) (fx alder ved død, dødsårsag)	3,3
Baggrundsoplysninger for barn og forældre	Barnets baggrundsoplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune, herkomst)	Indgår obligatorisk og er derfor ikke vurderet
	Forældres baggrundsoplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune, herkomst, højest fuldførte uddannelse, stillingsbetegnelse, beskæftigelsesstatus)	Indgår obligatorisk og er derfor ikke vurderet
	Familiekarakteristika (fx hvem bor barnet sammen med (herunder evt. type af deleordning, anbragt uden for hjemmet), forældres samlivsstatus, ændring i familiesammensætning, antal søskende, vurdering af økonomisk råderum)	4,1
	Støtte og hjælp til barnet/familien (fx familiebehandling i socialværk eller andet regi, socialpædagogisk støtte)	3,8
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Familieform/ hvem barnet bor med, bliver af flere eksperter fremhævet som den vigtigste indikator inden for undertemaet Familiekarakteristika. - Det bliver pointeret af flere, at familieform er vanskeligt at måle, da der findes mange forskellige typer familier, og børn kan have mange forskellige forældre. 	
<p>Noter: * Relevans af hvert undertema blev vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 er højeste relevans. Gennemsnitsscoren er gennemsnittet af eksperternes vurderinger fra anden runde af Delphi-processen, som er den endelige vurdering.</p> <p>Metode for udformning af hovedtemaer og undertemaer er beskrevet i kapitel 3, afsnit 3.3.</p>		

6.2 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for børn og unge i aldersgruppen 6-15 år

I Tabel 6.2 vises gennemsnitsscoren for relevansen af hvert undertema i en sundhedsprofil for børn og unge i alderen 6-15 år samt et sammendrag af relevante ekspertkommentarer fra Delphi-processen for hvert tema.

Undertemaerne inden for hovedtemaerne ”Psyisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel”, ”Mental sundhed og trivsel” og ”Sociale relationer” bliver generelt vurderet til at have høj relevans for de 6-15-årige, ligesom undertemaerne under hovedtemaet ”Skoleliv”. En del undertemaer under ”Fysisk helbred” og ”Overordnet helbred” scorer også højt. For hovedtemaet ”Sundheds- og risikoadfærd” scorer særligt undertemaerne omhandlende kost, rygning, alkohol, bevægelse, digitale medier, søvn, euforiserende stoffer og vaccinationer højt.

Som det fremgår af Tabel 6.2 har følgende undertemaer scoret $\geq 4,0$:

Fysisk helbred: *Langvarig sygelighed og kroniske smerter (4,7), Fysiske symptomer (4,4) og Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse (4,4).*

Psyisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel: *Psyisk sygdom (4,7), Ensomhed (4,6), Selvskade (4,4), Adfærdsproblemer (4,4) og Psykiske symptomer/følelsesmæssige problemer (4,3).*

Overordnet helbred: *Påvirket af sygdom eller funktionsnedsættelse i dagligdagen (4,6), Selvvurderet overordnet helbred (4,2).*

Mental sundhed og trivsel: *Psyisk velbefindende ($\geq 4,8$), Socialt velbefindende (4,7) og Følelsesmæssigt velbefindende (4,7).*

Udvikling og funktion: *Sociale kompetencer (4,6), Vækst (4,6), Kognitiv funktion (4,4) og Motorisk funktion (4,2).*

Sociale relationer: *Emotionel støtte ($\geq 4,8$), Relationel belastning (4,7), Socialt netværk (4,6) og (Oplevelse af) fællesskab (4,4).*

Sundheds- og risikoadfærd: *Omfang og type af fysisk aktivitet (4,5), Omfang og type af stillesiddende adfærd (4,4), Omfang og brug af digitale medier (4,7), Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier (4,7), Deling af billeder og video (4,0), Mad- og måltidsmønstre (4,3), Søvnkvantitet og -kvalitet (4,7), Årsager til træthed/for lidt søvn (4,0), Alkoholforbrug (4,6), Alkohol og fællesskaber (4,0), Konsekvenser af alkohol (4,0), Omfang af cigaretrykning ($\geq 4,8$), E-cigaretter ($\geq 4,8$), Røgfri nikotinprodukter ($\geq 4,8$), Forbrug af hash, cannabis, pot og skunk (4,7), Vaccinationer (4,1) og Andre stoffer (4,0).*

Diskrimination, stigmatisering, seksuelle krænkelser, vold, trusler og kriminalitet: *Seksuelt krænkelser og overgreb (4,3).*

Krop og køn: *Kropsopfattelse (4,1).*

Skoleliv: *Almen skoletrivsel (4,4), Forhold til elever (4,4), Fravær (4,3) og Forhold til lærere og pædagoger (4,0).*

Medicinformbrug: *Receptpligtig medicin (4,0).*

Forældres helbred samt sundheds- og risikoadfærd: *Forældres helbred (4,1) og Forældres sundhedsadfærd (4,1).*

Baggrundsoplysninger for barn og forældre: *Familiekarakteristika (4,2) og Støtte og hjælp til barnet/familien (4,0).*

Ingen af undertemaerne under *Ulykker og skader, Fritidsliv, Kontakt med sundhedsvæsenet og Dødelighed* scorede ≥ 4 .

Table 6.2 Gennemsnitsscore for relevans* af hvert undertema inden for 17 forskellige hovedtemaer i en sundhedsprofil for børn og unge i aldersgruppen 6-15 år samt udvalgte ekspertkommentarer for hvert hovedtema.

Hovedtema	Undertema	Gennemsnitsscore
Fysisk helbred	Langvarig sygelighed og kroniske smerter (≥6 mdr.) (fx allergi eller overfølsomhed (type), eksem, astma, epilepsi, diabetes, migræne, gigtsygdom, sengevædning, kroniske smerter, kræft)	4,7
	Fysiske symptomer (fx hovedpine, mavepine, ondt i nakke/ryg/lænd, hyppighed)	4,4
	Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse (fx hjertefejl, nyresygdom, Downs syndrom, cerebral parese)	4,4
	Selv vurderet fysisk helbred	3,4
	Akut sygelighed (fx hyppighed af sygdom, luftvejssygdom (fx halsbetændelse, lungebetændelse), influenza, mave-tarm-sygdom (fx opkast/diarré))	2,9
	Tandproblemer (fx huller i tænderne, problemer med tandstilling, tandregulering)	2,6
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det fremhæves, at hyppighed og impact af fysiske symptomer og akut sygelighed har betydning for relevansen af undertemaerne. - For Langvarig sygelighed pointeres det, at alvor/grad af invaliditet er vigtige aspekter af undertemaet. - Det pointeres, at der er en stærk norm for at inddrage selv vurderet helbred i sundhedsprofiler for alle aldersgrupper, men at skellen mellem generelt selv vurderet helbred og fysisk selv vurderet helbred er uklar og uhensigtsmæssig. 	
Psykisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel	Psykisk sygdom (fx følelsesmæssige forstyrrelser (fx depression, angst), spiseforstyrrelse, OCD, adfærdsforstyrrelse, udviklingsforstyrrelse (fx autismespektrumsforstyrrelser, Tourettes syndrom, ADHD/ADD, udviklingshæmning)	4,7
	Ensomhed (fx føler sig ensom eller isoleret, savner nogen at være sammen med, føler sig holdt ude, ensomhed på digitale platforme)	4,6
	Selvskade (≥15 år (9. klasse)) (fx har skadet sig selv (hyppighed), type af selvskade, årsager til selvskade)	4,4
	Adfærdsproblemer (fx barnet har ofte raserianfald, barnet er aggressivt, barnet er impulsivt, problemer med samspil med andre, hyppighed)	4,4
	Psykiske symptomer/følelsesmæssige problemer (fx irritabel, ked af det, nervøs, spiseproblemer, søvnproblemer, hyppighed)	4,3
	Stress (fx følt sig stresset, årsag(er) til stress (fx føler at vedkommende skal leve op til 'noget', præstationsangst), varighed, hyppighed)	3,8

	Alvorlige livsbegivenheder (fx dødsfald eller alvorlig sygdom i nærmeste familie, alvorlige ulykker, skilsmisse)	3,3
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det kommenteres generelt for hovedtemaet, at det er vigtigt at måle hyppighed og sværhedsgrad af undertemaerne. - Det vurderes som vanskeligt for aldersgruppen at skulle besvare spørgsmål om psykisk sygdom. - Det pointeres, at det er vigtigt at få defineret begrebet stress, så det adskiller sig fra at føle sig presset en gang i mellem. - I forhold til undertemaet Alvorlige livsbegivenheder afspejler ekspertkommentarerne, at der er uenighed om, hvorvidt undertemaet er vigtigt at måle. Der argumenteres for, at det kan variere, om et barn oplever en livsbegivenhed som alvorlig, og at undertemaet skal vurderes i sammenhæng med varighed, perception og coping. 	
Overordnet helbred	Påvirket af sygdom eller funktionsnedsættelse i dagligdagen (fx eftervirkninger af sygdomme/lidelser, begrænsninger i dagligdagen pga. sygdom, skade, psykiske eller fysiske symptomer eller helbredsproblemer, herunder deltagelse i undervisning, sygefraværdsdage)	4,6
	Selv vurderet overordnet helbred (fx barnets vurdering af eget helbred)	4,2
	Forældrevurderet overordnet helbred af barnet (fx forældres vurdering af barnets helbred)	3,3
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Måling af helbred sammenlignet med andre frarådes. - Det pointeres, at når barnet er gammel nok til selv at besvare spørgsmålet, bør man holde sig til barnets egen vurdering af helbred frem for forældrenes. - Det pointeres, at sund og rask er to forskellige begreber, og det anbefales at bruge begrebet helbred frem for sund og rask. 	
Mental sundhed og trivsel	Psykisk velbefindende (psychological well-being) (fx selvværd, self-efficacy, oplevelse af autonomi, grænsesætning i forhold til egne og andres grænser, håndtering af belastende begivenheder og følelser)	≥4,8
	Socialt velbefindende (social well-being) (fx evne til at indgå i positive relationer med andre, inddragelse og bidrag til fællesskaber)	4,7
	Følelsesmæssigt velbefindende (emotional well-being) (fx selv vurderet mentalt helbred, generel livstilfredshed, livskvalitet, glæde)	4,7
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det vurderes, at spørgsmål om psykisk velbefindende kan være vanskeligt for yngre børn at besvare. - Det pointeres, at det er vigtigt at afklare begreberne i disse tre undertemaer konceptuelt og kun stille de få spørgsmål, som er vigtige. 	

	- Det kommenteres, at selvvurderet mentalt helbred er et uklart begreb, og det frarådes at opdele selvvurderet helbred i en fysisk og en mental dimension, da respondenterne ikke kan skelne mellem det, og svarene er svære at fortolke.	
Udvikling og funktion	Sociale kompetencer (fx giver sin mening til kende, god til at tage hensyn til andre, har nemt ved at få venner, forstår venners følelser, god til at samarbejde)	4,6
	Vækst (højde og vægt)	4,6
	Kognitiv funktion (fx evne til at holde koncentrationen, evne til at selv at løse problemer, indlæring (fx forstyrret/forsinket udvikling i forhold til indlæring), hukommelse)	4,4
	Motorisk funktion (fx grovmotorik, finmotorik, motoriske vanskeligheder, bevægelseshandicap (fx cerebral parese))	4,2
	Pubertetsudvikling (≥11 år (5. klasse)) (fx udvikling af bryster, menstruation, hårvækst, mørkere stemme, sædafgang, hvordan barnet har det med de kropslige forandringer)	3,8
	Hørelse (fx brug af høreapparat/CI, nedsat hørelse, hørehandicap, dræn, plaget af hyletone/tinnitus)	3,6
	Sprog/kommunikation (fx stammen, talevanskeligheder, alternativ og supplerende kommunikation (fx med tegn og billeder))	3,4
	Syn (fx brug af, briller/kontaktlinser, skelen, nedsat syn, synshandicap)	2,9
	Sundhedskompetence (≥11 år (5. klasse)) (fx bruger en del tid på at tage sig af eget helbred og sundhed, sammenligner information om sundhed fra forskellige kilder, kan følge instruktioner fra sundhedsprofessionelle)	2,7
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i>	
- Det pointeres, at der er overlap mellem undertemaet Kognitiv funktion og mental sundhed. Det foreslås at fokusere på enkelte indikatorer under mental sundhed, fx koncentration og self-efficacy.		
- Det vurderes, at forskningsfeltet inden for Sundhedskompetencer ikke så udviklet, at man kan pege på enkle centrale dimensioner.		
Ulykker og skader	Skader (fx antal gange inden for det seneste år, type af skade (fx overbelastning, knoglebrud, hjernerystelse, forgiftning, tandskade), lægefaglig/tandlægefaglig hjælp påkrævet som følge af skade)	3,9
	Ulykker (fx antal gange inden for det seneste år, som har ført til kontakt til læge/skadestue/tandlæge, type af ulykke (fx faldulykke, ulykker med klemning eller stik, forbrændingsulykker, trafikulykker (fx på cykel))	3,0
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i>	
- Det pointeres, at skader er hyppige. Alvorlige skader kan have konsekvenser for barnets livskvalitet og fremtidige helbred og skader er en af de vigtigste dødsårsager blandt børn.		

Sociale relationer	Emotionel støtte (fx nogen at tale med når man er ked af det eller har brug for hjælp, støtte og fortrolighed med forældre, venner og søskende, føle sig elsket, forældres kendskab til barnets liv (fx forældre ved, hvad barnet foretager sig om aftenen, viser interesse for barnets skolegang og fritidsaktiviteter))	≥4,8
	Relationel belastning (fx mobning (rettet mod én selv eller andre), social udelukkelse (blive holdt udenfor af jævnaldrende), konflikter med forældre, søskende eller venner (hyppighed), forældre forsøger at kontrollere barnets liv, involveret i slåskampe)	4,7
	Socialt netværk (aktivitet, hyppighed og med hvem?) (fx tid med venner fysisk eller online, kontakt med venner og familie (fx online/virkeligheden, sammen med venner uden for skoletid, hyppighed), har nære venner, har en kæreste)	4,6
	(Oplevelse af) fællesskab (fx føle sig som en del af et socialt fællesskab (fx i skolen, ved fritidsaktiviteter))	4,4
	Praktisk og funktionel støtte (fx forældre deltager i arrangementer (fx i skole/fritid), forældre hjælper med skolearbejde)	3,6
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i>	
- Det kommenteres under Praktisk og funktionel støtte, at deltagelse i forældrearrangementer ikke skal tillægges stor vigtighed.		
Sundheds- og risikoadfærd	Fysisk aktivitet	
	Omfang og type af fysisk aktivitet (fx vurdering af egen fysiske form, ugentlig tid brugt på fysisk aktivitet, intensitet, type af fysisk aktivitet (fx konditionstræning, styrketræning))	4,5
	Settings for fysisk aktivitet (fx aktiv transport til og fra skole, dyrker sport i en forening eller fitnesscenter, udendørs leg/bevægelse)	3,2
	Motivation for fysisk aktivitet (fx årsag til at være fysisk aktiv (fx komme i bedre form, være en del af et fællesskab), ønske om at være mere fysisk aktiv)	3,0
	Stillesiddende adfærd	
	Omfang og type af stillesiddende adfærd (fx total siddetid, skærmtid, tid på lektier eller læsning)	4,4
	Settings for stillesiddende adfærd (fx passiv transport til og fra skole, i skolen, i fritiden (fx gaming))	3,7
	Digital adfærd	

Omfang og brug af digitale medier (fx varighed, hyppighed, digitalt device inden sengetid (fx mobil), egen vurdering af om omfang af brug af digitale medier er for stort, ønske om at reducere forbruget af digitale medier, i hvor høj grad sidder barnet alene med digitale medier, indgår forældre i dialog med barnet om indholdet)	4,7
Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier (fx afhængighed af sociale medier, påvirket af sociale medier (fx bliver glad, føler sig ekskluderet eller rastløs uden sociale medier), redigerer billeder til sociale medier)	4,7
Deling af billeder og video (indikatorer om seksuelt indhold ≥15 år (9. klasse)) (fx har fået delt billeder/videoer på sociale medier mod sin vilje (herunder med seksuelt indhold), lagt billeder/videoer på sociale medier mod andres vilje (herunder med seksuelt indhold), delt et seksuelt billede/video af sig selv)	4,0
Type og årsag til brug af digitale medier (fx type (herunder gaming, sociale medier), årsag (herunder online kontakt, gaming, underholdning)	3,7
Kost og måltider	
Mad- og måltidsmønstre (fx typer af mad og drikkevarer (hyppighed), antal daglige måltider, har spist morgenmad (hyppighed), portionsstørrelse og proportioner, kosttilskud og vitaminer, måltider sammen med familien)	4,3
Viden om mad og egne evner inden for madlavning (fx deltager i madlavning i hjemmet, har mod på at smage noget nyt)	2,9
Seksuel sundhed	
Prævention og kønssygdomme (fx har haft kønssygdomme, brug af prævention, blevet testet for kønssygdomme, brug af fortrydelsespille)	3,8
Viden om sex og prævention (≥15 år (9. klasse)) (fx hvorfra stammer ens viden om sex og beskyttelse mod kønssygdomme og graviditet)	3,7
Seksuel erfaring (≥15 år (9. klasse)) (fx har haft sex, debutalder)	3,3
Søvn	
Søvnkvantitet og -kvalitet (fx søvnlængde, søvnproblemer, plaget af træthed)	4,7
Årsager til træthed/for lidt søvn (fx kommer for sent i seng pga. tanker og bekymringer, forstyrrelser fra eller brug af mobiltelefon, sygdom/lidelse)	4,0
Alkohol	

Alkoholforbrug ≥ 11 år (5. klasse) (fx debutalder for alkoholindtag, hyppighed, binge-driking (≥ 15 år (9. klasse), hyppighed af fuldskab (≥ 15 år (9. klasse)))	4,6
Alkohol og fællesskaber (≥ 15 år (9. klasse)) (fx pres fra omgivelser til alkoholindtag, eksklusion af sociale fællesskaber pga. afholdenhed)	4,0
Konsekvenser af alkohol (≥ 15 år (9. klasse)) (fx vurdering af risiko forbundet med alkoholindtag, negative oplevelser ifm. alkohol (fx ender i slagsmål, ulykker))	4,0
Årsag til at drikke alkohol eller til afholdenhed (≥ 15 år (9. klasse)) (fx får det sjovere, glemmer problemer, bliver mere selvsikker, drikker ikke pga. religion)	3,2
Ønske om at reducere alkoholindtag (≥ 15 år (9. klasse)) (fx overvejer/-t at nedsætte alkoholforbrug)	3,2
Tobak og nikotinprodukter	
Omfang af cigaretrykning (≥ 11 år (5. klasse)) (fx rygestatus, hyppighed, debutalder, antal daglige cigaretter, i hvilke situationer ryger vedkommende, udsættelse/eksponering for tobaksrøg (ingen aldersafgrænsning))	$\geq 4,8$
E-cigaretter (≥ 11 år (5. klasse)) (fx status, type (fx engangsvapes, herunder puff bars), hyppighed, debutalder, årsag, konsekvenser af e-cigaretrykning, ønske om rygestop)	$\geq 4,8$
Røgfri nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer) (≥ 11 år (5. klasse)) (fx status, type, hyppighed, debutalder, antal daglige nikotinposer, årsag, vurdering af risiko forbundet med røgfri nikotinprodukter)	$\geq 4,8$
Årsag til cigaretrykning (≥ 11 år (5. klasse)) (fx synes det er sejt, være en del af fællesskabet, dæmpe 'negative' følelser som stress, uro, rastløshed, kedsomhed, irritation, tristhed, nikotinafhængig)	3,6
Rygestop (≥ 15 år (9. klasse)) (fx ønske om rygestop, overvejer/-t rygestop, alder ved rygestop, årsag til rygestop)	3,3
Konsekvenser af cigaretrykning (≥ 15 år (9. klasse)) (fx vurdering af risiko forbundet med rygning)	3,2
Hash, cannabis, pot og skunk	
Forbrug af hash, cannabis, pot og skunk (≥ 15 år (9. klasse)) (fx status, hyppighed, debutalder)	4,7
Årsag til hashrygning (≥ 15 år (9. klasse)) (fx synes det er sejt, for at være en del af fællesskabet, dæmpe 'negative' følelser som stress, uro, rastløshed, kedsomhed, irritation og tristhed)	3,7

Konsekvenser af hash (≥15 år (9. klasse)) (fx egen vurdering af hvor skadelig hash er, oplevet problemer pga. hash (fx hukommelsesproblemer, søvnproblemer, dårligere præstation i skolen, slagsmål, ulykker)	3,6
Vaccinationer (fx fulgt børnevaccinationsprogrammet, herunder HPV-vaccine)	4,1
Andre stoffer, fx kokain, amfetamin, lattergas samt medicinske præparater, som man ikke selv har fået ordineret, fx Ritalin, benzodiazepiner, morfinlignende præparater (≥15 år (9. klasse)) (fx status, type, hyppighed, debutalder, været involveret i problemer ifm. stoffer)	4,0
Gambling (≥15 år (9. klasse)) (fx type af gambling, hyppighed, løjet om spillevaner/gæld, årsag til gambling)	3,9
Udsættelse for støj (fx lydniveau i høretelefoner)	3,8
Solvaner (fx brug af solcreme, tid i solen om sommeren, hyppighed af solskoldninger, solariebrug)	3,7
Retningslinjer i familien/hjemmet	3,7
Tandhygiejne (fx tandbørstning (hyppighed), brug af tandtråd eller tandstikker)	3,7
Præstationsfremmende stoffer/medicin ('study drugs', stoffer der øger udholdenhed eller virker stimulerende ifm. sport, anabole steroider) (≥15 år (9. klasse)) (fx type, hyppighed, årsag)	3,6
Trafiksikkerhed (fx brug af cykelhjelme, kører uden cykellygter, går/cykler over for rødt)	3,4
Begået kriminalitet (≥15 år (9. klasse)) (fx type af kriminalitet (fx stjålet, hæleri, lavet hærværk, vold, trusler), afgørelse på domsafsigelse)	3,1
Hygiejne generelt (fx afspritning/vaske hænder, hyppighed af bad)	2,6
<p><i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysisk aktivitet: Det pointeres, at børn i de yngre klasser kan have svært ved at vurdere eget aktivitetsniveau. - Stillesiddende adfærd: Det kommenteres, at underetemaet Stillesiddende adfærd er vanskeligt at måle. - Digital adfærd: Det pointeres, at digital adfærd er et område med hastig udvikling, og at spørgsmålsformuleringer derved hurtigt bliver forældede. Det er vigtigt at identificere nogle ganske få stabile indikatorer. - Kost og måltider: Det kommenteres, at det er vigtigt at holde sig til nogle få centrale indikatorer. - Seksuel sundhed: Det pointeres, at det er sårbart og potentielt grænseoverskridende at stille spørgsmål om dette emne i aldersgruppen, og at respondenterne bør have mulighed for at svare "ønsker ikke at besvare spørgsmålet". - Tobak og nikotinprodukter: Det pointeres, at man skal være opmærksom på aldersgruppens eget sprogbrug, da e-cigareter ikke nødvendigvis er det ord, der bruges. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Tandhygiejne: Det foreslås blot at fokusere på en enkelt indikator: fx frekvens af tandbørstning. - Det kommenteres for hovedtemaet generelt, at man bør fokusere på helbred og sundhedsadfærd og i mindre grad fokusere på settings og årsager. 	
Diskrimination, stigmatisering, seksuelle krænkelser, vold, trusler og kriminalitet	Seksuelle krænkelser og overgreb (≥15 år (9. klasse)) (fx fået uønskede seksuelle invitationer eller kommentarer, udsat for ubehagelig berøring, fået spredt negative seksuelle rygter om sig selv)	4,3
	Udsat for kriminalitet, vold eller trusler (≥15 år (9. klasse)) (fx udsat for tyveri, afpresning, vold (fysisk eller psykisk), truet med kniv, identitetstyveri)	3,8
	Diskrimination og stigmatisering (≥ 15 år (9. klasse)) (fx oplevet diskrimination/stigmatisering, årsag til diskrimination/stigmatisering)	3,7
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at hele hovedtemaet ikke er tilstrækkeligt udviklet forskningsmæssigt til, at man kan pege på centrale indikatorer, i hvert fald ikke i denne aldersgruppe.	
Krop og køn	Kropsopfattelse (≥11 år (5. klasse)) (fx følelsen af at være for tynd eller tyk, kropstilfredshed, betydning af eget udseende, deltagelse i fællesbadning, personer man taler åbent med i forhold til kroppen)	4,1
	Ønske om at ændre krop eller udseende (≥11 år (5. klasse)) (fx prøvet slankekure, ønske om at tabe sig/tage på, bekymrer sig om sit udseende, sammenligner sig med andre, vil have større eller mere synlige muskler)	3,4
	Kønsopfattelse (≥11 år (5. klasse)) (fx kønsidentitet, ønske om at ændre køn)	2,9
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at der er brug for en differentieret belysning af kønsidentitet.	
Skoleliv	Almen skoletrivsel (fx glad for at gå i skole, føler sig alene/"usynlig" i skolen, symptomer i skolen (fx hovedpine, ondt i maven), medbestemmelse i timerne, tryk ved at fejle i timerne, oplevelse af fællesskab i klassen)	4,4
	Forhold til elever (fx støtte fra klassekammerater, føler sig som en del af fællesskabet i klassen, venskaber i klassen/skolen, glad for egen klasse, konflikter i klassen/skolen)	4,4
	Fravær (fx omfang af fravær, årsag til fravær)	4,3
	Forhold til lærere og pædagoger (fx glad for sine lærere/pædagoger, har det godt med sine lærere/pædagoger, støtte fra lærere/pædagoger, følelsen af accept fra lærere/pædagoger, problemer med lærere/pædagoger)	4,0
	Faglig trivsel (fx presset af skolearbejde, vigtigt at klare sig godt i skolen, motivation for at lære noget, pres af tests, eksaminer og karakterer, pres i forhold til fremtidig uddannelse)	3,6

	Skoletype og -skift (fx skoletype, specialundervisning, antal skoleskift i løbet af grundskolen/folkeskolen)	3,6
	Pauser (fx kan lide pauserne i skolen, er med i aktiviteter i pauserne)	3,2
	Skolefærdigheder (fx karakterer i grundskolen, vurdering af egen faglighed, har let ved at læse og stave, brug for hjælp til lektier)	2,9
Fritidsliv	Uorganiserede fritidsaktiviteter (fx sammen med venner fysisk eller online, motion uden for organiserede fritidsaktiviteter, læser bøger/lydbøger, fritidsarbejde, lektier og læsning, sociale medier, går i ungdomsklub, går til fester, er sammen med forældre eller bedsteforældre)	3,9
	Organiserede fritidsaktiviteter (fx type af fritidsaktiviteter, hyppighed, varighed)	3,4
	Tilfredshed og indflydelse på eget fritidsliv (fx barnets eget valg af fritidsaktiviteter, tilfredshed med fritidsaktiviteter (fx ønske om at gå til mere), motivation for fritidsaktiviteter, tid nok til fritidsaktiviteter)	3,2
	Brug af fritidshjem, klub eller SFO (fx går i fritidshjem, klub eller SFO, trivsel i fritidshjem, klub eller SFO)	3,1
	Frivilligt arbejde/aktiviteter (≥13 år (7. klasse)) (fx deltager i frivilligt arbejde, foreningsliv, elevråd)	2,7
	Årsager til at gå til fritidsaktiviteter (fx grunde til at gå til fritidsaktiviteter, grunde til ikke at gå til (ønskede) fritidsaktiviteter)	2,6
Kontakt med sundhedsvæsenet	Kontakt til psykolog (fx nuværende brug af psykolog, PPR)	3,8
	Hospitalskontakt (fx antal indlæggelser, skadestue og ambulante besøg (somatisk og psykiatrisk))	3,7
	Tandlæge (fx går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn)	3,1
	Speciallæge uden for hospital (fx kontakt med øre-, næse-, halslæge, øjenlæge, børnelæge, børne- og ungepsykiater)	3,1
	Egen læge (fx kontakt til almen praktiserende læge, fx inden for det seneste år)	3,0
	Sundhedsplejerske (fx brug af sundhedsplejerske)	2,9
	Anden behandling (fx fysioterapeut, ergoterapeut, kiropraktor, talepædagog, hørekonsulent)	2,4
	Alternativ behandling (fx zoneterapi)	1,7
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Det pointeres, at der bør udvælges få centrale indikatorer for hovedtemaet. - Det kommenteres af nogle, at da sundhedsplejersketilbuddet til børn i skolealderen er forholdsvis begrænset, vil oplysninger om kontakt ikke bidrage med så meget. 		

	- Det kommenteres på samme tid, at det er vigtigt at spørge til brug af sundhedsplejerske, da det kan minde børnene om, at de kan henvende sig til sundhedsplejersken.	
Medicinforbrug	Receptpligtig medicin (fx type, dosis, hyppighed, varighed, årsag)	4,0
	Håndkøbsmedicin (fx type (smertestillende, sovemedicin, naturmedicin, kosttilskud, andre), dosis, hyppighed, varighed, årsag, forældre involveret i barnets brug af håndkøbsmedicin)	3,9
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det pointeres, at det er svært at spørge børnene selv, da de som hovedregel ved meget lidt om medicin. Man kan evt. stille nogle få spørgsmål om brug af medicin mod nogle specifikke problemer, fx hovedpine. - Smertestillende medicin og sovemedicin fremhæves som vigtige indikatorer inden for Håndkøbsmedicin. - Det foreslås, at man for receptpligtig medicin inddrager nogle få registerdata, fx brug af smertestillende medicin og antibiotika. 	
Forældres helbred samt sundheds- og risikoadfærd	Forældres helbred (fx psykisk og fysisk helbred)	4,1
	Forældres sundhedsadfærd (fx forældres brug af alkohol, rusmidler og tobak/nikotinprodukter)	4,1
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det kommenteres, at der kun bør inddrages et begrænset antal indikatorer for forældres helbred, og at man i stedet bør fokusere på børnenes egen sundhed og sygdom. Psykisk sygdom hos forældrene fremhæves særskilt som en central indikator. - Det pointeres, at forskellige familieformer kan gøre det vanskeligt at spørge ind til dette hovedtema. 	
Dødelighed	Dødelighed (registerbaserede oplysninger) (fx alder ved død, dødsårsag)	3,4
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det foreslås, at man inddrager nogle få centrale indikatorer, fx summarisk aldersspecifik dødelighed og de vigtigste dødsårsager. 	
Baggrundsplysninger for barn og forældre	Barnets baggrundsplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune, herkomst, klasse-trin)	Indgår obligatorisk og er derfor ikke vurderet
	Forældres baggrundsplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune, herkomst, højest fuldførte uddannelse, stillingsbetegnelse, beskæftigelsesstatus)	Indgår obligatorisk og er derfor ikke vurderet
	Familiekarakteristika (fx hvem bor barnet med (herunder evt. type af deleordning, anbragt uden for hjemmet), forældres samlivsstatus, antal søskende, vurdering af økonomisk råderum, andet modersmål end dansk)	4,2

	Støtte og hjælp til barnet/familien (fx familiebehandling i socialvæsnet eller andet regi, socialpædagogisk støtte)	4,0
	Barnets vurdering af økonomiske muligheder (≥11 år (5. klasse)) (fx penge til at gøre det samme som venner)	3,2
<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det foreslås, at der fokuseres på familieform.		
Noter: * Relevans af hvert undertema blev vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 er højeste relevans. Gennemsnitsscoren er gennemsnittet af eksperternes vurderinger fra anden runde af Delphi-processen, som er den endelige vurdering. Metode for udformning af hovedtemaer og undertemaer er beskrevet i kapitel 3, afsnit 3.3.		

6.3 Undertemaernes relevans i en sundhedsprofil for unge i aldersgruppen 16-24 år

Tabel 6.3 viser gennemsnitsscoren for relevansen af hvert undertema i en sundhedsprofil for unge i aldersgruppen 16-24 år. Under hvert undertema er desuden en opsummering af relevante kommentarer fra Delphi-processen.

Også for denne aldersgruppe gælder det, at undertemaerne inden for hovedtemaerne ”Psyisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel” samt ”Mental sundhed og trivsel” generelt har scoret højt. Desuden scorer en del af undertemaerne inden for hovedtemaerne ”Fysisk helbred” og ”Overordnet helbred” scorer også højt. For hovedtemaet ”Sundheds- og risikoadfærd” er det særligt undertemaerne omhandlende brug af rusmidler (alkohol, cigaretter/nikotinprodukter og euforiserende stoffer), som scorer højt, samt søvn, fysisk aktivitet og digitale medier.

Som det fremgår af Tabel 6.3 scorer følgende undertemaer $\geq 4,0$:

Fysisk helbred: *Selv vurderet fysisk helbred (4,5), Langvarig sygelighed og kroniske smerter (4,5) og Fysiske symptomer (4,2).*

Psyisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel: *Ensomhed ($\geq 4,8$), Selvskade ($\geq 4,8$), Psykiske symptomer (4,7), Stress (4,3) og Psykisk sygdom (4,3).*

Overordnet helbred: *Selv vurderet overordnet helbred (4,5) og BMI (4,1).*

Mental sundhed og trivsel: *Følelsesmæssigt velbefindende (4,5), Psykisk velbefindende (4,5) og Socialt velbefindende (4,4).*

Sociale relationer: *Emotionel støtte (4,3), Socialt netværk (4,2) og (Oplevelse af) fællesskab (4,2).*

Sundheds- og risikoadfærd: *Omfang og type af fysisk aktivitet (4,2), Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier (4,3), Omfang og brug af digitale medier (4,3), Søvnkvantitet og -kvalitet (4,2), Årsager til træthed/for lidt søvn (4,0), Alkoholforbrug ($\geq 4,8$), Alkoholafhængighed og -misbrug (4,3), Omfang af cigaretrygning ($\geq 4,8$), E-cigaretter (4,7), Røgfri nikotinprodukter (4,6), Forbrug af hash, cannabis, pot og skunk ($\geq 4,8$), Hashafhængighed og -misbrug (4,4) og Forbrug af stoffer (4,7).*

Diskrimination, stigmatisering, seksuelle krænkelser, vold, trusler og kriminalitet: *Seksuelle krænkelser og overgreb (4,2) og Udsat for trusler om vold (4,0).*

Forældres sundhedsadfærd: *Forældres helbred samt sundheds- og risikoadfærd (4,0).*

For hovedtemaerne Udvikling og funktion, Ulykker og skader, Krop og køn, Skole og uddannelse, Arbejde, Fritid, Kontakt med sundhedsvæsenet og Medicinforbrug er der ingen undertemaer, som scorer ≥ 4 .

Table 6.3 Gennemsnitsscore for relevans* af hvert undertema inden for 18 forskellige hovedtemaer i en sundhedsprofil for unge i aldersgruppen 16-24-år samt udvalgte ekspertkommentarer fra Delphi-processen

Hovedtema	Undertema	Gennemsnitsscore
Fysisk helbred	Selv vurderet fysisk helbred	4,5
	Langvarig sygelighed og kroniske smerter (≥6 mdr.) (fx allergi eller overfølsomhed (type), eksem, astma, epilepsi, diabetes, migræne, tarmsygdom (fx cøliaki) gigtsygdom, PCOS, kroniske smerter, kræft)	4,5
	Fysiske symptomer (fx hovedpine, mavepine, ondt i nakke/ryg/lænd ledsmerter (fx i knæ), menstruationssmerter)	4,2
	Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse (fx hjertefejl, nyresygdom, Downs syndrom, cerebral parese)	3,5
	Akut sygelighed (fx luftvejssygdom (fx halsbetændelse, lungebetændelse), influenza, mave-tarm-sygdom (fx diarré), hyppighed)	2,7
	Tandproblemer (fx huller i tænderne, problemer med tandstilling, tandregulering)	2,5
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Flere eksperter pointerer, at det i evt. kommende spørgeskema er vigtigt at fokusere på indikatorer, som man ikke kan få data om i registrene.	
Psykisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mistrivsel	Ensomhed (fx føler sig ensom eller isoleret, savner nogen at være sammen med, føler sig holdt ude, ensomhed på digitale platforme)	≥4,8
	Selvskade (fx har skadet sig selv (hyppighed), type af selvskade, årsager til selvskade, overvejet eller forsøgt selvmord)	≥4,8
	Psykiske symptomer (fx irriterbar, ked af det, nervøs)	4,7
	Stress (fx følt sig stresset, årsag(er) til stress (fx bekymret for fremtiden i forhold til uddannelse eller arbejde, føler at vedkommende skal leve op til 'noget', præstationsangst), varighed, hyppighed)	4,3
	Psykisk sygdom (fx depression, angst, spiseforstyrrelse, OCD, skizofreni, borderline, autismespektrumforstyrrelser, ADHD/ADD, Tourettes syndrom, udviklingshæmning, adfærdforstyrrelse)	4,3
	Alvorlige livsbegivenheder (fx dødsfald eller alvorlig sygdom i nærmeste familie, alvorlige ulykker, skilsmisse)	3,7

Overordnet helbred	Selvvurderet overordnet helbred (fx føler sig sund og rask)	4,5
	BMI (højde og vægt)	4,1
	Påvirket af sygdom eller funktionsnedsættelse i dagligdagen (fx eftervirkninger af sygdomme/lidelser, begrænsninger i dagligdagen pga. sygdom, skade eller helbredsproblemer, sygefraværdsdage)	3,5
	<p><i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Der stilles på den ene side spørgsmålstejn ved opdelingen i selvvurderet fysisk helbred og overordnet selvvurderet helbred, og på den anden side om der bør skelnes mellem fysisk og psykisk selvvurderet helbred. - Det bemærkes, at BMI ikke siger noget om kropsbygning, muskelmasse, fedtprocent m.m., og dermed kan være et misvisende mål. 	
Mental sundhed og trivsel	Følelsesmæssigt velbefindende (emotional well-being) (fx selvvurderet mentalt helbred, generel livstilfredshed, livskvalitet, glæde)	4,5
	Psykisk velbefindende (psychological well-being) (fx selvværd, self-efficacy, oplevelse af autonomi, grænsesætning i forhold til egne og andres grænser, håndtering af belastende begivenheder og følelser)	4,5
	Socialt velbefindende (social well-being) (fx evne til at indgå i positive relationer med andre, inddragelse og bidrag til fællesskaber)	4,4
	<p><i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Det pointeres, at der er nogle overlap mellem hovedtemaet <i>Mental sundhed og trivsel</i> og <i>Mentale helbredsproblemer</i>. - Det foreslås, at spørgsmål til undertemaet Socialt velbefindende spørger direkte til fx inddragelse og bidrag til fællesskab, og ikke til følelsen af at være inddraget eller bidrage 	
Udvikling og funktion	Sociale kompetencer (fx giver sin mening til kende, god til at tage hensyn til andre, har nemt ved at få venner, forstår venners følelser, god til at samarbejde)	3,8
	Kognitiv funktion (fx evne til at holde koncentrationen, evne til selv at løse problemer, hukommelse)	3,5
	Sundhedskompetence (fx bruger en del tid på at tage sig af eget helbred og sundhed, gør ting regelmæssigt for at blive sunde, tager sig tid til at leve sundt, uanset hvad der sker i livet, sammenligner information om sundhed fra forskellige kilder, kan følge instruktioner fra sundhedsprofessionelle)	3,3
	Mobilitet (fx motoriske vanskeligheder, bevægelseshandicap (fx cerebral parese))	3,0
	Hørelse (fx brug af høreapparat/CI, nedsat hørelse, hørehandicap, plaget af hyletone/tinnitus)	2,7

	Sprog/kommunikation (fx stammen, talevanskeligheder, alternativ og supplerende kommunikation (fx med tegn og billeder))	2,7
	Syn (fx brug af, briller/kontaktlinser, nedsat syn, synshandicap)	2,5
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det pointeres, at problemer med hørelse pga. brug af høretelefoner er et potentielt voksende problem.	
Ulykker og skader	Ulykker (fx antal gange inden for det seneste år, som har ført til kontakt til læge/skadestue/tandlæge, type af ulykke (fx faldulykke, ulykker med klemning eller stik, forbrændingsulykker, trafikulykker (fx på cykel, løbehjul eller i bil))	3,0
	Skader (fx antal gange inden for det seneste år, type af skade (fx overbelastning, knoglebrud, hjernerystelse, forgiftning, tandskade), lægefaglig/tandlægefaglig hjælp påkrævet som følge af skade)	2,9
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Hovedtraumer fremhæves som et vigtigt aspekt af skader for aldersgruppen. - Det påpeges, at alkohol- og andre rusmiddelrelaterede skader bør belyses. - Det påpeges, at der er mangel på data om skader, men at frekvensen formentlig er høj i aldersgruppen, og at der tilsyneladende er stor social ulighed.	
Sociale relationer	Emotionel støtte (fx nogen at tale med når man er ked af det eller har brug for hjælp, støtte og fortrolighed med forældre, venner, søskende eller kæreste/partner, forældres kendskab til den unges liv (fx forældre ved hvad den unge foretager sig om aftenen (<18 år), viser interesse for den unges uddannelse))	4,3
	Socialt netværk (aktivitet, hyppighed og med hvem?) (fx tid med venner, kontakt med venner og familie (fx online/virkeligheden, hyppighed), i et parforhold)	4,2
	(Oplevelse af) fællesskab (fx føle sig som en del af et socialt fællesskab (fx på uddannelsen, på arbejdet, ved fritidsaktiviteter, online))	4,2
	Relationel belastning (fx mobning (rettet mod én selv eller andre), konflikter med forældre, søskende, kæreste/partner eller venner (hyppighed), forældre forsøger at kontrollere den unges liv)	3,9
	Praktisk og funktionel støtte (fx kan få hjælp af andre til praktiske problemer (fx ved sygdom))	2,8
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at online-fællesskaber er et vigtigt aspekt af Sociale relationer for denne aldersgruppe.	
	Fysisk aktivitet	

Sundheds- og risikoadfærd	Omfang og type af fysisk aktivitet (fx vurdering af egen fysiske form, ugentlig tid brugt på fysisk aktivitet, intensitet, type af fysisk aktivitet (fx konditionstræning, styrketræning))	4,2
	Settings for fysisk aktivitet (fx aktiv transport til og fra skole/arbejde, dyrker sport i en forening eller fitnesscenter)	2,8
	Motivation for fysisk aktivitet (fx årsag til at være fysisk aktiv (fx komme i bedre form, være en del af et fællesskab), ønske om at være mere fysisk aktiv)	2,4
	Stillesiddende adfærd	
	Omfang og type af stillesiddende adfærd (fx total siddetid, skærmtid, tid på lektier eller læsning)	3,9
	Settings for stillesiddende adfærd (fx passiv transport, på uddannelsen, på arbejdet, i fritiden (fx gaming))	2,8
	Digital adfærd	
	Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier (afhængighed af sociale medier, påvirket af sociale medier (fx bliver glad, føler sig ekskluderet eller rastløs uden sociale medier), redigerer billeder til sociale medier)	4,3
	Omfang og brug af digitale medier (fx varighed, hyppighed, digitalt device inden sengetid (fx mobil), egen vurdering af om omfang af brug af digitale medier er for stort, ønske om at reducere forbruget af digitale medier)	4,3
	Type og årsag til brug af digitale medier (fx type (herunder gaming, sociale medier), årsag (herunder online kontakt, online shopping, gaming, underholdning))	3,7
	Deling af billeder og video (fx har fået delt billeder/videoer på sociale medier mod sin vilje (herunder med seksuelt indhold), lagt billeder/videoer på sociale medier mod andres vilje (herunder med seksuelt indhold), delt et seksuelt billede/video af sig selv)	3,3
	Kost og måltider	
	Mad- og måltidsmønstre (fx typer af mad og drikkevarer (hyppighed), antal daglige måltider, har spist morgenmad (hyppighed), portionsstørrelse og proportioner, kosttilskud og vitaminer)	3,5
	Viden om mad og egne evner inden for madlavning (fx viden om ernæringsrigtig mad, laver selv varm aftensmad (hyppighed))	2,7
	Ønske om at spise mere sundt	2,3
Seksuel sundhed		

Prævention og kønssygdomme (fx har haft kønssygdomme, brug af prævention, blevet testet for kønssygdomme)	3,4
Seksuelle ydelser (fx ydet seksuelle ydelser mod penge, gaver e.l.)	3,2
Grænsesætning i forbindelse med sex (fx opmærksomhed på samtykke)	3,1
Graviditet og fertilitetsproblemer ((fx er eller har været gravid/har gjort en pige gravid, brug af fortrydelsespiller, fået foretaget en abort, har født et barn, fertilitetsproblemer (fx har været i fertilitetsbehandling)	2,9
Seksuel erfaring (fx har haft sex, debutalder)	2,9
Problemer i forbindelse med sex (fx oplevet utilstrækkelig rejnsning, smerter, manglende fugtighed, skedekramper)	2,6
Viden om sex og prævention (fx hvorfra stammer éns viden om sex og beskyttelse mod kønssygdomme og graviditet)	2,5
Søvn	
Søvnkvantitet og -kvalitet (fx søvnlængde, søvnproblemer, plaget af træthed)	4,2
Årsager til træthed/for lidt søvn (fx kommer for sent i seng, pga. tanker og bekymringer, forstyrrelser fra eller brug af mobiltelefon, forstyrrelser fra mindre børn i husstanden, sygdom/lidelse)	4,0
Alkohol	
Alkoholforbrug (fx debutalder for alkoholindtag, hyppighed, ugentlige genstande, binge-drinking, hyppighed af fuldskab)	≥4,8
Alkoholafhængighed og -misbrug (fx i behandling for alkoholmisbrug, drikker alkohol alene)	4,3
Konsekvenser af alkohol (fx vurdering af risiko forbundet med alkoholindtag, negative oplevelser ifm. alkohol (fx ender i slagsmål, ulykker, fortrydelse af sex)	3,7
Årsag til at drikke alkohol eller til afholdenhed (fx får det sjovere, glemmer problemer, bliver mere selvsikker, drikker ikke pga. religion eller graviditet)	3,2
Alkohol og fællesskaber (fx pres fra omgivelser til alkoholindtag, eksklusion af sociale fællesskaber pga. afholdenhed)	3,2
Ønske om at reducere alkoholindtag (fx overvejer/-t at nedsætte alkoholforbrug)	3,0
Forældres kendskab/holdninger til den unges alkoholforbrug (<18 år) (fx tilladelse til at drikke alkohol fra forældre, antal tilladte genstande fra forældre ved fest e.l.)	3,0

Tobak og nikotinprodukter	
Omfang af cigaretrykning (fx status, hyppighed, varighed, debutalder, antal daglige cigaretter, i hvilke situationer ryger vedkommende, udsættelse/eksponering for tobaksrøg)	≥4,8
E-cigaretter (fx status, type (fx engangsvapes, herunder puff bars), hyppighed, debutalder, årsag, vurdering af risiko forbundet med e-cigaretter)	4,7
Røgfri nikotinprodukter (snus, tyggetobak, nikotinposer) (fx status, type, hyppighed, debutalder, antal daglige nikotinposer, årsag, vurdering af risiko forbundet med røgfri nikotinprodukter)	4,6
Rygestop (fx ønske om rygestop, overvejer/-t rygestop, alder ved rygestop, årsag til rygestop)	3,4
Årsag til cigaretrykning (fx synes, det er sejt, være en del af fællesskabet, dæmpe 'negative' følelser som stress, uro, rastløshed, kedsomhed, irritation, tristhed, nikotinafhængig)	3,0
Vandpibe (fx status, type, hyppighed, debutalder, årsag, vurdering af risiko forbundet med vandpibe)	2,9
Konsekvenser af cigaretrykning (fx vurdering af risiko forbundet med rygning)	2,8
Hash, cannabis, pot og skunk	
Forbrug af hash, cannabis, pot og skunk (fx status, hyppighed, debutalder)	≥4,8
Hashafhængighed og -misbrug (fx overvejelser om at stoppe med at ryge hash, forsøgt at stoppe med at ryge hash, behandling for hashmisbrug)	4,4
Konsekvenser af hash (fx egen vurdering af hvor skadeligt hash er, oplevet problemer pga. hash (fx hukommelsesproblemer, søvnproblemer, dårligere præstation i skolen, slagsmål, ulykker)	3,4
Årsag til hashrygning (fx synes, det er sejt, for at være en del af fællesskabet, dæmpe 'negative' følelser som stress, uro, rastløshed, kedsomhed, irritation og tristhed)	3,2
Andre stoffer	
Forbrug af stoffer (fx status, type, hyppighed, debutalder, narkotikamisbrug, vurdering af risiko forbundet med stoffer, været involveret i problemer ifm. stoffer)	4,7
Konsekvenser af stoffer (fx egen vurdering af hvor skadeligt stoffer er, oplevet problemer pga. stoffer (fx fortrydelse af sex, kørt bil, problemer med politi)	3,2
Narkotikaafhængighed og -misbrug (fx overvejelser om at stoppe med tage stoffer, forsøgt at stoppe med at tage stoffer, behandling for narkotikamisbrug)	3,2

	Årsag til at tage stoffer (fx følt sig presset af andre, pga. den opkvikkende eller beroligende effekt)	2,8
	Præstationsfremmende stoffer/medicin ('study drugs', stoffer, der øger udholdenhed eller virker stimulerende ifm. sport, anabole steroider) (fx type, hyppighed, årsag)	3,6
	Gambling (fx type af gambling, hyppighed, løjet om spillevaner/gæld, årsag til gambling)	3,5
	Begået kriminalitet (fx type af kriminalitet (fx stjålet, hæleri, lavet hærværk, vold, trusler, afpresning), afgørelse på domsafsigelse, alder på afgørelsestidspunkt)	3,1
	Trafiksikkerhed (fx brug af cykelhjelm, kører uden cykellygter, går/cykler over for rødt)	2,9
	Tandhygiejne (fx tandbørstning (hyppighed), brug af tandtråd eller tandstikker)	2,7
	Udsættelse for støj (fx lydniveau i høretelefoner)	2,7
	Risikovillighed (fx vurdering af egen risikovillighed, risikovillighed i forskellige situationer (fx i forhold til helbred))	2,6
	Screening (fx deltagelse i screening for livmoderhalskræft)	2,6
	Solvaner (fx brug af solcreme, tid i solen om sommeren, hyppighed af solskoldninger, solariebrug)	2,5
	<p><i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Det kommenteres, at spørgsmål om intentioner og motiver i forhold til sundhedsadfærd ikke er relevant. - <i>Kost:</i> Det påpeges, at udførlige kostspørgsmål er meget omstændige at besvare, og dermed kan medføre lav svarprocent. - <i>Seksuel sundhed:</i> Det foreslås, at spørgsmålsformuleringer fra undersøgelsen SEXUS kan anvendes. Desuden påpeges det, at <i>Seksuel sundhed</i> er for stort og komplekst et emne til at kunne blive dækket tilfredsstillende i en sundhedsprofil. - <i>Alkohol:</i> Det pointeres, at alkoholafhængighed- og misbrug bør dækkes med spørgsmål til indikatorer for afhængighed, og ikke spørgsmål som spørger direkte til afhængighed, da unge ofte ikke vil have modtaget behandling endnu. - <i>Hash, cannabis, pot og skunk:</i> Det foreslås, at ordet 'misbrug' ikke anvendes. - <i>Andre stoffer:</i> Det foreslås, at ordet 'misbrug' ikke anvendes. - <i>Begået kriminalitet:</i> Der sættes spørgsmålstejn ved validiteten af spørgsmål rettet mod kriminalitet. 	
Diskrimination, stigmatisering, seksuelle	Seksuelle krænkelse og overgreb (fx fået uønskede seksuelle invitationer eller kommentarer, udsat for ubehagelig berøring, fået spredt negative seksuelle rygter om sig selv, voldtægt/voldtægtsforsøg)	4,2

krænkelser, vold, trusler og kriminalitet	Udsat for trusler om vold (fx vold i hjemmet/uden for hjemmet, psykisk vold (fx gaslighting, social kontrol, trusler fra partner))	4,0
	Diskrimination og stigmatisering (fx oplevet diskrimination/stigmatisering i 1) skolen/arbejdsplads, 2) offentlige rum, 3) i forhold til professionelle, herunder politi, 4) institutionel diskrimination, fx svært ved at komme til jobsamtale /få bolig eller andet pga. éns navn, årsag til diskrimination/stigmatisering)	3,9
	Udsat for kriminalitet (fx udsat for tyveri, bedrageri, truet med kniv, skydevåben eller andet, identitetstyveri)	3,0
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det pointeres, at undertemaet <i>Udsat for trusler om vold</i> ikke er dækkende for eksemplerne, da fx gaslighting og social kontrol ikke nødvendigvis har noget med vold at gøre. Det pointeres desuden, at undertemaet er en underkategori til Voldsudsættelse. - Det pointeres, at de tre første undertemaer alle er kriminelle handlinger, så der er et stort overlap mellem disse undertemaer og undertemaet <i>Udsat for kriminalitet</i>. 	
Krop og køn		
Krop og køn	Kropsopfattelse (fx følelsen af at være for tynd eller tyk, kropstilfredshed, betydning af eget udseende)	3,7
	Ønske om at ændre krop eller udseende (fx prøvet slankekure, ønske om at tabe sig/tage på, forstyrret spisning, bekymrer sig om sit udseende, sammenligner sig med andre, vil have større eller mere synlige muskler, brug af proteinpulver/kreatin, behandling med filler el. botox)	3,5
	Kønsopfattelse (fx kønsidentitet)	3,5
	Seksuel orientering (fx heteroseksuel, homoseksuel, biseksuel, mv.)	3,1
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Det kommenteres, at feltet inden for Kønsopfattelse og Seksuel orientering udvikler sig meget hurtigt, og at det er vigtigt at være opmærksom på de nyeste termer. 	
Skole og uddannelse		
Skole og uddannelse (for unge under uddannelse)	Almen skole/uddannelsestrivsel (fx kan lide at gå på uddannelsesinstitutionen, følelsen af at høre til på uddannelsesinstitutionen, presset af skolearbejde/studier, overvejet at stoppe på uddannelsen, skiftet skole pga. mistrivsel)	3,9
	Fravær (fx omfang af fravær, årsag til fravær)	3,8
	Forhold til klassekammerater/medstuderende (fx klassekammerater er venlige og hjælpsomme, accept fra andre elever, støtte fra klassekammerater/medstuderende)	3,6
	Faglig trivsel (fx motivation for at lære noget, karakterers betydning for oplevet trivsel)	3,4

	Uddannelses- og fremtidsplaner (fx forventet højest afsluttet uddannelsesniveau, egne forventninger til at fuldføre uddannelse eller komme i job, årsager til negative forventninger til at fuldføre uddannelse eller komme i arbejde)	2,9
	Skolefærdigheder og faglighed (fx års- og eksamenskarakterer, faglig bedømmelse fra undervisere)	2,7
Arbejde (for unge i beskæftigelse (fx fuldtids/deltids/ fritids- eller studiejob))	Arbejdsbelastning og -miljø (fx indeklima, støjgener, arbejdsstillinger, arbejdsbyrde)	3,0
	Trivsel på arbejdspladsen (fx medbestemmelse, arbejdsglæde, psykisk arbejdsmiljø)	2,8
	Relation til kollegaer og overordnede (fx støtte fra overordnede/kollegaer)	2,6
Fritid	Organiserede fritidsaktiviteter (fx type af fritidsaktiviteter, hyppighed, varighed)	3,3
	Tilfredshed med eget fritidsliv (fx tilfredshed med fritidsaktiviteter, ønske om at gå til fritidsaktiviteter, motivation for fritidsaktiviteter, tid nok til fritidsaktiviteter)	3,1
	Uorganiserede fritidsaktiviteter (fx sammen med venner fysisk eller online, motion uden for organiserede fritidsaktiviteter, læser bøger/lydbøger, følger med i nyheder/politik, gamer)	2,9
	Frivilligt arbejde/aktiviteter (fx deltager i frivilligt arbejde, foreningsliv, politiske partier, elev-/studenterråd)	2,8
	Årsager til at gå til fritidsaktiviteter (fx grunde/årsager til at gå til fritidsaktiviteter, årsag til hvorfor vedkommende ikke går til ønskede fritidsaktiviteter)	2,6
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at dette er dækket af Dansk Idrætsforbund.	
Kontakt med sundhedsvæsenet	Kontakt til psykolog	3,4
	Hospitalskontakt (fx antal indlæggelser, skadestue og ambulante besøg (somatisk og psykiatrisk))	2,8
	Egen læge (kontakt til almen praktiserende læge, fx inden for det seneste år)	2,8
	Tandlæge (fx går regelmæssigt til tandlæge for eftersyn)	2,8
	Speciallæge uden for hospital (fx kontakt med øre-, næse-, halslæge, øjenlæge, psykiater mv.)	2,8
	Anden behandling (fx fysioterapeut, ergoterapeut, kiropraktor)	2,5

	Alternativ behandling (fx zoneterapi)	2,4
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det pointeres, at det er vigtigt at være opmærksom på, hvad man kan få fra registre.	
Medicinforgbrug	Håndkøbsmedicin (fx type (smertestillende, sovemedicin, naturmedicin, kosttilskud, andre), dosis, hyppighed, varighed, årsag)	3,9
	Receptpligtig medicin (fx type, dosis, hyppighed, varighed, årsag)	3,3
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Smertestillende medicin fremhæves som en vigtig indikator. - Det kommenteres, at man bør spørge til type medicin, hyppighed og varighed	
Forældres helbred samt sundheds- og risikoadfærd	Forældres sundhedsadfærd (fx forældres brug af alkohol, rusmidler og tobak/nikotinprodukter)	4,0
	Forældres helbred (fx psykisk og fysisk helbred)	3,7
	<i>Ekspertkommentarer fra Delphi-processen:</i> - Det kommenteres, at det etisk set kan være problematisk at indsamle data om forældre.	
Baggrundsoplysninger for den unge og forældre	Den unges baggrundsoplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune og herkomst)	Er ikke vurderet
	Forældres baggrundsoplysninger (fx køn, alder, region, bopælskommune, herkomst, højest fuldførte uddannelse, beskæftigelsesstatus)	Er ikke vurderet
	Familiekarakteristika (fx hvem bor den unge sammen med (herunder deleordning (for hjemmeboende unge), anbragt uden for hjemmet, bor sammen med kæreste/partner), forældres samlivsstatus, antal søskende, har egne børn, andet modersmål end dansk)	3,8
	Socialpædagogisk støtte (fx socialpædagogiske dagtilbud eller udredningskonsulent)	3,1
Dødelighed	Dødelighed (registerbaserede oplysninger) (fx alder ved død, dødsårsag)	3,6
Noter: * Relevans af hvert undertema blev vurderet på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er laveste og 5 er højeste relevans. Gennemsnitsscoren er gennemsnittet af eksperternes vurderinger fra anden runde af Delphi-processen, som er den endelige vurdering. Metode for udformning af hovedtemaer og undertemaer er beskrevet i afsnit 3.3.		

Metodekommentarer til Delphi-processen

I følgende afsnit diskuteres kort metodiske opmærksomhedspunkter i forbindelse med brug af Delphi-metoden i dette projekt.

Om end Delphi-metoden har været genstand for kritik i forhold til manglende reliabilitet og validitet (35), fremhæves metoden i litteraturen som en anvendelig tilgang til at frembringe viden og opnå konsensus inden for områder med begrænset eller ingen evidens (174). Da metoden bygger på viden og perspektiver fra en gruppe eksperter, er udvælgelsen af eksperter essentiel for processen og den frembragte viden (174). Vi anser det derfor for en styrke, at der til dette projekt indgik både en række forskellige fagprofessionelle udpeget af relevante faglige selskaber samt forskere med ekspertise i børns sundhed og trivsel. Fremadrettet kan det også være relevant at inddrage perspektiver og synspunkter fra forældre og børn/unge i den videre proces med at afgrænse indholdet i en kommende sundhedsprofil.

Ekspertgrupperne skulle som beskrevet vurdere relevansen af et stort antal undertemaer. Projektgruppen har kategoriseret undertemaerne i hovedtemaer, men det er værd at bemærke, at der kan være overlap mellem indholdet af enkelte undertemaer, fx mental trivsel og trivsel i skolen, hvilket kan have gjort det vanskeligere for eksperterne at afgive deres scores til disse undertemaer. Da vi vurderede, at det ville blive for uoverskueligt at strukturere og skabe overblik over de mange undertemaer løst fra inddelingen i hovedtemaer, blev det elektroniske spørgeskema opsat, så eksperterne fik præsenteret undertemaerne for ét hovedtema ad gangen. Således var det ikke muligt at se gennemsnitsscoren for undertemaerne på tværs af hovedtemaer. Nogle af deltagerne i ekspertpanelet kommenterer imidlertid, at denne opsætning kan have medført, at de enkelte undertemaer blev vurderet for deres relevans i forhold til de øvrige undertemaer i samme hovedtema i stedet for at blive vurderet i forhold til deres relevans i en kommende sundhedsprofil på tværs af hovedtemaerne. Dette kan have påvirket den måde, eksperterne har scoret undertemaerne.

Ekspertene fik inden udfyldelsen af spørgeskemaerne en grundig instruktion i, hvordan undertemaerne skulle rates. I instruktionen blev der lagt vægt på, at hvert enkelt undertema skulle vurderes i forhold til dets relevans for at indgå i en samlet sundhedsprofil for børn og unge, og at man ikke skulle inddrage overvejelser om datakilder i vurderingen. Det fremgår dog af ekspertkommentarerne, at nogle eksperter har vurderet undertemaets relevans ud fra datakilde, således at undertemaerne blev vurderet i forhold til, hvor vigtigt det er at indsamle data om undertemaet i et spørgeskema, og ikke i forhold til, hvor vigtigt undertemaet er for børns og unges sundhed og trivsel. Det vil sige, at nogle eksperter har givet undertemaer, hvor data kan hentes fra registre, en lavere score end undertemaer, hvor data skal indhentes via spørgeskemaer.

Endeligt er det værd at bemærke, at de afgivne scores afspejler den nuværende samfundsmæssige diskurs om sundhed og trivsel, og at scorerne ikke nødvendigvis er gyldige over længere tid, da opfattelsen af temaernes relevans kan ændre sig med tiden, hvilket også fremhæves af en ekspert. Eksperten påpeger eksempelvis, at for de 16-24-årige scorer nogle af undertemaerne for *Sundheds- og risikoadfærd* relativt lavt, mens alle undertemaerne for *Mental sundhed og trivsel* scorer højt. Dette understreger vigtigheden i, at man over tid opdaterer spørgeskemaerne i forhold til aktuelle problemstillinger.

7. Yderligere specificering af indhold i en sundhedsprofil for de 0-10-årige

I dette kapitel præsenteres eksperterens vurdering af, hvilke aspekter af en række undertemaer der er vigtigst at monitorere i en kommende sundhedsprofil for børn i alderen 0-10 år, og hvordan den viden bedst mulig indhentes. Kapitlet indeholder således en uddybning af form og indhold af en kommende sundhedsprofil for de 0-10-årige, som bygger videre på resultaterne fra Delphi-processen præsenteret i kapitel 6.

Ekspertene blev udvalgt efter, at de har specialiseret forskningsbaseret og/eller klinisk viden inden for det pågældende tema. En liste over eksperterne kan ses i bilag 4.

Følgende hoved- og undertemaer indgik i processen:

- Fysisk helbred, Udvikling og funktion samt Overordnet helbred
- Sundhed- og risikoadfærd (valgte undertemaer: Fysisk aktivitet, Stillesiddende adfærd, Digital adfærd, Udsættelse for tobaksrøg og Søvn)
- Psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer samt Mental sundhed og trivsel

Temaerne blev udvalgt på baggrund af deres score i Delphi-processen samt temaets kompleksitet. Der var enkelte undertemaer, som ikke kunne nå at blive gennemgået inden for forundersøgelsens tidsramme. Videre bearbejdning af øvrige temaer og undertemaer vil skulle foretages efterfølgende.

Eksperternes bidrag til form og indhold inden for hoved- og undertemaer er præsenteret nedenfor i tabelform og er opdelt på aldersgruppe. Enkelte navne på undertemaer afviger fra de præsenterede undertemaer fra Delphi-processen (jf. kapitel 6), efter de blev gennemgået af eksperterne.

Fysisk helbred, Udvikling og funktion samt Overordnet helbred

Fysisk helbred

Tabel 7.1 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet inden for Fysisk helbred i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Fysiske symptomer	Hovedpine (hyppighed)	Spørgeskema	-			X	X	X	Forældre
	Mavepine (hyppighed)	Spørgeskema	-			X	X	X	Forældre
	Smerter i bevægeapparatet (hyppighed)	Spørgeskema	Spørgsmålene skal omhandle smerter vedr. muskler, knogler og led			X	X	X	Forældre
	Træthed og uoplagthed (hyppighed)	Spørgeskema	-			X	X	X	Forældre
Akut sygelighed	Gentagende og langvarige infektioner (hyppighed og varighed)	Spørgeskema	Fx à la "Tænk på den sidste vinter, hvor mange infektioner har dit barn haft?"	X	X	X	X	X	Forældre
Langvarig sygelighed/sygdom	Langvarige sygdomme (ja, nej)	Spørgeskema	Fx à la "Har barnet langvarig sygdom, som en læge har diagnosticeret (≥3 mdr.)" [Ja, Nej]	X	X	X	X	X	Forældre
	Specifikke sygdomme	Spørgeskema	Spørgsmålet kan være et spørgsmålsbatteri og omhandle de hyppigst lægediagnosticerede sygdomme for aldersgruppen (Astma, Allergi, Eksem,	X	X	X			Forældre

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
			Mavesmerter, Forstoppelse, Nyre/urinveje, Bevægeapparat) Der må også gerne være mulighed for en åben svarkategori med "andet: _____"						
		Spørgeskema	Spørgsmålet kan være et spørgsmålsbatteri og omhandle de hyppigst lægediagnosticerede sygdomme for aldersgruppen (Astma, Allergi, Eksem, Forstoppelse, Mavesmerter, Hovedpine, Sengevædning, Urinvejs sygdomme, Bevægeapparat, Kroniske smerter) Der må også gerne være mulighed for en åben svarkategori med "andet: _____"				X	X	Forældre
		Registre	LPR (Hjertesygdom, diabetes, epilepsi og kræft)	X	X	X	X	X	-
Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse	Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse (ja, nej)	Spørgeskema	"Har barnet handicap, medfødt sygdom eller misdannelse" [ja/nej] Kilde: Inspiration fra Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (VIVE – Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd) (17) og SPOR -	X	X	X	X	X	Forældre

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
			Børns udvikling og trivsel gennem livet (VIVE – Det Nationale Forsknings- og analysecenter for Velfærd) (16)						
	Specifikke handicaps, medfødte sygdomme og misdannelser	Register	LPR	X	X	X	X	X	-
Selvurderet fysisk helbred	Er ikke blevet gennemgået								
Konsekvenser af akut sygelighed hos barnet	Er ikke blevet gennemgået								
Konsekvenser af langvarig sygelighed og funktionsnedsættelse hos barnet	Tages der særlige hensyn i hjemmet, i daginstitutionen/skole	Spørgeskema	Spørgsmålene opdeles i langvarig sygelighed, handicap og funktionsnedsættelse	X	X	X	X	X	Forældre
	Kan indgå i fællesskaber	Spørgeskema		X	X	X	X	X	Forældre
	Kan indgå i daglige aktiviteter i skole/institution	Spørgeskema		X	X	X	X	X	Forældre
	Hyppighed af kontakt til sundhedsvæsenet (primærsektor / sekundærsektor)	Spørgeskema		X	X	X	X	X	Forældre
	Sygedage/fravær	Spørgeskema		X	X	X	X	X	Forældre

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
	Kommunale indsatser (fx hjælpemidler, støtteperson, familierapi)	Spørgeskema		X	X	X	X	X	Forældre
	Forældres påvirkning af barnets langvarige sygelighed eller funktionsnedsættelse	Spørgeskema	Spørgsmålet skal omhandle påvirkning på forældrenes arbejdsmarkedstilknytning (fx fravær, tabt arbejdsfortjeneste)	X	X	X	X	X	Forældre
		Spørgeskema	Spørgsmålet skal omhandle påvirkning på forældrenes trivsel	X	X	X	X	X	Forældre
Evt. kommentarer	<p>Fysiske symptomer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksperterne påpeger, at barnet ikke nødvendigvis er sygt pga. symptomerne. Det handler om, hvordan det påvirker barnets trivsel. I denne forbindelse fremhæver de også, at symptomer overlapper med mental sundhed og trivsel. - Blandt de helt små børn (≤2 år) kommer symptomerne mere til udtryk som psykiske symptomer (fx uro/gråd) samt deres udvikling og funktion (følger de deres kurve?). - Eksperterne påpeger, at hyppighed er vigtig, og at det evt. kan måles ved at sammenligne symptomer med andre, jævnaldrende børn. - Det påpeges, at der kan være et overlap mellem 'Fysiske symptomer' og 'Langvarighed sygelighed/sygdom'. <p>Akut sygelighed:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det vurderes af eksperterne, at det er relevant at skelne mellem forskellige former for akut sygelighed, herunder alvorligheden. - Det påpeges af eksperterne, at det også kan være væsentligt at måle, hvor meget akut sygelighed påvirker familierne (fx sygedage). - Det påpeges, at det er vigtigt at være opmærksom på, at der er sæsonvariation i akut sygelighed. Tidspunktet for spørgeskemaet er derfor væsentlig. <p>Langvarighed sygelighed/sygdom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksperterne påpeger, at der i en indledende tekst til spørgsmålet om specifikke sygdomme bør skrives, at listen ikke er udtømmende, og at man også får oplysninger andre steder fra, bl.a. fra danske registre (LPR: kræft, diabetes, hjertesygdom, epilepsi, kræft). 								

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
	<p>Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspertene påpeger, at det kan være en god idé at opdele i henholdsvis medfødt handicap og erhvervet handicap vedrørende aspekter om, hvorvidt barnet har handicap, medfødt sygdom eller misdannelse og eventuelt de specifikke angivelser heraf. <p>Overordnet set vurderes det, at det væsentligste er konsekvenserne (eller indvirkningen på barnets helbred og trivsel) af 'Fysiske symptomer', 'Akut Sygelighed' og 'Langvarig sygelighed/sygdom' og 'Handicap, medfødt sygdom eller misdannelse' – snarere end hvad børnene fejler.</p>								

Udvikling og funktion
Tabel 7.2 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet inden for Udvikling og funktion i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Vækst	Længde og vægt	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹ og Den Nationale Børnedatabase	X					-
	Højde og vægt	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹ og Den Nationale Børnedatabase				X		-
		Spørgeskema	"Hvor høj er barnet nu uden sko?" [Barnet er ca. ____ cm høj, Ved ikke] Kilde: Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) (17)		X	X		X	Forældre
	Spørgeskema	"Hvor meget vejer barnet nu? (Angiv vægten i kg med en decimal, fx 10,8 kg) [Barnet vejer ca. ____ kg, Ved ikke] Kilde: Inspiration fra Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel (VIVE) (17)		X	X		X	Forældre	
Fødselsrelaterede oplysninger	Er ikke blevet gennemgået								

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Syn²	Bemærkning til syn	Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹	X			X		-
Hørelse²	Bemærkning til hørelse	Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹	X			X		-
Sprog/kommunikation²	Bemærkning til kommunikation	Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹ Fx smiler, pludrer	X					-
	Bemærkning til sprog	Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹				X		-
Motorisk udvikling og funktion	Bemærkning til motorisk udvikling ³	Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹ (Alberta Infant Motor Scale (AIMS) – redskab til test af børns motoriske udvikling)	X					-
		Database	Sundhedsplejerskernes journal-data fra LDBU ¹ (Indskolingsundersøgelsen)				X		-
(På tværs af undertemaerne syn, hørelse, sprog/kommunikation og motorik)	Bekymring for barnets udvikling i forhold til syn, hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik	Spørgeskema	Spørgsmålet skal omhandle, hvorvidt sundhedspersonale eller pædagogisk personale har givet udtryk for bekymring for barnets motoriske udvikling, syn, hørelse sprog (i batteri med flere kryds)	X	X	X	X	X	Forældre
	Iværksatte indsatser i forhold til barnets udfordringer i forhold til syn,	Spørgeskema	Spørgsmålet kan omhandle om der er iværksat en indsats i forhold til udfordringer til syn, hørelse, sprog og/eller motorik.	X	X	X	X	X	Forældre

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
	hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik		Svarkategorier kan fx omhandle henvisning til speciallæge, talepædagog, ergoterapeut, fysioterapeut og/eller kommunale indsatser.						
	Konsekvenser af barnets udfordringer i forhold til syn, hørelse, sprog/kommunikation og/eller motorik	Spørgeskema	Spørgsmålene kan omhandle, om den pågældende udfordring med syn, hørelse, sprog eller motorik medfører, at: 1) Der tages særligt hensyn i hjemmet, i dagtilbud/skole 2) barnet kan indgå i relationer/fællesskaber 3) barnet kan indgå i daglige aktiviteter i dagtilbud/skole	X	X	X	X	X	Forældre
Reaktioner på sanseindtryk	Er ikke blevet gennemgået								
Skoleparathed (>5 år)	Er ikke blevet gennemgået								
Evt. kommentarer	- Ekspertterne vurderer, at sundhedsplejerskedata er en god datakilde omhandlende aspekter af 'Udvikling og funktion'. I aldersgrupper, hvor dette ikke er muligt, bør der indhentes forældrerapporteret data. De påpeger også, at det endnu ikke er muligt at indhente data fra børneundersøgelserne, som udføres i almen praksis.								

¹Den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU), som er under etablering (62).

²For undertemaerne 'Syn', 'Hørelse', 'Sprog/kommunikation' og 'Motorik' blev der udarbejdet tre aspekter, som går på tværs af undertemaerne.

³Aspektet 'Bemærkning til motorisk udvikling' i undertemaet 'Udvikling og funktion' er overlappende med aspektet 'Motorik (grov- og finmotorik)' i undertemaet Fysisk aktivitet.

Overordnet helbred
Tablet 7.3 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet inden for Overordnet helbred i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Forældre-vurderet overordnet helbred		Spørgeskema	"Hvordan er dit barns helbred sammenlignet med jævnaldrende børn? (Sæt kun ét kryds)" [Bedre, Svarende til jævnaldrende børns, Dårligere] Hvis dårligere: "Hvad skyldes dit barns dårlige helbred?" [Hyppige forkølelser med feber, Hyppig lungebetændelse, Mave- eller hovedpine, Andet: _____] Kilde: Inspiration fra Bedre sundhed i generationer ¹ (37)		X	X	X	X	Forældre
Selvurderet overordnet helbred	Er ikke blevet gennemgået								
Evt. Kommentarer	-								

¹Tidligere Bedre Sundhed for Mor og Barn.

Fysisk aktivitet og Stillesiddende adfærd

Tabel 7.4 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaerne Fysisk aktivitet og Stillesiddende adfærd i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Fysisk aktivitet	Intensitet, varighed, hyppighed	Spørgeskema	Fx "Hvor tit bevæger dit barn sig i fritiden, så han/hun bliver svedig eller forpustet?" [Hver dag/flere gange om dagen; Næsten hver dag; Et par gange om ugen; Én gang om ugen; Mindre end en gang om ugen; Aldrig/meget sjældent; Ved ikke] Kilde: Inspireret af Småbørnsundersøgelsen (BUL) (175) Eller "Beskriv, hvor fysisk aktivt, du mener, at dit barn er i fritiden, sammenlignet med børn af samme alder og køn?" [Meget mindre; Noget mindre; Omtrent det samme; Noget mere; Meget mere] Kilde: Inspireret af Odense Børnekoorte (40)		X	X	X	X	Forældre (fra 1. klasse evt. sammen med barn)
		Spørgeskema	Kan måles ved, hvorvidt barnet lever op til gældende anbefalinger, fx à la "I en typisk uge,			X	X	X	

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
			bevæger barnet sig så meget, at barnet får pulsen op i (cirka 1 time om dagen?)						barnet, hvis barnet går i 1. el. 3. klasse)
	Bemærkning til fysisk aktivitet	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹				X		-
	Domæne for fysisk aktivitet	Spørgeskema	Fx "Hvor ofte leger dit barn udendørs, fx i haven, gården eller på en offentlig legeplads, når I er hjemme på denne årstid (årstid for besvarelse af spørgeskemaet)?" [Hver dag; 5 eller 6 dage om ugen; 3 eller 4 dage om ugen; 1 eller 2 dage om ugen; Næsten aldrig eller aldrig] Kilde: Odense Børnekoorte (40)		X	X	X	X	Forældre
		Spørgeskema	Spørgsmål skal omhandle aktiv transport, og at barnet går/cykler for fornøjelsens skyld. Fx à la "Hvor ofte cykler/går/løbercykler dit barn?"		X	X	X	X	Forældre (evt. sammen med barnet, hvis barnet går i 1. el. 3. klasse)

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
		Spørgeskema	Fx "Har barnet gået til organiserede idrætsaktiviteter i fritiden inden for det seneste år (minimum én gang om ugen i sæsonen (sygdom eller lignende undtaget))?" [Har ikke deltaget i organiserede idrætsaktiviteter i fritiden; Svømning; Gymnastik; Familiiegymnastik; Dans/ballet; Fodbold; Kids volleyball; Håndbold; Andet] Kilde: Odense Børnekoorte (40)		X	X	X	X	Forældre (evt. sammen med barnet, hvis barnet går i 1. el. 3. klasse)
	Overordnet mål for bevægelse	Spørgeskema	Fx à la "Foretrækker dit barn fysisk aktivitet eller stillesiddende leg"		X	X	X	X	Forældre
	Motorik (grov- og finmotorik) ²	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹ (Alberta Infant Motor Scale (AIMS) – redskab til test af børns motoriske udvikling)	X					
		Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹ (Indskolingsundersøgelsen)				X		
	Familiens generelle aktivitetsniveau/forældres aktivitetsniveau	Spørgeskema	-			X	X	X	Forældre

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
	Motivation for fysisk aktivitet	Eksperten mener ikke, at temaet bør indgå i en sundhedsprofil.							
Stillesiddende adfærd	Total siddetid	Spørgeskema	Kan fx måles ved tid brugt på passiv skærm og passiv transport.		X	X	X	X	Forældre
	Domæne for stillesiddende adfærd	Indgår implicit i aspektet ovenfor om 'Total siddetid'.							
Evt. kommentarer	<p>Fysisk aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksperten fremhæver, at forældre kan kun svare på, hvad børnene laver i fritiden og således ikke på deres aktivitetsniveau i børnenes institution. - Når der skeles til spørgsmål fra eksisterende undersøgelser, bør man være opmærksom på, om spørgsmål indeholdende "forpuftet" og "sveder" er et udtryk for høj intens fysisk aktivitet eller moderat til hård fysisk aktivitet. - Eksperten påpeger, at den bedste måde at monitorere fysisk aktivitet på vil være ved brug af accelerometre på fx håndled eller påklæstret på lår (4+ år). - Motorik (grov- og finmotorik): Eksperten påpeger, at det er at foretrække at teste 2- og 5-åriges grov- og finmotorik, hvis det er muligt med en repræsentativ subsample. - Familiens generelle aktivitetsniveau/forældres aktivitetsniveau: Eksperten fremhæver, at det vil være spændende med et mål for hvor aktiv familien generelt er, da man ved, at fysisk aktivitet tracker over tid. Aktive forældre har også ofte børn, der selv er aktive. <p>Stillesiddende adfærd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det påpeges af eksperten, at stillesiddende adfærd også er godt at kunne, når barnet skal lære at koncentrere sig/for finmotorik (perleplader, saks, tegne og for de større børn at kunne sidde stille i skolen, være kreativ/spille musik). 								

¹Den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU), som er under etablering (62).

²Aspektet 'Motorik (grov- og finmotorik)' i undertemaet Fysisk aktivitet er overlappende med aspektet 'Bemærkning til motorisk udvikling' i undertemaet 'Udvikling og funktion'.

Digital adfærd

Tabel 7.5 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet Digital adfærd i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Undertema	Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
				8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Omfang og brug af skærm	Skærmtid – hverdag	Spørgeskema	"På en almindelig hverdag (mandag-fredag), hvor lang tid bruger dit barn på skærmaktiviteter (fx TV, tablet, telefon)?" Svarkategorier: Ingen, 1-29 min, 30-59 min, 1-2 timer, 2-3 timer, 3-4 timer, 4-5 timer, over 5 timer Kilde: Spørgsmål inspireret fra Småbørnsundersøgelsen (BUL) (175). Svarkategorier inspireret af SCREENS (176).	X	X	X	X	X	Forældre
	Skærmtid – weekend	Spørgeskema	"På en almindelig weekenddag (lørdag-søndag), hvor lang tid bruger dit barn på skærmaktiviteter (fx TV, tablet, telefon)?" Svarkategorier: Ingen; 1-29 min; 30-59 min; 1-2 timer; 2-3 timer; 3-4 timer; 4-5 timer; over 5 timer Kilde: Spørgsmål inspireret fra Småbørnsundersøgelsen (BUL) (175). Svarkategorier inspireret af SCREENS (176).	X	X	X	X	X	Forældre
	Forældreinteraktion	Spørgeskema	"I hvor stor en del af dit barns skærmtid har barnet typisk aktivt	X	X	X	X	X	Forældre

			samvær med en voksen? (fx samtale om indholdet på skærmen)” Svarkategorier: Det meste af tide; Halvdelen af tiden; Lidt af tiden; Næsten aldrig						
	Tidspunkt for skærmbrug	Spørgeskema	”På hvilke tidspunkter i løbet af dagen bruger dit barn typisk skærm (sæt gerne flere krydser)?” Svarkategorier: Inden for de første 30 min efter barnet er vågnet; Mens barnet spiser morgenmad; Efter skoletid/Om eftermiddagen; Mens barnet spiser aftensmad; Om aftenen; Inden for de sidste 30 min inden sovetid	X	X	X	X	X	Forældre
	Egen oplevelse	Spørgeskema	”Synes du selv, at du bruger for meget tid på skærmaktiviteter?” Svarkategorier: Nej, slet ikke; Ja, sjældent; Ja, nogle gange; Ja, næsten altid				X	X	Barnet
	Egen mobiltelefon	Spørgeskema	”Har dit barn sin egen mobiltelefon?” Svarkategorier: Ja, Nej				X	X	Forældre
Type og årsag til brug af digitale medier	Skærmtype	Spørgeskema	”Hvilken type af skærm anvender dit barn oftest?” Svarkategorier: TV; Tablet (fx iPad); Smartphone; Computer; Spillekonsol (fx playstation, Nintendo, Gameboy); Ved ikke	X	X	X	X	X	Forældre
	Skærmindhold	Spørgeskema	”Hvad bruger dit barn oftest skærmen til?” Svarkategorier: Film/serier; Spil; Sociale platforme (fx YouTube, TikTok,	X	X	X	X	X	Forældre

			eller Instagram); Programmer med læringsmæssigt indhold; Andet						
Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier	Påvirkning, sociale medier	Spørgeskema	"Har du fået beskeder, billeder eller videoer, som har gjort dig ked af det?" Svarkategorierne: Ja, tit; Ja, nogle gange; Ja, sjældent; Nej, aldrig				X	X	Barnet
	Afhængighed	Spørgeskema	"Kan det være svært for dig at lægge skærmen væk, når du bruger den i din fritid?" Svarkategorier: Ja, jeg har aldrig lyst til at lægge skærmen væk; Ja, nogle gange har jeg svært ved at lægge den væk; Nej, jeg synes, det er let at lægge skærmen væk				X	X	Barnet
	Sociale medier	Spørgeskema	"Har du en profil på følgende sociale medier (sæt gerne flere krydser)?" Svarkategorier: Instagram; Facebook; Snapchat; TikTok; YouTube; Andre				X	X	Barnet
Deling af billeder og videoer	Eksperterne mener ikke, at temaet bør indgå i en sundhedsprofil, da det er meget bredt og svært at konkretisere. Det er noget, der er påført barnet og kan være meget tilfældigt.								
Evt. kommentarer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Skærmtid - hverdag: Der er valgt et samlet mål for skærmtid snarere end et mål opdelt på flere skærme, da eksperterne mener, at den samlede skærmtid er det væsentlige. Børn kan være på flere skærme samtidig, og hvis der spørges ind til specifikt brug, kan der opstå problemer ved kodningen af svarene. 2) Skærmtid – weekend: Der opdeles på hverdag og weekend, da det kan være meget forskelligt, hvor meget tid der bruges her. 3) Forældreinteraktion: Spørgsmålet er selvkonstrueret og læner sig op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger om aktivt samvær ved skærmb brug. 4) Skærmtype: Skærmlandskabet har ændret sig meget. Det er vigtigt at vide, om fx. "transportable" skærme (tablets og telefoner) er mere skadelige end stationære (TV og spillekonsol). Stor mangel af forskning på området. Hvis det kan stilles overskueligt op, vil det være at foretrække, hvis forældre kan rangordne hvilke typer, der bruges mest og mindst. Kan evt. deles op på hverdag og 								

	<p>weekend (vil være ideelt, hvis der er nok plads). Hvis der er tilstrækkeligt plads kan et mere uddybende spørgsmål bruges. Se fx spørgsmål 4 i spørgeskemaet SCREENS².</p> <p>5) Skærminndhold: Mangel på forskning i påvirkning af specifikt skærminndhold. Det vurderes vigtigt at skelne mellem fx Spil og afhængighedsskabende indhold – og handlingsorienteret indhold, hvor barnet er mere passivt. Hvis det kan stilles overskueligt op, vil det være at foretrække, hvis forældre kan rangordne, hvad der bruges mest og mindst. Det vil være ideelt at dele op på hverdage og weekenddage, hvis der er plads nok. Et mere uddybende spørgsmål kan også bruges. Se fx spørgsmål 9 i spørgeskemaet SCREENS².</p> <p>6) Tidspunkt for skærmb brug: Selvekonstrueret spørgsmål, som er taget med for at vide i hvilke situationer, barnet bruger skærmen. Det vurderes vigtigt at vide, om det fx er inden sovetid, men også om det er en del af måltidssituationer, hvor det kan tage tid fra social interaktion med familien.</p>
--	---

Undertemaet 'Konsekvenser af og påvirkning fra sociale medier' indgik ikke i forespørgslen til eksperterne for de 0-5-årige. Cellerne er derfor skraveret med gråt.

Udsættelse for tobaksrøg

Tablet 7.6 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet Udsættelse for tobaksrøg i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Tobaksrygning i hjemmet	Spørgeskema	"Bliver der røget tobak indendørs i barnets hjem fx cigaretter, opvarmet tobak eller vandpibe? (medtag ikke e-cigaretter)" [Ja, dagligt; Ja, mindst én gang om ugen; Ja, sjældnere end hver uge; Nej, aldrig] Kilde: Inspiration fra Småbørnsundersøgelsen (BUL) (175) og Danskernes rygevaner (177).	X	X	X	X	X	Forældre
	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹ og Den Nationale Børnedatabase "Udsættelse for tobaksrøg i hjemmet"	X			X (Indskolingsundersøgelsen)		-
Brug af e-cigaretter i hjemmet	Spørgeskema	"Bliver der brugt e-cigaretter indendørs i barnets hjem?" [Ja, dagligt; Ja, mindst én gang om ugen; Ja, sjældnere end hver uge; Nej, aldrig]	X	X	X	X	X	Forældre
Udsættelse for tobaksrøg/damp fra e-cigaretter andre steder end i hjemmet	Spørgeskema	"Bliver der røget tobak i din bil, mens der er børn i den? [Jeg har ikke en bil; Ja, ofte; Ja, nogle gange; Nej, aldrig] Kilde: Inspiration fra Danskernes rygevaner (177).	X	X	X	X	X	Forældre

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
	Spørgeskema	"Bliver der brugt e-cigarettter i din bil, mens der er børn i den?" [Jeg har ikke en bil; Ja, ofte; Ja, nogle gange; Nej, aldrig]	X	X	X	X	X	Forældre
	Spørgeskema	"Har barnet været passet i en dagpleje, hvor der har været røget tobak indendørs i hjemmet?" [Ja, dagplejer/partner har røget i hjemmet, når dagplejer har haft fri; Nej; Ved ikke] Kilde: Inspiration fra Odense Børneko-horte (40).	X	X	X			Forældre
	Spørgeskema	"Har barnet været passet i en dagpleje, hvor der er blevet brugt e-cigarettter indendørs i hjemmet?" [Ja, dagplejer/partner har brugt e-cigarettter i hjemmet, når dagplejer har haft fri; Nej; Ved ikke]	X	X	X			Forældre
Evt. kommentarer	1) Tobaksrygning i hjemmet: Det er en fordel at inkludere opvarmet tobak i spørgsmålet, så alle produkter, der udleder skadelig tobaksrøg, inkluderes. Ulempen ved dette er dog, at lignende spørgsmål fra fx Danskernes Rygevaner ikke inkluderer opvarmet tobak i deres spørgsmål (men i stedet har denne produkttype som et særskilt spørgsmål), og det kan dermed blive svært at finde en sammenlignelig prævalens. Spørgsmålene i Danskernes Rygevaner gives dog til 16+ år. 2) Tobaksrygning i hjemmet: De angivne eksempler på tobaksprodukter kan evt. undlades. Det foreslås, at der ikke skelnes mellem, hvorvidt der ryges i specifikke rum i husstanden, hvor barnet opholder sig/ikke opholder sig, da rester fra tobaksrøg kan sætte sig i støv, møbler, tekstiler mv., som er tilbage i rummet efter rygningen er stoppet, og som barnet således kan eksponeres for. 3) Eksperten påpeger, at der også bør spørges ind til forældres rygevaner.							

¹ Den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU), som er under etablering (62).

Søvn

Tabel 7.7 Uddybning af vigtigste aspekter af undertemaet Søvn i en kommende sundhedsprofil for 0-10-årige.

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
Søvnlængde	Spørgeskema	Søvnlængde (nat) Spørgsmålene skal omhandle, hvornår barnet går i seng (eller hvornår barnet bliver puttet (klokkeslæt), hvornår barnet falder i søvn)), og hvornår barnet står op.	X	X	X	X	X	Forældre (og evt. barnet selv (fra 1. klasse))
	Spørgeskema	Søvnlængde (dag) Spørgsmålene skal omhandle antallet af lure i løbet af dagen, længden af lurene i løbet af dagen og/eller totaltid på lure i løbet af dagen.	X	X	X	X	X	Forældre (og evt. barnet selv (fra 1. klasse))
Søvnkvalitet	Spørgeskema	Spørgsmålene skal omhandle indsovning (<30 min vs. >30 min)	X	X	X	X	X	Forældre (og evt. barnet selv (fra 1. klasse))
	Spørgeskema	Spørgsmålet skal vedrøre antallet af opvågninger.	X	X	X	X	X	Forældre
	Spørgeskema	Spørgsmålet skal omhandle, om forældrene oplever, at barnet er udhvilet	X	X	X	X	X	Forældre
Regelmæssig søvn	Spørgeskema	Spørgsmålene skal omhandle:	X	X	X	X	X	Forældre

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
		1) Er der en oplevelse af at have regelmæssige rutiner i forhold til søvn? Fx putteritualer (får læst godnathistorier, tandbørstning) 2) Er der store udsving fra weekend til hverdag? 3) Er der optimale forhold, når barnet skal sove set i forhold til rammerne omkring søvnen (fx er der et roligt sovemiljø (støj fra vej)) 4) Er der fysiske sygdomme og/eller alvorlige begivenheder, som påvirker søvnen?						
Forældres oplevelse af om barnets søvn er problematisk Eksempelvis hvorvidt barnets søvn adskiller sig fra, hvad der forventes, eller om der er noget ved barnets søvn, som bekymrer forældrene.	Spørgeskema	-	X	X	X	X	X	Forældre
Barnets oplevelse af om egen søvn er problematisk	Spørgeskema	-				X	X	Barnet (evt. med brug af smileys)
Bemærkning til søvn	Database	Sundhedsplejerskernes journaldata fra LDBU ¹	X					

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
		Det registreres, hvis barnet har søvnproblemer, der har negativ indflydelse på barnets spisning og trivsel, eller hvis barnets døgnrytme og søvnmønster ikke lever op til den alderstilsvarende udvikling og barnets behov.						
Melatonin-forbrug	LPR, Medicinregisteret	Melatonin-forbrug	X	X	X	X	X	
	Spørgeskema	Spørgsmålet skal omhandle melatonin-forbrug (receptpligtig og selvindkøbt)	X	X	X	X	X	Forældre
Søvn sygdomme	Spørgeskema (evt. som spørgsmålsbatteri)	Insomni (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) (Insomni er kendetegnet ved, at man er træt i løbet af dagen eller ikke føler sig udhvilet, grundet at man har svært ved at falde i søvn, svært ved at sove igennem og/eller vågner for tidligt)	X	X	X	X	X	Forældre
		Hypersomni (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) (Hypersomni er kendetegnet ved at få for meget søvn. At man ikke bliver udhvilet og falder let i søvn i løbet af dagen. Endvidere søvnanfald, hvor man pludseligt falder i søvn)	X	X	X	X	X	Forældre

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
		Parasomni (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) (Parasomni omfatter mange forskellige søvnforstyrrelser, som oftest opstår først på natten, herunder tale i søvne, gå i søvne, skære tænder, sengevædning (5 år - 3. klasse), søvnrædsel/night terror, søvnparalyse)	X	X	X	X	X	Forældre
		Søvnapnø mv. (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) (Søvnapnø er kendetegnet ved utilstrækkelig vejtrækning i løbet af natten, dvs. nedsat iltning eller nedsat ventilation) Spørgsmål kan fx omhandle, hvorvidt barnet snorker (ikke forkølet), holder vejtrækningspauser eller er søvning i løbet af dagen.	X	X	X	X	X	Forældre
		Bevægesygdomme – "restless legs syndrome" (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) ("Restless legs syndrome" er kendetegnet ved uro i benene/kropslig uro, fornemmelse af kriblen i benene, tendens til at bevæge benene ved sengetid/i ro)	X	X	X	X	X	Forældre

Vigtigste aspekt(er) af undertema Prioriteret rækkefølge	Datakilde	Spørgsmål eller registeroplysning	Aldersgruppe, som aspekt/spørgsmål/registeroplysning er relevant for (sæt kryds)					Respondent (hvis spørgeskema)
			8-10 mdr.	2 år	5 år	1. klasse	3. klasse	
		Døgnrytmesygdomme – døgnrytme-forskydning (hyppighed, omfang, sværhedsgrad og evt. debut) (Døgnrytmesygdomme omfatter forsinket søvnfasesyndrom (falder meget sent i søvn) og avanceret søvnfasesyndrom (falder meget tidligt i søvn))	X	X	X	X	X	Forældre
Evt. kommentarer	1) Eksperterne fremhæver spørgeskemaerne, Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) og Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) som mulige kilder til spørgsmål/spørgeskemabatteri. 2) Der er angivet aspekter for 0-10-årige, men det fremhæves, at det er hensigtsmæssigt at have ensartede søvnspørgsmål på tværs af alder i hele aldersgruppen 0-24 år. 3) Det fremhæves af eksperterne, at det er væsentligt at have forældres sundhedsadfærd med i form af eget søvnmønster. 4) Det fremhæves af eksperterne, at det er vigtigt at spørge ind til børnenes skærmforbrug, da det kan have indvirkning på børnenes søvn. 5) Det fremhæves, at besvarelser vedr. søvnspørgsmål skal repræsentere søvn i forhold til en almindelig, ikke-belastet periode (dvs. den generelle, normale søvnadfærd). 6) Det fremhæves, at undertemaet 'Årsager til træthed/for lidt søvn' er overlappende med andre undertemaer, fx mistrivsel, skærmtid mv.							

¹ Den kommende Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU), som er under etablering (62).

Mentale helbredsproblemer og mental sundhed og trivsel

Der blev nedsat en ekspertgruppe bestående af forskere med ekspertise inden for børns mentale helbred og trivsel, som skulle vurdere de vigtigste aspekter af undertemaerne inden for hovedtemaerne Psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer og Mental sundhed og trivsel. Ekspertgruppen vurderede, at kategoriseringen af temaer og undertemaer, som blev ratet i Delphi-processen, burde ændres, og kom i stedet med deres egen vurdering af inddelingen af, hvilke undertemaer som bør monitoreres i en kommende sundhedsprofil for henholdsvis 0-3-årige og 4-10-årige. Disse er præsenteret i nedenstående afsnit.

Mental sårbarhed samt mental sundhed og resiliens hos 0-3-årige

For de yngste børn fremhæver ekspertgruppen, at barnets mentale sårbarhed afspejles inden for følgende områder af den psykiske udvikling og funktion, som det vil være relevant at monitorere i en kommende sundhedsprofil: 1) Barnets regulering af søvn, 2) Regulering af appetit og spiseadfærd, 3) Regulering af følelsesmæssige udtryk, 4) Motorisk udvikling og aktivitet, 5) Nysgerrighed og interesse, 6) Social kontakt og interaktion, og 7) Sprogudvikling.

Ekspertgruppen understreger, at det er vigtigt ikke blot at monitorere mentale risikofaktorer, men også mental sundhed og -resiliens. Det påpeges dog, at der er brug for en operationalisering af mental sundhed for de yngste børn, og at der mangler viden om de vigtigste resiliensfaktorer.

Ekspertgruppen fremhæver, at der ikke er hverken nationalt eller internationalt gældende definitioner af mental sundhed hos små børn, og at der er brug for forskning inden for dette felt, som kan guide en operationalisering med hensyn til indikatorer på mental sundhed. Ekspertgruppen omtaler begrebet resiliens, eller modstandsdygtighed, som foruden medfødte fysisk og udviklingsmæssig sundhed omfatter barnets evne til at udtrykke følelser på et alderssvarende niveau/ variationen i barnets følelsesudtryk (i modsætning til begrænset følelsesmæssigt reservoir), og evnen til at regulere sin adfærd på alderssvarende vis. I øvrigt fremhæves det, at forældrene indgår som en uadskillelig del af det lille barns mentale sundhed, både i kraft af deres forventninger til barnet og i kraft af deres evne til at imødekomme barnets reaktioner og udviklingsmæssige behov.

Det foreslås, at man finder inspiration til det samlede arbejde med at udvælge de vigtigste undertemaer og aspekter af mental sårbarhed samt mental sundhed og resiliens for børn under 3 år i følgende:

- *Psykisk Udvikling og Funktion (PUF)* (178), som er et standardiseret redskab specifikt udviklet og valideret inden for den danske sundhedspleje med henblik på at screene for mental sårbarhed i dialog med forældrene. Ved *PUF* evaluerer sundhedsplejersken systematisk spektret af mental udvikling og funktion hos barnet ved 9-10 måneder. *PUF* er under implementering og benyttes aktuelt i 37 kommuner og registreres i både NOVAX- og Solteq-journalsystemerne (166, 167).
- Screeningsværktøjet *Alarm Distress Baby Scale (ADBB)* (179), der anvendes til at observere og vurdere 2-24 måneder gamle børns sociale kontakt. *ADBB* anvendes aktuelt i 82 kommuner og registres i både NOVAX- og Solteq-journalsystemerne (166, 167).

- Spørgeskemaet *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (180), som er designet til at vurdere mental sundhed og adfærd blandt børn og unge i alderen 2-17 år.
- Spørgeskemaet *Ages & Stages Questionnaires – Social-Emotional (ASQ-SE)* (181), der bruges til at vurdere henholdsvis social og følelsesmæssig udvikling hos børn i alderen fra 2 måneder til 6 år.
- Spørgeskemaet *Ages & Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3)* (182), der måler generel udvikling inden for områder som kommunikation, motoriske færdigheder og personlig og social adfærd hos børn i alderen fra 1 måned til 5 år og 6 måneder.
- Rapporten *Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn* af Vidensrådet for Forebyggelse (183).
- Rapporten *The First 1000 Days in the Nordic Countries* (184).

Det fremhæves desuden, at det er vigtigt at orientere sig i international litteratur.

Datakilder og informanter for børn i alderen 0-3 år

Ekspertgruppen anbefaler samlet set, at man for børn under 2 år både anvender spørgeskemaer rettet mod forældrene og indhenter sundhedsplejerskedata. Der fremhæves dog også forskellige styrker og svagheder ved de to datakilder. Det pointeres, at man skal stille veludviklede og konkrete spørgsmål til de enkelte indikatorer i spørgeskemaer. Sundhedsplejerskedata bliver fremhævet som en velegnet datakilde. Blandt andet fremhæves det som en styrke, at hele populationen fremadrettet vil blive dækket (via *LDBU* (62)), og at sundhedsplejerskerne baserer deres registreringer på en kombination af forældreoplysninger og egne observationer. Det bliver dog pointeret, at nogle af registreringerne ikke er detaljerede nok, da der eksempelvis for søvn registres en bemærkning til søvn og ikke fx konkret søvnlængde og hyppighed.

Mentale helbredsproblemer, mistrivsel og trivsel for børn i alderen 4-10 år

Ekspertgruppen vurderer, at der for børn i alderen 4-10 år er langt mere forskning, der understøtter afgrænsningen af valide indikatorer på mental sårbarhed og trivsel sammenlignet med for de yngste børn.

I ekspertgruppen er der bred enighed om, at spørgeskemaet *the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (180) er det bedst egnede instrument til at monitorere mentalt helbred hos børn over 4 år. *SDQ* er international og nationalt meget velvalideret, det indeholder spørgsmål, som belyser såvel sårbarhed med hensyn til socialt samspil som indikatorer på mentale styrker. For 4-10-årige kan *SDQ* besvares af såvel forældre som lærere og pædagoger; det er let at anvende og benyttes aktuelt i en række danske kommuner ved indskolingsundersøgelserne.

For børn i 1. og 3. klasse anbefales det desuden at spørge børnene selv om nogle trivselsrettede spørgsmål. De trivselsrettede spørgsmål kan med fordel opdeles i trivsel hjemme, i skolen og i fritidsordningen. Det vurderes desuden, at børnene også selv kan svare på spørgsmål om sociale kompetencer og self-efficacy. Det er nødvendigt at udvikle trivselsspørgsmål, som kan besvares af aldersgruppen, og det foreslås, at man finder inspiration til dette i *Skolebørnsundersøgelsen* (3) med det opmærksomhedspunkt, at børnene er yngre end de børn, der deltager i *Skolebørnsundersøgelsen*. Det er derfor sandsynligt, at spørgsmålene vil skulle tilpasses yngre børn.

Desuden foreslås det, at man anvender sundhedsplejerskejournaldata om trivsel fra indskolingsundersøgelsen. Det vurderes ikke at være hensigtsmæssigt at anvende *Den Nationale*

Trivselsmåling (19) til at vurdere barnets trivsel generelt, men at det kan være en mulighed at anvende målet for skoletrivsel, og muligvis hovedpine, mavepine, self-efficacy og sociale kompetencer. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at børnenes besvarelser i *Den Nationale Trivselsmåling* kan være påvirkede af, at de besvarer et spørgeskema, som drejer sig om skolens miljø.

8. Børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser

Ved etablering af en kommende sundhedsprofil er et væsentligt opmærksomhedspunkt overvejelser om, fra hvilken alder børnene selv kan besvare et spørgeskema, og hvilke overvejelser der gør sig gældende i forhold til validiteten af de svar, børnene afgiver. I nedenstående afsnit gennemgås ekspertpanelernes bemærkninger og kommentarer af relevans for denne problemstilling. Dernæst følger en beskrivelse af overvejelser og opmærksomhedspunkter i forbindelse med børn som respondenter i spørgeskemaundersøgelser i indskolingsalderen baseret på udvalgt litteratur.

Opmærksomhedspunkter fremhævet af eksperter

Langt overvejende vurderes det af eksperterne som uhensigtsmæssigt at indsamle data blandt børn i alderen 4-5 år ved at spørge børnene selv på grund af børnenes manglende kognitive overblik i den alder. Samtidig vurderes det, at validiteten af svar fra børn i alderen 4-5 år er ukendt, og det vil kræve nærmere undersøgelser at få viden om herom. Det pointeres, at hvis man inddrager børnene som respondenter fx fra ca. 4 år, så forudsætter det en opkvalificering af fagprofessionelle i videnskabelige metoder for at undgå, at de fagprofessionelle kommer til at indvirke på barnets svar.

Vedrørende børn i aldersgruppen 6-10 år fremhæves det, at der er mindre dokumentation for validiteten af spørgeskemasvar fra børn under 10 år end fra børn på ca. 10 år og opefter. Det vil derfor være oplagt at benytte den fremtidige sundhedsprofil til at undersøge validiteten af mindre børns informationer. Endvidere nævnes det som sandsynligt, at visse informationer om børn under 10 år vil skulle indhentes fra forældre.

Slutteligt gøres der opmærksom på, at det vil være forskelligt, fra hvilken alder børnene selv er i stand til at besvare et spørgeskema. Således pointeres det, at de mere ressourcerstærke børn vil kunne besvare før de mere sårbare. For at sikre, at de mere sårbare børn ikke bliver underrepræsenterede, er det således vigtigt, at dataindsamlingsmetoden besluttet ud fra hensyntagen til gruppen af mere sårbare børn.

Spørgeskemaer til børn i 0.-3. klasse

Nedenstående afsnit gennemgår de metodemæssige opmærksomhedspunkter, som fremhæves i litteraturen i forbindelse med udformning af spørgeskemaer og dataindsamling blandt børn i 0.-3. klasse. Således har barnets alder en stor betydning for, hvilke spørgsmål barnet kan svare på (185, 186). Det skyldes dels, at spørgeskemaer er en form, hvor der skal svares forholdsvis hurtigt, og respondenter derfor skal basere sit svar på paratviden. Alderen er i den forbindelse afgørende for, hvor omfattende en viden og erfaring respondenter har, og således for, hvilke spørgsmål der opfattes genkendelige, virkelighedsnære, for hypotetiske eller urealistiske (185). Derudover har børn endnu ikke et tilstrækkeligt højt abstraktionsniveau til at give konsistente og generelle evalueringer (186). Børns kognitive udvikling og abstraktionsniveau sætter derfor grænserne for, hvad de kan svare på, og for validiteten af svarene (185, 186). Trods eventuelle forståelses- og

validitetsproblemer finder ekspertgruppen bag Den Nationale Trivselsmåling, at det stadig kan være brugbart at lave spørgeskemaundersøgelser af elever i 0.-3. klasse, da disse udmærket kan fungere lokalt som en inspiration til, hvor man bør rette sit blik og sætte ind med eventuelle foranstaltninger (187).

Når man skal udarbejde spørgeskemaer til børn i 0.-3. klasse, er der en række forholdsregler man bør tage i et forsøg på at øge validiteten af besvarelsene. På grund af spørgeskemaers form, der fordrer hurtig besvarelse og ikke muliggør uddybning, er det vigtigt, at spørgsmålene er tilpasset børnenes kognitive niveau og således omhandler emner, som barnet er bekendt med, så det vækker genkendelse og virker aktuelt (185, 188). Undersøgelser viser i den forbindelse, at børn i de små klasser har lettest ved at svare på spørgsmål om dem selv, mens faktuelle spørgsmål især om andre, fx familie, kan være svære at besvare. Derfor anbefales det blandt andet, at spørgsmål vedrørende social baggrund indhentes på en anden måde end at spørge barnet i et spørgeskema (185). Derudover er det hensigtsmæssigt at lade spørgsmålene henvende sig direkte til barnet i form af "kan du lide at gå i skole?", da det sikrer relevans (188-190). For at sikre konsistens igennem spørgeskemaet er det hensigtsmæssigt, at alle spørgsmål så vidt muligt stilles som spørgsmål fremfor udsagn (188).

Spørgsmålene skal formuleres enkle og i et sprog, som børnene forstår. Det er således vigtigt at undgå længere sætninger med flere led (188, 190). Spørgeskemaer til børn i 0.-3. klasse bør desuden være kortere end til børn i de ældre klasser med en bestræbelse på ikke at komme over 20 spørgsmål. Det skyldes, at 20 spørgsmål anses som passende for børn i de mindste klasser, da det ikke forventes, at de kan fastholde koncentrationen i længere tid (188). Ligeledes er det vigtigt med simple og få svarkategorier (188-190). For børn i 0.-3. klasse er det hensigtsmæssigt kun at have tre svarkategorier, da flere svarkategorier bliver for abstrakt (188, 190). Desuden viser en undersøgelse, at børn ned til 6-årsalderen foretrækker en Likert-skala (fx enig, delvis enig, uenig) frem for fx en numerisk skala, der går fra 1-10, da de finder det lettere at besvare (191). Man kan desuden overveje at gøre brug af piktogrammer, såsom smileys eller billeder, hvor det er relevant, da de kan være særligt anvendelige til respondentgrupper med begrænset sprog og læsefærdigheder, såsom børn i de små klasser. Det skyldes, at piktogrammer kan bidrage til en forståelsesmæssig forenkling for yngre børn (188, 189). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at smileys ikke er hensigtsmæssige til alle typer af spørgsmål, og da svarmulighederne så vidt muligt bør være gennemgående for hele skemaet, er det ikke altid en mulighed at anvende piktogrammer (188).

For at sikre, at alle børn i 0.-3. klasse kan besvare spørgsmålene, uanset læsefærdigheder, bør der være mulighed for individuel oplæsning af spørgsmålene, fx som en funktion i et elektronisk spørgeskema, eller ved at en voksen, fx en lærer, læser spørgeskemaet op (186, 188). Derudover bør der altid være en lærer eller en anden voksen til stede, når børnene skal udfylde spørgeskemaet. Dels for at give en introduktion og vejledning til spørgeskemaet, dels for at kunne hjælpe barnet, hvis der opstår spørgsmål undervejs, enten til vanskelige spørgsmål eller den praktiske gennemførelse (188, 190). I den forbindelse er det vigtigt at udarbejde en vejledning til den voksne, der præciserer den voksnes rolle, fx med en introtekst, som de kan læse højt for eleverne (188, 190).

9. Styrkeberegninger til kommunalt repræsentativ sundhedsprofil

I dette afsnit præsenteres resultaterne af beregningerne af, hvor mange deltagere der som minimum skal indgå i kommende sundhedsprofil, for at den vurderes til at være repræsentativ på kommunalt niveau. I beregningerne indgår følgende aldersgrupper: 0, 2, 5, 7, 9, 11, 13 og 15 år.

Styrkeberegningerne viser, at der samlet set som minimum skal indgå 138 *deltagere* i en spørgeskemaundersøgelse inden for hver aldersgruppe per kommune (uanset kommunens størrelse). Dette er det nødvendige antal for, at studiepopulationen vurderes til at udgøre et repræsentativt udsnit af målgruppen i forhold til alder og køn i den givne kommune, og at resultaterne fra undersøgelsen dermed kan præsenteres med tilstrækkelig statistisk styrke for henholdsvis drenge og piger inden for aldersgruppen for den enkelte kommune (se forudsætninger for beregningerne kapitel 3).

Da den forventede svarprocent er afgørende for, hvor mange der skal *inviteres* til en spørgeskemaundersøgelse, er der i tabel 9.1 indsat en oversigt over det antal personer inden for en given aldersgruppe, der som minimum skal *inviteres* i en spørgeskemaundersøgelse for, at stikprøven (dvs. det tilfældigt udtrukne antal personer til undersøgelsen) bliver tilstrækkelig stor.

Af tabel 9.1 fremgår det for eksempel, at der for aldersgruppen 0 år skal inviteres minimum (en forælder til) 276 børn per kommune ved en forventet svarprocent på 50% (for at kunne identificere en forskel mellem en sand forekomst på 10% og en observeret forekomst på 20%) for at nå de 138 deltagere.

Af tabellen fremgår det videre, at i 31 af landets kommuner er der færre end 276 0-årige bosat i kommunen. I disse kommuner vil man skulle invitere en forælder til alle 0-årige i kommunen. Som følge af, at der i disse kommuner er færre børn end det nødvendige antal at invitere, vil det for disse kommuner ved nogle indikatorer ikke være muligt at opdele resultaterne på køn, og/eller flere aldersgrupper vil skulle lægges sammen, mens nogle indikatorer ikke vil kunne vises. For enkelte af de helt små kommuner, hvor der er meget få børn i aldersgruppen, vil det efter vores vurdering ikke være muligt at vise data på kommunalt niveau inden for den enkelte aldersgruppe. Eventuelt kan man, hvor muligt, lægge flere aldersgrupper sammen.

Af tabel 9.1 fremgår det desuden, at der på landsplan som minimum skal inviteres i alt 24.400 blandt de 0-årige. Sidste kolonne i tabellen viser det samlede antal børn i aldersgruppen på landsplan (192).

Blandt børn i grundskolen (7, 9, 11, 13 og 15 år) er der præsenteret det nødvendige antal, der skal inviteres ud fra tre forskellige scenarier for forventet svarprocent på individniveau blandt børnene, henholdsvis 30%, 50% og 70%, da strategien for rekruttering til en kommende sundhedsprofil ikke

er fastlagt for disse aldersgrupper. Ved en forventet svarprocent på 50% blandt fx de 11-årige er der således 276 børn, der som minimum skal inviteres i aldersgruppen per kommune, dvs. at der som minimum skal deltage 138 børn i aldersgruppen.

Hvis man vil invitere via skolerne, vil man skulle foretage yderligere beregninger af, hvor mange skoler man skal invitere for at opnå det nødvendige antal deltagende elever, og dermed også tage højde for den forventede deltagelsesprocent blandt skoler. Dette er ikke gjort til denne rapport, men det nødvendige antal *deltagere* vil være stadig være 138 børn i aldersgruppen per kommune.

Det vil have stor betydning for svarprocenten, om kommunerne involveres i rekrutteringen til undersøgelsen, hvis kommunerne gør det obligatorisk for skolerne at deltage. Som det også fremgår af tabellen, er den forventede svarprocent meget afgørende for det antal elever, der som minimum skal inviteres, for at stikprøven bliver tilstrækkeligt stor – jo lavere forventet svarprocent, jo flere skal inviteres.

Ovenstående beregning er baseret på, at der inviteres et *tilfældigt* udsnit af børn i aldersgruppen inden for den givne kommune, og at stikprøven udtrækkes på baggrund af barnets alder, køn og bopælskommune. Andre parametre som fx socioøkonomisk position hos forældrene er ikke medtaget i ovenstående beregninger, da det vil øge antallet af nødvendige respondenter betragteligt, hvis det med tilstrækkelig statistisk styrke skal være muligt yderligere at opdele resultaterne fx på socioøkonomisk position.

Ved en skæv fordeling i svarprocenten inden for grupper, fx i forhold til uddannelsesniveau hos forældrene, vil det efterfølgende være nødvendigt at vægte resultaterne i forhold til udvalgte socioøkonomiske parametre.

Såfremt man ønsker at reducere det nødvendige antal personer, der skal deltage i undersøgelsen, er det desuden muligt at gruppere nogle af de mindre kommuner og præsentere resultaterne samlet for disse kommuner, alternativt gruppere fx i forhold til regioner eller sundhedsklynger (193). Der vil i givet fald skulle udarbejdes en model herfor.

Tablet 9.1 Minimum antal personer, der skal inviteres i en spørgeskemaundersøgelse, per kommune og på landsplan ved en minimumsbesvarelse på 138 børn/unge inden for hver aldersgruppe, og antal kommuner med færre børn i aldersgruppen end minimumsantal for inviterede. Opdelt på alder og svarprocent.

Alder	Forventet svarprocent	Minimum antal, der skal inviteres per kommune	Antal kommuner med færre børn i aldersgruppen end det antal, der som minimum skal inviteres	Minimum antal, der i alt skal inviteres på landsplan ¹	Antal børn i aldersgruppen på landsplan
0 år	50%	276	31	24.400	58.256
2 år	50%	276	21	25.100	62.947
5 år	50%	276	16	25.300	63.475
7 år	30%	460	50	37.600	62.480
9 år	30%	460	51	37.300	59.210
11 år	30%	460	47	37.900	62.179
13 år	30%	460	41	39.100	67.782
15 år	30%	460	36	39.700	69.650
7 år	50%	276	18	25.300	62.480
9 år	50%	276	19	25.300	59.210
11 år	50%	276	18	25.400	62.179
13 år	50%	276	12	25.600	67.782
15 år	50%	276	14	25.600	69.650
7 år	70%	196	9	18.400	62.480
9 år	70%	196	9	18.400	59.210
11 år	70%	196	8	18.400	62.179
13 år	70%	196	6	18.500	67.782
15 år	70%	196	8	18.500	69.650

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.dk.

Note: Der er redegjort for forudsætninger for beregningerne i afsnit 3.6.

¹ Antal er afrundet til nærmeste 100.

Referencer

1. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet (London, England). 2016;387(10036):2423-78.
2. Pommerencke LM, Kjeldsen RAS, Pant SW, Jørgensen SE, Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn født i 2021 fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed. 2023.
3. Health Behaviour in School-aged Children (hbsc). Skolebørnsundersøgelsen: Health Behaviour in School-aged Children (hbsc); [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.hbsc.dk/>].
4. Pisinger V, Thorsted A, Jezek AH, Jørgensen A, Christensen AI, Thygesen LC. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
5. Ringgaard LW, Heinze C, Andersen NBS, Hansen GIL, Hjort AV, Klinker CD. UNG19 - Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019. Steno Diabetes Center Copenhagen, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse; 2020.
6. Statens Institut for Folkesundhed. Hvordan har du det? Den Nationale Sundhedsprofil: Syddansk Universitet; 2023: [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_nationale_sundhedsprofil].
7. Lund L, Michelsen SI, Due P, Andersen A. Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge med kronisk sygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2018.
8. Madsen RM, Holstein BE, Christensen AI. Sundhedsadfærd og sundhedsprofiler. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave: Munksgaard; 2021.
9. Sundhedsdatastyrelsen. Den Nationale Børnedatabase (BDB): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boernedatabasen>].
10. Sundhedsstyrelsen, Lægemedelstyrelsen, Statens Serum Institut. Statusrapport. Børnevaccinationsprogrammet 2022 København: Sundhedsstyrelsen; 2023.
11. Statens Serum Institut. Det Danske Vaccinationsregister (DDV): Statens Serum Institut; 2020 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.ssi.dk/vaccinationer/det-danske-vaccinationsregister>].
12. Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregisteret (LPR): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>].
13. Sundhedsdatastyrelsen. Sygesikringsregisteret (SSR): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sundhedsoekonomi-og-finansiering/sygesikringsregisteret>].

14. Statens Institut for Folkesundhed. Databasen Børns Sundhed: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed].
15. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Årgang 95 - Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995: VIVE; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.vive.dk/da/projektforloeb/argang-95-forloebundersoegelsen-af-boern-foedt-i-1995/>].
16. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. SPOR: VIVE; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.vive.dk/da/projektforloeb/spor/>].
17. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Børn og unges trivsel: VIVE; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.vive.dk/da/temaer/boern-og-unges-trivsel/>].
18. BørnUngeLiv - Samarbejde på tværs. Hvad er BørnUngeLiv: BørnUngeLiv 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Om/HvadErBoernUngeLiv.aspx>].
19. Børne- og Undervisningsministeriet. Trivselsmåling: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/folkeskolen/test-evaluering-og-skoleudvikling/trivselsmaaling>].
20. Børne- og Undervisningsministeriet. Trivselsmåling på de gymnasiale uddannelser: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/gymnasiale-uddannelser/skoleudvikling/elevtrivselsmaalinger-paa-de-gymnasiale-uddannelser>].
21. Børne- og Undervisningsministeriet. Elevtrivselsmålinger på erhvervsuddannelserne: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/erhvervsuddannelser/skoleudvikling/klare-maal/elevtrivselsmaalinger-paa-erhvervsuddannelserne>].
22. EMU - Danmarks Læringsportal. Trivselsmåling: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://emu.dk/fgu/undervisningsmiljoe/trivselsmaaling>].
23. Sundhedsstyrelsen. Børn og unge sundhed - forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
24. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 2020. I: Basic Documents Forty-ninth edition. Geneva: World Health Organization. Tilgået (6. februar 2024) fra: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.
25. Nielsen A, Lie H, Keiding L, Madsen M. Børns sundhed i Danmark. København: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi; 1998.
26. Holstein B, Johansen A, Andersen AMN. Introduktion. I: Johansen A, Holstein, BE., Andersen, A.M.N., red. Social ulighed i sundhed blandt børn og unge. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
27. Selmani A, Coenen M, Voss S, Jung-Sievers C. Health indices for the evaluation and monitoring of health in children and adolescents in prevention and health promotion: a scoping review. BMC Public Health. 2021;21(1):2309.
28. Due P, Holstein BE. Sundhedsadfærd. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 6. udgave. København: Munksgaard; 2016.

29. Christensen U, Albertsen K. Teorier om dannelse og forandring af livsstil. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, red. Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark; 2002.
30. Short SE, Mollborn S. Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current opinion in psychology*. 2015;5:78-84.
31. Mollborn S, James-Hawkins L, Lawrence E, Fomby P. Health lifestyles in early childhood. *Journal of health and social behavior*. 2014;55(4):386-402.
32. Rigby M. Principles and challenges of child health and safety indicators. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2005;12(2):71-8.
33. Benedetti E, Cotichini R, Molinaro S. The Use of School Surveys in Policy and Prevention Planning and Evaluation. Results of the 2022 ESPAD - MedSPAD bridge project. 2023.
34. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(4):1008-15.
35. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *Bmj*. 1995;311(7001):376-80.
36. Taylor E. We Agree, Don't We? The Delphi Method for Health Environments Research. *Herd*. 2020;13(1):11-23.
37. Bedre Sundhed i Generationer. Om BSIG: Bedre Sundhed i Generationer; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.bsig.dk/om-bsig>].
38. Center for Ungdomsforskning (CEFU). Kommunale ungdomsprofiler: CEFU; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.cefudk.dk/emner/forskning-samarbejde/kommunale-ungdomsprofiler.aspx>].
39. Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser 2019: SDCC; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.sdcc.dk/forskning/forskningsprojekter/Sider/UNG19-%E2%80%93-Sundhed-og-trivsel-p%C3%A5-erhvervsuddannelser-2019.aspx>].
40. Odense Børnekohorte. Om Projektet: Odense Børnekohorte; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.odenseboernekohorte.dk/om-projektet>].
41. Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen: Syddansk Universitet; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/sundheds_og_sygelighedsundersogelserne].
42. Statens Institut for Folkesundhed. SUSY UDSAT: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/susy_udsat].
43. Statens Institut for Folkesundhed. ESPAD - Den Europæiske Rusmiddelundersøgelse: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/espada>].
44. Statens Institut for Folkesundhed. Ungdomsprofilen 2014: Syddansk Universitet 2015 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2015/ungdomsprofilen_2014].
45. Statens Institut for Folkesundhed. UNG19 - Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019: Syddansk Universitet; 2019 [Tilgået (6. februar 2024) fra:]

https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/ung19_trivsel_og_sundhed_paa_gymnasielle_uddannelser.

46. Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og trivsel blandt FGU-elever 2023: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/sundhed_trivsel_fgu_elever_2023.
47. Rigby MJ, Köhler LI, Blair ME, Metchler R. Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. Eur J Public Health. 2003;13(3 Suppl):38-46.
48. Requejo J, Strong K, Agweyu A, Billah SM, Boschi-Pinto C, Horiuchi S, et al. Measuring and monitoring child health and wellbeing: recommendations for tracking progress with a core set of indicators in the Sustainable Development Goals era. The Lancet Child & adolescent health. 2022;6(5):345-52.
49. Statens Institut for Folkesundhed. Den Danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse (EHIS - Den Europæiske Sundhedsprofil): Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_europaeiske_sundhedsprofil.
50. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. SHILD (Survey of Health, Impairment and Living conditions in Denmark): VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.vive.dk/da/temaer/forloebundersoegelser/shild-survey-of-health-impairment-and-living-conditions-in-denmark/>.
51. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Fællesskabsmålingen 2022. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2024 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/faelleskabsmaalingen-2022-rv7dodvn/>.
52. Danmarks Statistik. Levevilkårsundersøgelsen (SILC) Danmarks Statistik; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/levevilkaar/levevilkaarsundersoegelsen-silc>.
53. Danmarks Statistik. Statistikdokumentation for Levevilkårsundersøgelsen (SILC) 2023 København: Danmarks Statistik; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=611901307631&fo=0&ext=kvaldel>.
54. Danmarks Statistik. Vejledning til forskere. Opbygning af SILC København: Danmarks Statistik; 2020 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=arbe&fo=silc_vejledning--pdf&ext={2}.
55. Sundhedsdatastyrelsen. Fødselsregisteret (MFR): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/foedselsregisteret>.
56. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte: RKKP; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-kvalitetsdatabase-for-nyfodte/>.
57. Danmarks Statistik. FODT - Fødte: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FODT%20-%20F%C3%B8dte.html>.
58. Danmarks Statistik. Fertilitetsdatabasen: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/fertilitetsdatabasen>.

59. Danmarks Statistik. FTBARN - Fertilitet - børn [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FTBARN%20-%20Fertilitet%20-%20b%C3%B8rn.html>].
60. Danmarks Statistik. FTFORAEL - Fertilitet - forældre: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FTFORAEL%20-%20Fertilitet%20-%20for%C3%A6lder.html>].
61. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Fondsansøgning - Bedre sundhed for alle børn og unge gennem en landsdækkende database for børn og unges sundhed (LDBU). RKKP; 2022.
62. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Landsdækkende Database for Børn og Unges Sundhed (LDBU): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/nye-databaser/landsdækkende-database-for-born-og-unges-sundhed-ldbu/>].
63. Sundhedsdatastyrelsen. Børne- og ungdomstandpleje: Sundhedsdatastyrelsen; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/boern_ungdom_tandpleje].
64. Sundhedsdatastyrelsen. Cancerregisteret: Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/cancerregisteret>].
65. Sundhedsdatastyrelsen. Nyt Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser: Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/nyt_register_ruks].
66. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). De Kliniske Kvalitetsdatabaser: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/>].
67. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Nye databaser for parkinson og bipolar lidelse: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/nyheder/nye-databaser-for-parkinson-og-bipolar-lidelse/>].
68. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for opfølgingsprogrammet for Cerebral Parese (CPOP-databasen): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/landsdækkende-klinisk-kvalitetsdatabase-for-opfoelgningsprogrammet-for-cerebral-parese/>].
69. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Opfølgingsprogrammet for Cerebral Parese (CPOP-databasen) RKKP; 2023.
70. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). ADHD Databasen: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/adhd-databasen/>].
71. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Børnecancer Register (DBCR): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk_boernecancer_register/].
72. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Børnecancer Register - National årsrapport for perioden 01.01.2022-31.12.2022. RKKP; 2023.

73. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk register for Astma (Drastma): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-register-for-astma/>].
74. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk register for Astma - DrAstma. Årsrapport 2021. RKKP; 2022.
75. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Depressionsdatabase: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk_depressionsdatabase/].
76. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Den-Nationale-Skizofrenidatabase/>].
77. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Den Nationale Skizofrenidatabase. Årsrapport 2022. RKKP; 2022.
78. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Diabetes Database (DDiD): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Dansk_Diabetes_Database/].
79. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Diabetes Database - Høringsudgave 15. juni 2021. RKKP; 2021.
80. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Rarebase - Database for sjældne sygdomme: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/Rarebase-Database-for-sjaeldne-sygdomme/>].
81. sundhed.dk. RAREDIS Årsrapport 2021. sundhed.dk; 2022.
82. Sundhedsdatastyrelsen. Lægemedelstatistikregisteret (LSR): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/laegemiddelstatistikregisteret>].
83. Sundhedsdatastyrelsen. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/alkoholbehandlingsregisteret>].
84. Danmarks Statistik. Stofmisbrugsbehandling: Danmarks Statistik; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/social-forhold/social-stoette/stofmisbrugsbehandling>].
85. Danmarks Statistik. SMDB_IBIB - Indberetninger fra Behandlingstilbud af Indskrevne Stofmisbrugere i Behandling: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/SMDB_IBIB%20-%20Indberetninger%20fra%20Behandlingstilbud%20af%20Indskrevne%20Stofmisbrugere%20i%20Behandling.html].
86. Sundhedsdatastyrelsen. Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/stofmisbrugere-i-behandling>].

87. Danmarks Statistik. Fællesindhold - Stofmisbrugsdatabasen. Oversigt over skemaer og variable i SMDB: Danmarks Statistik; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.dst.dk/Site/Dst/SingleFiles/GetArchiveFile.aspx?fi=velfaerd&fo=smdb_vejl_faellesindhold--pdf&ext={2}].
88. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Databasen for Akutte Hospitalskontakter (DAH): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/databasen-for-akutte-hospitalskontakter/>].
89. sundhed.dk. Akutte Hospitalskontakter: sundhed.dk; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/akutte-sygdomme/akutte-hospitalskontakter/>].
90. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Intensiv Database (DID): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-intensiv-database/>].
91. Danmarks Statistik. Handicapområdet: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/socialt-forhold/social-stoette/handicapomraadet>].
92. Danmarks Statistik. HANDIC - Handicapydelse: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/HANDIC%20-%20Handicapydelse.html>].
93. Danmarks Statistik. HANDICBU - Handicapkompenserende indsatser for børn og unge: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/HANDICBU%20-%20Handicapkompenserende%20indsatser%20for%20Boern%20og%20Unge.html>].
94. Danmarks Statistik. HANDICM - Handicapydelse - målgruppe: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/HANDICM%20-%20Handicapydelse%20-%20m%C3%A5lgruppe.html>].
95. Sundhedsdatastyrelsen. Genoptræning (GES): Sundhedsdatastyrelsen; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/genoptraening>].
96. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening - DKLS: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-kvalitetsdatabase-for-livmoderhalskraeftscreening/>].
97. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening - Årsrapport 2022. RKKP; 2023.
98. Danmarks Statistik. Færdselsuheld: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoekvalitetsvariable/faerdseIsuheld>].
99. Danmarks Statistik. FUEL - Færdselsuheld element: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FUEL%20-%20F%C3%A6rdselsuheld%20element.html>].
100. Danmarks Statistik. FUPE - Færdselsuheld person: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FUPE%20-%20F%C3%A6rdselsuheld%20person.html>].

101. Danmarks Statistik. FUUH - Færdselsuheld uheld: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FUUH%20-%20F%C3%A6rdselsuheld%20uheld.html>].
102. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Find database: RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/>].
103. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Dansk Traumeregister (DTR): RKKP; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/databaser/dansk-traumeregister/>].
104. Danmarks Statistik. Udsatte børn og unge – underretninger: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Indberet/oplysningssider/udsatte-boern-og-unge-underretninger>].
105. Danmarks Statistik. BUU - Børn og unge - Underretninger: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUU%20-%20B%C3%B8rn%20og%20unge%20-%20Underretninger.html>].
106. Danmarks Statistik. Anbringelser af børn og unge: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/anbringelser-af-boern-og-unge>].
107. Danmarks Statistik. BUAH - Børn og unge anbragte hændelsesregister: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUAH%20-%20B%C3%B8rn%20og%20unge%20anbragte%20h%C3%A6ndelsesregister.html>].
108. Danmarks Statistik. BUAF - Børn og Unge anbragte forløbsregister: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUAF%20-%20B%C3%B8rn%20og%20Unge%20anbragte%20for%C3%B8bsregister.html>].
109. Danmarks Statistik. BUAS - Børn og unge anbragte status: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUAS%20-%20B%C3%B8rn%20og%20unge%20anbragte%20status.html>].
110. Danmarks Statistik. BUFO - Børn og unge forebyggende foranstaltninger: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BUFO%20-%20B%C3%B8rn%20og%20unge%20forebyggende%20foranstaltninger.html>].
111. Danmarks Statistik. Kvindekrisecentre: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/social-stoette/kvindekrisecentre>].
112. Danmarks Statistik. KKCOPH - Kvindekrisecentre - Ophold: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KKCOPH%20-%20Kvindekrisecentre%20-%20ophold.html>].
113. Danmarks Statistik. KKCOPHB - Kvindekrisecentre - Ophold - Barn: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KKCOPHB%20-%20Kvindekrisecentre%20-%20ophold%20-%20barn.html>].
114. Danmarks Statistik. Kriminalitet: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/kriminalitet>].
115. Danmarks Statistik. KRMS - Sigtelser for mindreårige: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KRMS%20-%20Sigtelser%20for%20mindre%C3%A5rige.html>].

116. Danmarks Statistik. KRAF - Kriminalstatistik afgørelser: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KRAF%20-%20Kriminalstatistik%20afg%C3%B8relser.html>].
117. Danmarks Statistik. KROF - Ofre for straffelovsforbrydelser: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KROF%20-%20Ofre%20for%20straffelovsforbrydelser.html>].
118. Danmarks Statistik. Børnepasning: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/husstande-familier-og-boern/boernepasning>].
119. Danmarks Statistik. BOERNFB - Børnepasning 0-5 årige (Indskrevne Børn): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: [https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BOERNFB%20-%20B%C3%B8rnepasning%200-5%20%C3%A5rige%20\(Indskrevne%20B%C3%B8rn\).html](https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BOERNFB%20-%20B%C3%B8rnepasning%200-5%20%C3%A5rige%20(Indskrevne%20B%C3%B8rn).html)].
120. Danmarks Statistik. BOERNSB - Børnepasning over 5 år (Indskrevne Børn): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: [https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BOERNSB%20-%20B%C3%B8rnepasning%20over%205%20%C3%A5r%20\(Indskrevne%20B%C3%B8rn\).html](https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BOERNSB%20-%20B%C3%B8rnepasning%20over%205%20%C3%A5r%20(Indskrevne%20B%C3%B8rn).html)].
121. Danmarks Statistik. BOERNPRI - modtagere af tilskud til privat børnepasning: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BOERNPRI%20-%20modtagere%20af%20tilskud%20til%20privat%20b%C3%B8rnepasning.html>].
122. borger.dk. Det Centrale Personregister (CPR): borger.dk; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.borger.dk/samfund-og-rettigheder/Folkeregister-og-CPR/Det-Centrale-Personregister-CPR>].
123. CPR - Det Centrale Personregister. Borgere: CPR - Det Centrale Personregister; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://cpr.dk/borgere>].
124. Danmarks Statistik. Befolkningen: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/befolkningen>].
125. Danmarks Statistik. BEF - Befolkningen: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BEF%20-%20Befolkningen.html>].
126. Danmarks Statistik. IEPE - Indvandrere og Efterkommere: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/IEPE%20-%20Indvandrere%20og%20Efterkommere.html>].
127. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. DREAM vejledning version 44 v2. Notat.: Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering; 2019.
128. Danmarks Statistik. Personers tilknytning til arbejdsmarkedet set over hele året (AKM): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoejkvalitetsvariable/personers-tilknytning-til-arbejdsmarkedet-set-over-hele-aaret--akm->].
129. Danmarks Statistik. AKM - Arbejdsklassifikationsmodulet: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/AKM%20-%20Arbejdsklassifikationsmodulet.html>].
130. Danmarks Statistik. Beskæftigede personer (RAS): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra:]

<https://www.dst.dk/da/TilSalg/Forskningservice/Dokumentation/hoejkvalitetsvariable/beskaeftigede-personer--ras->.

131. Danmarks Statistik. Arbejdsmarkedsregnskab: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/metode/arbejdsmarkedsregnskabet>.
132. Danmarks Statistik. Offentligt forsørgede: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/offentligt-forsorgede>.
133. Danmarks Statistik. OF - Offentligt forsørgede: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/OF%20-%20Offentligt%20fors%C3%B8rgede.html>.
134. Danmarks Statistik. KTHJ - Kontanthjælp: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KTHJ%20-%20Kontanthj%C3%A6lp.html>.
135. Danmarks Statistik. BARSELSDAGPENGE - Barselsdagpenge: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/BARSELSDAGPENGE%20-%20Barselsdagpenge.html>.
136. Danmarks Statistik. Fravær: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/fravaer>.
137. Danmarks Statistik. FRPE - Fraværsperioder: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FRPE%20-%20Frav%C3%A6rsperioder.html>.
138. Danmarks Statistik. Uddannelsesregistret: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/metode/uddannelsesregistret>.
139. Danmarks Statistik. KOTRE - Komprimeret elevregister (KOMP3): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: [https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KOTRE%20-%20Komprimeret%20elevregister%20\(KOMP3\).html](https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/KOTRE%20-%20Komprimeret%20elevregister%20(KOMP3).html).
140. Danmarks Statistik. UDDA - Uddannelser (BUE): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: [https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDDA%20-%20Uddannelser%20\(BUE\).html](https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDDA%20-%20Uddannelser%20(BUE).html).
141. Danmarks Statistik. UDDF - Højeste fuldførte uddannelse (forløb): Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: [https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDDF%20-%20H%C3%B8jeste%20fuldf%C3%B8rte%20uddannelse%20\(forl%C3%B8b\).html](https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDDF%20-%20H%C3%B8jeste%20fuldf%C3%B8rte%20uddannelse%20(forl%C3%B8b).html).
142. Danmarks Statistik. UDSP - Specialundervisning: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDSP%20-%20Specialundervisning.html>.
143. Danmarks Statistik. Karakterer, hele uddannelser: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/uddannelsesdata/karakterer--hele-uddannelser>.
144. Danmarks Statistik. UDFK - Grundskolekarakterer: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDFK%20-%20Grundskolekarakterer.html>.

145. Danmarks Statistik. UDG - UDG Karakterer for afsluttede uddannelser: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/UDG%20-%20UDG%20Karakterer%20for%20afsluttede%20uddannelser.html>].
146. Børne- og Undervisningsministeriet. Karakterer i grundskolen: Børne- og Undervisningsministeriet; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/statistik/grundskolen/karakterer-og-test/karakterer-i-grundskolen>].
147. Børne- og Undervisningsministeriet. Grundskolen - Elevfravær: Børne- og Undervisningsministeriet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/15.aspx>].
148. Børne- og Undervisningsministeriet. Gymnasiale uddannelser - Elevfravær: Børne- og Undervisningsministeriet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/205.aspx>].
149. Børne- og Undervisningsministeriet. Erhvervsuddannelser - Fravær: Børne- og Undervisningsministeriet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/194.aspx>].
150. Børne- og Undervisningsministeriet. Forberedende uddannelse - Elevfravær: Børne- og Undervisningsministeriet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/157.aspx>].
151. Børne- og Undervisningsministeriet. Eksamensresultater og karakterer på de gymnasiale uddannelser: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/statistik/gymnasiale-uddannelser/karakterer/karakterer-paa-de-gymnasiale-uddannelser>].
152. Børne- og Undervisningsministeriet. Forberedende uddannelse - Elevtal: Børne- og Undervisningsministeriet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Topics/158.aspx>].
153. Danmarks Statistik. Indkomststatistik: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/indkomststatistik>].
154. Danmarks Statistik. IND - Indkomst: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/IND%20-%20Indkomst.html>].
155. Danmarks Statistik. FAIK - Familieindkomster: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/FAIK%20-%20Familieindkomster.html>].
156. Sundhedsdatastyrelsen. Dødsårsagsregisteret (DAR): Sundhedsdatastyrelsen; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/dar>].
157. Danmarks Statistik. Dødsfald: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/doedsfald>].
158. Danmarks Statistik. DOD - Døde i Danmark: Danmarks Statistik; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dst.dk/extranet/ForskningVariabellister/DOD%20-%20D%C3%B8de%20i%20Danmark.html>].
159. Sundhedsdatastyrelsen. Register over Legalt Provokerede Aborter (ABR): Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/graviditet-foedsler-og-boern/abortregisteret>].

160. Statens Institut for Folkesundhed. COSI-undersøgelsen: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/cosi>.
161. Region Hovedstaden. Copenhagen Child Cohort (CCC2000) Region Hovedstaden [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.regionh.dk/CCC2000/Sider/default.aspx>.
162. BørnUngeLiv - Samarbejde på tværs. BørnUngeLiv PLUS: BørnUngeLiv; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boernungeliv.dk/Public/BoernUngeLivPLUS/default.aspx>.
163. Jensen MT, Østergaard J. Ungeprofilundersøgelsen 2019/2020 - En repræsentativitetsundersøgelse. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2021.
164. DTU Fødevarerinstitutionen. Kost- og motionsvaner i de nordiske lande: DTU Fødevarerinstitutionen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.food.dtu.dk/temaer/ernaering-og-kostvaner/kostvaner-og-fysisk-aktivitet/normo>.
165. DTU Fødevarerinstitutionen. Om DANSDA: DTU Fødevarerinstitutionen; 2022 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.dansda.food.dtu.dk/om-dansda>.
166. NOVAX. Sundhedsplejen: NOVAX; 2024 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.novax.dk/kommuner/sundhedsplejen/>.
167. Solteq Sund. Solteq Sund 2024 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.solteq.com/da/sund>.
168. Rayce SB, Hansen AT, Mikkelsen M, Pontoppidan M. SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet: Præsentation af undersøgelsen og udvalgte resultater fra første dataindsamling 2017/2018. København: VIVE – det nationale forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2021.
169. Børne- og Undervisningsministeriet. Elevtal for grundskolen - Overblik København: Børne- og Undervisningsministeriet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://uddannelsesstatistik.dk/Pages/Reports/1683.aspx>.
170. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Lausten M, Rayce SB, Tagmose BB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2022.
171. Retsinformation. BEK nr 1259 af 27/10/2023 - Bekendtgørelse om måling af elevers og lærlinges trivsel i erhvervsuddannelser: Retsinformation; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/1259>.
172. Retsinformation. BEK nr 777 af 13/06/2023 - Bekendtgørelse om måling af elevers trivsel i de gymnasiale uddannelser: Retsinformation; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/777>.
173. Retsinformation. BEK nr 1503 af 19/10/2020 - Bekendtgørelse om måling af elevers trivsel i forberedende grunduddannelse 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1503>.
174. Powell C. The Delphi technique: myths and realities. Journal of advanced nursing. 2003;41(4):376-82.
175. BørnUngeLiv - Samarbejde på tværs. Spørgeskemaundersøgelser - Småbørnsmodul: BørnUngeLiv; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Smaaboern/Undersoegelser.aspx#>.

176. Syddansk Universitet (SDU). SCREENS: SDU; [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/rich/forskning/projekter/screens.
177. Statens Institut for Folkesundhed. Danskernes rygevaner 2022: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/danskernes_rygevaner.
178. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC Pediatr.* 2016;16(1):197.
179. Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social Withdrawal Behavior in Infancy: A History of the Concept and a Review of Published Studies Using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal.* 2013;34.
180. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1997;38(5):581-6.
181. Squires J, Bricker D, Heo K, Twombly E. Ages & Stages Questionnaires: Social-emotional. A parent-completed, child-monitoring system for social-emotional behaviors. Baltimore: Brookes; 2002.
182. Squires J, Bricker DD, Twombly E. Ages & stages questionnaires: Paul H. Brookes Baltimore; 2009.
183. Holstein BE, Henriksen TB, Rayce SB, Ringsmose C, Skovgaard AM, Teilmann GK, et al. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn: Vidensråd for Forebyggelse Copenhagen; 2021.
184. Breivik K, Eng H, Kaiser S, Karjalainen P, Kurki M, Kyrrestad H, et al. The First 1000 Days in the Nordic Countries: Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence. 2021.
185. Andersen D, Kjærulf A. Hvad kan børn svare på? – om børn som respondenter i kvantitative spørgeskemaundersøgelser. København: Socialforskningsinstituttet, 03:07; 2003.
186. Andersen SC, Gensowski M, Ludeke S, Pedersen JH. Evaluering af den nationale trivselsmåling for folkeskoler – og forslag til justeringer TrygFondens Børneforskningscenter; 2015.
187. Undervisningsministeriet. Endelige anbefalinger fra ekspertgruppen om elevers trivsel i folkeskolen i relation til nationale trivselsmålinger: Undervisningsministeriet; 2014 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/aktuelt/pdf09/140620-ekspertgruppe-trivselsmaaling.pdf>
188. Keilow M, Højen-Sørensen A-K. Udvikling af spørgeskema til elever i indskolingen København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2017.
189. de Leeuw ED. Improving Data Quality when Surveying Children and Adolescents: Cognitive and Social Development and its Role in Questionnaire Construction and Pretesting. May 10-12 Naantali Finland: Report prepared for the Annual Meeting of the Academy of Finland: Research Programs Public Health Challenges and Health and Welfare of Children and Young People; 2011.
190. Royeen CB. Adaptation Of Likert Scaling For Use With Children. *Occupational Therapy Journal of Research.* 1985;5(1):59–69.

191. van Laerhoven H, van der Zaag-Loonen HJ, Derkx BH. A comparison of Likert scale and visual analogue scales as response options in children's questionnaires. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2004;93(6):830-5.
192. Danmarks Statistik. Statistikbanken København: Danmarks Statistik; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>].
193. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger) København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2021 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://sum.dk/Media/637589953597284286/Aftaletekst%20vedr.%20sundhedsklynger%20opdf.pdf>].
194. Børnerådet. Børnerådet arbejder for mere og bedre børneinddragelse: Børnerådet; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boerneraadet.dk/vi-arbejder-for/boerneinddragelse/>].
195. Børns Vilkår. Børns Vilkårs børnepaneler: Børns Vilkår; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://bornsvilkar.dk/boernepaneler/>].
196. BørnUngeLiv - Samarbejde på tværs. Spørgeskemaundersøgelser - Grundskolemodulet: BørnUngeLiv; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Grundskole/Undersoegelser.aspx>].
197. BørnUngeLiv - Samarbejde på tværs. Spørgeskemaundersøgelser - Ungeprofilundersøgelsen: BørnUngeLiv; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://www.boernungeliv.dk/Public/Unge/Undersoegelser.aspx>].
198. Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM). Dagtilbudstermometeret: DCUM; [Tilgået (6. februar 2024) fra: <https://dcum.dk/dagtilbudstermometeret>].
199. Johansen A, Jespersen LN, Davidsen M, Michelsen SI, Morgen CS, Helweg-Larsen K, et al. Danske børns sundhed og sygelighed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2009.
200. Sundhedsdatastyrelsen. Sessionsregisteret hos Sundhedsdatastyrelsen lukkes: Sundhedsdatastyrelsen; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/forskerservice/om-forskerservice/nyheder_forskerservice/sessionsregistret_lukkes].
201. Statens Institut for Folkesundhed. Trivsel på Trods: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/trivsel_paa_trods].
202. Statens Institut for Folkesundhed. §Alkohol - En undersøgelse af unges alkoholforbrug, holdninger til alkohol og oplevelse af tilgængelighed: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/paragraf_alkohol].
203. Statens Institut for Folkesundhed. §RØG -En undersøgelse om tobak, adfærd og regler: Syddansk Universitet; 2023 [Tilgået (6. februar 2024) fra: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/paragraf_roeg].

Bilag

Bilag 1

Dette bilag indeholder detaljerede beskrivelser af de spørgeskemaundersøgelser, som indgår i kortlægningen af potentielle datakilder til en kommende sundhedsprofil for børn og unge (jf. afsnit 3.1 og kapitel 4)

De inkluderede spørgeskemaundersøgelser i kortlægningen dækker i flere tilfælde en bredere aldersgruppe end rapportens aldersspænd (0-24 år). I beskrivelserne af spørgeskemaundersøgelserne nedenfor er der, så vidt det har været muligt, taget udgangspunkt i aldersgruppen 0-24 år, fx med hensyn til beskrivelse af deltagerantal og temaer. I enkelte tilfælde er undersøgelserne suppleret med registeroplysninger i afrapporteringen.

Tabel B1.1. Beskrivelse af SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet

Undersøgelse	
Titel	SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem livet
Link til undersøgelsen	https://www.vive.dk/da/projektforloeb/spor/
Udført af	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Beskrivelse af undersøgelsen	SPOR er en forløbsundersøgelse, som undersøger, hvilken betydning omstændigheder tidligt i børns liv har for deres trivsel og velfærd på længere sigt. Undersøgelsen består foreløbigt af en baseline-undersøgelse i 2017/18 blandt børn på 9 mdr., 2 år og 3 år og en follow-up-undersøgelse i 2019/20, hvor der blev inviteret en ny kohorte af børn på 9 mdr. samt børn, som blev inviteret i 2017 og som i 2019/20 var blevet 3 år, 4 år og 5 år. Undersøgelsen har til hensigt at følge børnene op til voksenalderen.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasetrin	Ved baseline-undersøgelsen i 2017/2018 var børnene henholdsvis 9 mdr., 2 år og 3 år, og ved follow-up-undersøgelsen i 2019/20 var børnene henholdsvis 9 mdr., 3 år, 4 år og 5 år. Tidspunkt for næste opfølgning kendes ikke.
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Forældre til børnene
Antal ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	Ved baselineundersøgelsen i oktober 2017 til september 2018 blev spørgeskemaet besvaret for 17.489 børn på 9 mdr. (57,8 %), 17.261 for 2-årige (57,4 %) og 17.260 for 3-årige (57,4 %). Ved follow-up-undersøgelsen i oktober 2019 til december 2020 blev spørgeskemaet besvaret for 15.381 børn på 9 mdr., 15.181 for 3-årige, 14.947 for 4-årige og 15.044 for 5-årige.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Børn født i sep. 2014 og aug. 2016, dec. 2016-nov 2017 eller dec. 2018-nov 2019.
Dataindsamlingsmetode	Begge barnets forældre inviteres og opfordres til at deltage i undersøgelsen og modtager invitationen måneden efter, at barnet er fyldt år (eller 9 mdr.). Forældrene får tilsendt et elektronisk spørgeskema via e-boks (udtrukket via Danmarks Statistik). Spørgeskemaet skal besvares af mindst én af forældrene for at indgå i undersøgelsen.

Frekvens for dataindsamling	Ikke fast frekvens.
Dataindsamlingsår	Oktober 2017 til september 2018 samt oktober 2019 til december 2020.
Indhold	
Temaer	<p>1) Barnets udvikling og trivsel: Gestationsalder, kronisk sygdom og handicap, socioemotionel udvikling, sprogudvikling, temperament.</p> <p>2) Forældre-barn-relation og forældrestil: Forældre-barn-relation, forældrefærdigheder og viden, hårdhændet opdragelse/vold i opdragelsen.</p> <p>3) Forældres trivsel: Stress i forældrerollen, trivsel, tilfredshed i parforholdet, samarbejde mellem skilte forældre, praktisk og følelsesmæssig støtte.</p> <p>4) Det daglige liv i hjemmet: Deleordning blandt skilte forældre, sprog talt i hjemmet, selvoplevet økonomi, arbejde og ugentlige arbejdstimer, forældres forhold til mobiltelefon, børns skærmtid, stimulerende aktiviteter, amning (kun mødre), rygning og passiv rygning, forældres alkoholforbrug, barns samvær med påvirkede voksne.</p> <p>5) Dagtilbud og pasning: Type af pasning, antal timer i dagtilbud, alder ved start i dagtilbud.</p>
Evt. kommentarer	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Undersøgelsen kan potentielt anvendes i en fremtidig børnesundhedsprofil i et tværsnitsperspektiv inden for de enkelte aldersgrupper i det pågældende dataindsamlingsår. De repræsenterede aldersgrupper fremadrettet ligger dog ikke fast, udover, at der sandsynligvis inkluderes en ny kohorte af børn i 9-månedersalderen ved næste dataindsamling. 2) Der er endnu ikke en fast frekvens for dataindsamling, hvilket er en forudsætning for, at data kan bruges i en fremtidig børnesundhedsprofil. 3) Resultaterne er baseret på godt en fjerdedel af børnene i de respektive aldersgrupper i Danmark, hvilket er en stor styrke i undersøgelsen. 4) Mødre har i højere grad besvaret spørgeskemaet end fædre (svarprocent ved baselineundersøgelsen: 48,7 % blandt mødre vs. 29,8 % blandt fædre). Samlet set er der i baselineundersøgelsen mindst én besvarelse for 57,5% af børnene. Blandt de børn, der havde en besvarelse ved baselineundersøgelsen, havde knap en tredjedel af børnene en besvarelse fra begge forældre. 	

Tabel B1.2. Beskrivelse af Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel

Undersøgelse	
Titel	Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel
Link til undersøgelsen	https://www.vive.dk/da/temaer/boern-og-unges-trivsel/
Udført af	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Beskrivelse af undersøgelsen	Undersøgelserne er designet som panelundersøgelser, hvor de følger de samme børn fra de er 3 år til de er 19 år (3 år, 7 år, 11 år, 15 år og 19 år). Deltagerne "udgår", når de er 19 år, og ved hvert undersøgelsesår inkluderes en ny kohorte af 3-årige. Undersøgelsen undersøger børn og unges hverdag og liv i Danmark, og formålet er at belyse og analysere børns trivsel og opvækstbetingelser i et udviklingsperspektiv.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassetrin	3, 7, 11, 15 og 19 år.
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Mødre til børnene (sekundært fædrene) til børn på 3 år og 7 år. Børnene besvarer selv spørgeskemaet, når de er blevet 11 år.
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2021 deltog 6.276 (52,1 %) børn og unge i aldersgrupperne 3, 7, 11, 15 og 19 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Børn som er fyldt 3 år i det pågældende indsamlingsår samt børn, som blev inviteret til undersøgelsen i det første indsamlingsår i 2009. Ved dataindsamlingen i 2013 og 2017 blev der yderligere inviteret supplerende respondenter (for at sikre et tilstrækkeligt stort datagrundlag).
Dataindsamlingsmetode	Undersøgelsen kombinerer spørgeskema- og registerdata. Mødrene – sekundært fædrene – får tilsendt et elektronisk spørgeskema. Hvis de ikke besvarer det elektroniske spørgeskema, vil de blive ringet op og telefoninterviewet. Samme besvarelses måde bliver tilbudt til de 15- og 19-årige. De 11-årige bliver i stedet interviewet i eget hjem af en interviewer fra DST (Danmarks Statistik) Surveys.
Frekvens for dataindsamling	Hvert fjerde år
Dataindsamlingsår	2009, 2013, 2017 og 2021
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Materiel velfærd: Relativ børne indkomstfattigdom, arbejdsløshed, materielle afsavn. 2) Boligforhold og lokalområdet: Boligforhold, lokalområdet. 3) Helbred: Helbred ved fødslen, forebyggelse, dødelighed, alment helbred, sygelighed. 4) Dagtilbud, pasning og skole: Dagpasning/skoletype, uddannelsesdeltagelse, skolepræstationer, fremtid. 5) Sociale relationer: Familiestruktur, omsorg, autoritet og konflikt, kulturel kapital og deltagelse, slægt, venner og jævnaldrende. 6) Sundheds- og risikoadfærd: Kost, rusmidler, seksualitet, kriminalitet og overgreb, på kant med loven. 7) Fritid og medborgerskab: Fritid, arbejdsliv, kulturvaner, politisk interesse og deltagelse.

	8) Subjektiv trivsel: Selvvurderet helbred og kropsopfattelse, psykisk sårbarhed, uddannelsesmæssig trivsel, personlig frihed og oplevet tidspres, livstilfredshed og psykosocial trivsel.
Evt. kommentarer	
1) Undersøgelsen inddrager en ny kohorte af 3-årige børn ved hvert indsamlingsår, og data kan potentielt anvendes i en fremtidig børnesundhedsprofil i et tværsnitperspektiv inden for de enkelte aldersgrupper i det pågældende dataindsamlingsår.	

Tabel B1.3. Beskrivelse af Skolebørnsundersøgelsen (The Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC))

Undersøgelse	
Titel	Skolebørnsundersøgelsen (The Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC))
Link til undersøgelsen	www.hbsc.dk
Udført af	Statens Institut for Folkesundhed, SDU, under ledelse af Den Danske HBSC-styregruppe. Fra 1984 til 2006 blev dataindsamlingen gennemført af forskere ansat på Københavns Universitet. Fra 2010 og frem til seneste dataindsamling i 2022 er undersøgelsen blevet gennemført af forskere ansat på Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
Beskrivelse af undersøgelsen	Skolebørnsundersøgelsen er det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt til HBSC, som omfatter mere end 50 lande i Europa, Canada og Nordamerika. Formålet med Skolebørnsundersøgelsen er at øge dokumentationen af og indsigten i børn og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd med udgangspunkt i den sociale kontekst, de lever i.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasse	11-, 13- og 15-årige (svarer til elever, som går i 5., 7. og 9. klasse)
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Skoleelever
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2022 deltog 5.823 elever fordelt på 94 skoler i undersøgelsen. Det svarer til en deltagelsesprocent på 16 % på skoleniveau og 70 % på elevniveau.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Nationalt repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-åriges skoleelever i et tilfældigt udtræk af alle skoler i Danmark. Eleverne udtrækkes via deres skole, dvs. at der anvendes klyngesampling med skolen som enhed. For at sikre geografisk repræsentativitet gennemføres samplingen stratificeret på seks regioner (Region Hovedstaden opdeles i to: 1) København og Frederiksberg samt 2) Resten af Region Hovedstaden).
Dataindsamlingsmetode	Eleverne i de deltagende skoler besvarer spørgeskemaet elektronisk via UNI-login i en klasselektion efter standardiseret instruktion fra lærerne. I 2018 og 2022 er der også indsamlet objektive målinger for fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd på en række af de deltagende skoler som supplement til de selvrapporterede mål. Ligeledes er der koblet CPR-nummer på eleverne i 2018 og 2022.
Frekvens for dataindsamling	Hvert fjerde år. Dataindsamlingen foregår i foråret fra februar til og med april.
Dataindsamlingsår	1984, 1988, 1991, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014, 2018 og 2022.
Indhold	
Temaer	1) Helbred: Selvvurderet helbred, symptomer, vægtstatus, skader, langvarig sygdom og handicap. 2) Mental sundhed: Livstilfredshed, kropsofattelse, ensomhed, selvværd, self-efficacy, mentalt velbefindende (SWEMWBS), emotionelt velbefindende (WHO-5), oplevet stres og social kompetence.

	<p>3) Sundhedsadfærd: Tobak, e-cigaretter, snus, alkohol, hash, seksualadfærd, lægemidler mod hovedpine, fysisk aktivitet, måltidsvaner, tandbørstning, onlineliv og skærmb brug og søvn.</p> <p>4) Sociale relationer: Relationer i familien, relationer med venner og mobning.</p> <p>5) Skoleliv: Skoletilfredshed, pres af skolearbejde, støtte fra lærere og klassekammerater og elevfællesskab.</p> <p>Spørgsmålene i Skolebørnsundersøgelsen varierer en smule mellem dataindsamlingsrunderne. En kerne af spørgeskemaerne går igen på tværs af indsamlingsrunder, men der udvikles og inkluderes i hver runde også nye, aktuelle spørgsmål.</p>
Evt. kommentarer	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Skolebørnsundersøgelsen er en del af et langvarigt medlemskab (40 år) af et internationalt forskningsnetværk, hvilket er en styrke i forhold til undersøgelsens videnskabelige kvalitet og sikrer en løbende udvikling og validering af de inkluderede spørgsmål. 2) Undersøgelsen gennemføres efter grundig efterlevelse af den internationale standardiserede HBSC-protokol for at sikre ensartet metode og sammenlignelighed på tværs af alle deltagerlande. 3) Undersøgelsen er forpligtet til at inkludere de internationale obligatoriske spørgsmål (kernespørgsmål), og det er derfor ikke muligt at ændre spørgeskemaet markant. 4) Undersøgelsen dækker ikke specialskoler eller -klasser. 	

Tabel B1.4. Beskrivelse af Den Nationale Trivselsmåling

Undersøgelse	
Titel	Den Nationale Trivselsmåling
Link til undersøgelsen	https://www.uvm.dk/folkeskolen/test-evaluering-og-skoleudvikling/trivselsmaaling
Udført af	Børne- og Undervisningsministeriet
Beskrivelse af undersøgelsen	Den Nationale Trivselsmåling gennemføres årligt i perioden 20. januar-20. marts på alle landets folkeskoler (herunder specialskoler og interne skoler på dagbehandlingstilbud og anbringelsessteder), som led i folkeskolereformens nationale mål om, at elevernes skoletrivsel skal styrkes. Trivselsmålingen undersøger, hvordan folkeskolelever oplever deres trivsel i skolen, dele af deres undervisningsmiljø samt ro og orden i klassen. Resultaterne kan være et redskab for kommuner, skoler og undervisere til deres systematiske arbejde med trivsel.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasse	0.-9. klasse
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Skoleelever
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I skoleåret 2022/23 deltog ca. 447.000 elever i trivselsmålingen (ca. 180.000 i 0.-3. klasse og ca. 267.000 i 4.-9. klasse).
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Alle elever, der modtager undervisning i henhold til folkeskoleloven.
Dataindsamlingsmetode	Besvarelse af elektronisk spørgeskema via UNI-login som led i undervisningen. Hvis elever er fraværende den pågældende dag, hvor målingen gennemføres, forsøges det for disse elever at besvare spørgeskemaet på et senere tidspunkt. Spørgeskemaerne er målrettet elever i 0.-3. klasse og 4.-9. klasse, hvor elever i 0.-3. klasse får et spørgeskema med færre og enklere spørgsmål. For alle elever er det muligt at bruge en højtlysningsfunktion til at få spørgsmålene læst op.
Frekvens for dataindsamling	Årligt
Dataindsamlingsår	2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 og 2023.
Indhold	
Temaer	1) Trivsel: Psykisk og fysisk velbefindende, faglige og personlige kompetencer, oplevelse af støtte og inspiration fra omgivelserne. 2) Ro og orden: Forhold vedrørende klasseledelse, støj og koncentration. 3) Undervisningsmiljø: Psykosocialt og fysisk undervisningsmiljø.
Evt. kommentarer	
1) Fri- og privatskoler har ikke pligt til at gennemføre Trivselsmålingen ligesom folkeskolerne har. 2) Det er en styrke, at trivselsmålingen udføres på nationalt plan på alle folkeskoler.	

Tabel B1.5. Beskrivelse af Trivselsmåling på gymnasiale uddannelser

Undersøgelse	
Titel	Trivselsmåling på gymnasiale uddannelser
Link til undersøgelsen	https://www.uvm.dk/gymnasiale-uddannelser/skoleudvikling/elevtrivselsmaalinge-paa-de-gymnasiale-uddannelser
Udført af	Børne- og Undervisningsministeriet
Beskrivelse af undersøgelsen	Trivselsmålingen gennemføres årligt i perioden 1. november til 31. december og er en måling af elevernes trivsel på de gymnasiale uddannelser. Målingen bidrager til at afdække, hvor der er brug for en særlig indsats og opfølgning i forhold til den faglige og sociale trivsel blandt eleverne.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassestrin	STX (2- og 3-årig), HF (2- og 3-årig), HHX, 2-årigt HHX-kursus, HTX, Pre international Baccalaureate, Team Danmark 4-årigt forløb
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Elever på gymnasiale uddannelser
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2022 deltog ca. 119.600 elever på gymnasiale uddannelser i trivselsmålingen.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Elever på gymnasiale uddannelser
Dataindsamlingsmetode	Elektronisk spørgeskema via UNI-login og gennemføres som en del af den almindelige undervisning. Hvis elever er fraværende den pågældende dag, hvor målingen gennemføres, forsøges det for disse elever at besvare spørgeskemaet på et senere tidspunkt.
Frekvens for dataindsamling	Årligt
Dataindsamlingsår	2018, 2019, 2020, 2021, 2022 og 2023 (igangværende)
Indhold	
Temaer	1) Faglig, individuel trivsel 2) social trivsel 3) Læringsmiljø 4) Pres og bekymringer 5) Mobning
Evt. kommentarer	
1) Det er en styrke, at trivselsmålingen udføres på nationalt plan blandt alle gymnasiale uddannelser.	

Tabel B1.6. Beskrivelse af Elevtrivselsmåling på erhvervsuddannelser

Undersøgelse	
Titel	Elevtrivselsmåling på erhvervsuddannelser
Link til undersøgelsen	https://www.uvm.dk/erhvervsuddannelser/skoleudvikling/klare-maal/elevtrivselsmaalinge-paa-erhvervsuddannelserne
Udført af	Børne- og Undervisningsministeriet
Beskrivelse af undersøgelsen	Trivselsmålingen gennemføres årligt i perioden 1. oktober-30. november og er en måling af elevernes trivsel på erhvervsuddannelserne. Skolerne kan bruge målingen til at følge med i, hvorvidt de lever op til målet om, at trivslen på erhvervsskolerne skal styrkes (erhvervsuddannelsesreformen 2015).
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassetrin	Erhvervsuddannelser (EUD, EUX, EUV)
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Elever på erhvervsuddannelser
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2022 deltog ca. 39.000 elever på erhvervsuddannelser i trivselsmålingen.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Alle elever, der har et skoleforløb på erhvervsuddannelserne
Dataindsamlingsmetode	Elektronisk spørgeskema via UNI-login og gennemføres som en del af den almindelige undervisning.
Frekvens for dataindsamling	Årligt.
Dataindsamlingsår	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 og 2023 (igangværende)
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Egen indsats og motivation 2) Læringsmiljø 3) Velbefindende 4) Fysiske rammer 5) Egne evner 6) Praktik
Evt. kommentarer	
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Det er en styrke, at trivselsmålingen udføres på nationalt plan på alle erhvervsuddannelser. 2) Undersøgelsen gennemføres i november-december, og dette har betydning for, hvilke elever der deltager i trivselsmålingen. Elever, som er uden for skolen i dette tidsrum (fx i virksomhedspraktik) vil eksempelvis ikke være inkluderet.

Tabel B1.7. Beskrivelse af Trivselsmåling på den forberedende grunduddannelse (FGU)

Undersøgelse	
Titel	Trivselsmåling på den forberedende grunduddannelse (FGU)
Link til undersøgelsen	https://www.fgu-trivsel.dk/eleltrivsel/login
Udført af	Børne- og Undervisningsministeriet
Beskrivelse af undersøgelsen	Hvert år gennemføres en måling af elevernes trivsel på FGU-institutioner i perioden 1. november-31.december. Målingen bidrager til at følge og styrke udviklingen i elevernes trivsel på FGU.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassetrin	Forberedende grunduddannelse (FGU)
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Elever på FGU-institutioner (AGU, PGU, EGU)
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2022 deltog ca. 6.000 FGU-elever i trivselsmålingen.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Alle elever på FGU-institutioner
Dataindsamlingsmetode	Elektronisk spørgeskema via UNI-login og gennemføres som en del af den almindelige undervisning. Hvis elever er fraværende den pågældende dag, målingen gennemføres, forsøges det for disse elever at besvare spørgeskemaet på et senere tidspunkt.
Frekvens for dataindsamling	Årligt
Dataindsamlingsår	2020, 2021, 2022 og 2023 (igangværende)
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Faglig og social trivsel 2) Fysiske rammer 3) Læringsmiljø 4) Praktikforløb (kun egu-elever) 5) Sociale relationer
Evt. kommentarer	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Det er en styrke, at trivselsmålingen udføres på nationalt plan på alle FGU-institutioner. 2) Undersøgelsen gennemføres i november-december, og dette har betydning for hvilke elever, som deltager i trivselsmålingen. Elever, som er uden for institutionen i dette tidsrum (fx i virksomhedspraktik) vil eksempelvis ikke være inkluderet. 	

Tabel B1.8. Beskrivelse af FGU 23 – Sundhed og trivsel

Undersøgelse	
Titel	FGU 23 – Sundhed og trivsel
Link til undersøgelsen	https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/sundhed_trivsel_fgu_elever_2023
Udført af	Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Beskrivelse af undersøgelsen	Undersøgelsen er den første nationale spørgeskemaundersøgelse rettet mod unge på den forberedende grunduddannelse (FGU) for at monitorere elevernes sundhed og trivsel. FGU henvender sig til unge under 25 år, som er færdige med grundskolen, men som ikke er parate til at påbegynde en ungdomsuddannelse eller komme i beskæftigelse på grund af faglige, personlige og/eller sociale årsager.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasse	Unge på den forberedende grunduddannelse (FGU) (15-25 år)
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Elever på FGU
Antal ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagesprocent)	Dataindsamlingen er afsluttet i november 2023 og rapporten udgives i 2024.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Alle landets FGU-elever inviteres til at deltage i undersøgelsen.
Dataindsamlingsmetode	Besvarelsen foregik elektronisk ved brug af skolens eller elevernes egne computere, tablets eller smartphones, hvor eleverne havde mulighed for at få læst spørgsmålene op. Eleverne fik adgang til spørgeskemaet via UNI-Login eller MitID. Det var op til hver enkel FGU-institution at beslutte, hvordan de ønskede at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen blandt deres elever. De fleste institutioner afsatte én undervisningstime til besvarelse af spørgeskemaet, mens enkelte institutioner valgte at udsende linket til spørgeskemaet til eleverne for fri besvarelse.
Frekvens for dataindsamling	Ikke fastlagt endnu
Dataindsamlingsår	2023
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fysisk helbred 2) Mental sundhed 3) Sundhedsadfærd (herunder alkohol, cigaretter, e-cigaretter, røgfri nikotinprodukter, euforiserende stoffer, fysisk aktivitet, kostvaner, søvn og træthed, samt skærmbrug) 4) Sociale relationer 5) Skoleliv
Evt. kommentarer	
1) Elever på FGU udgør en målgruppe, der ofte vil være unge i sårbare positioner, hvilket kan kræve en anden tilrettelæggelse af indsamlingsmetoden. Det var udfordrende at opnå en høj svarprocent blandt eleverne, bl.a. fordi institutionerne i forvejen deltog i andre undersøgelser. Eleverne havde mulighed for at få læst spørgsmål højt samt at få hjælp til at besvare spørgeskemaet fra lærerne, hvis indsamlingen skete som en del af en undervisningstime.	

Tabel B1.9. Beskrivelse af Den Nationale Sundhedsprofil

Undersøgelse	
Titel	Den Nationale Sundhedsprofil
Link til undersøgelsen	https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_nationale_sundhedsprofil
Udført af	Statens Institut for Folkesundhed (SDU), Sundhedsstyrelsen, og de fem regioner.
Beskrivelse af undersøgelsen	Den Nationale Sundhedsprofil undersøger den voksne befolknings sundhed, trivsel og sygelighed og determinanter herfor, som ikke er tilgængelige i administrative registre. Formålet er at beskrive sundhedstilstanden i hele Danmark samt i de enkelte regioner og kommuner.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasse	16 år eller derover
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Deltagende personer
Antal ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2021 deltog 7.973 mænd (37,0%) og 10.359 kvinder (52,0%) i alderen 16-24 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Borgere på 16 år eller derover bosiddende i Danmark.
Dataindsamlingsmetode	Undersøgelsen består af i alt seks stikprøver, hvor der udtrækkes en stikprøve for hver af de fem regioner og én national stikprøve (SUSY – se beskrivelse i Tabel B1.10)). Stikprøverne er gensidigt udelukkende. Dataindsamlingen foregår ved invitation i den digitale postkasse (ca. 90 %) og fysisk post (10 %). Det var muligt at svare både digitalt (link til elektronisk spørgeskema) og ved fysisk post (fysisk spørgeskema).
Frekvens for dataindsamling	Hvert fjerde år
Dataindsamlingsår	2010, 2013, 2017 og 2021
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Helbred og trivsel: Selvvurderet helbred, fysisk og mentalt helbred, stress, sociale relationer. 2) Sundhedsadfærd og risikofaktorer: Rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, vægt, flere samtidige risikofaktorer. 3) Sygelighed: Langvarig sygdom, specifikke sygdomme og helbredsproblemer, smerter eller ubehag. 4) Den praktiserede læges rolle 5) Middellevetid og gode leveår
Evt. kommentarer	
1) Der foretages en statistisk vægtning for non-response (Danmarks Statistik) så deltagerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til forskellige karakteristika.	

Tabel B1.10. Beskrivelse af Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY)

Undersøgelse	
Titel	Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY)
Link til undersøgelsen	https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/sundheds_og_sygelighedsundersoegelserne
Udført af	Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Beskrivelse af undersøgelsen	Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har til formål at beskrive sundhed, sygelighed og trivsel blandt voksne i Danmark. I undersøgelserne indsamles data, som der ikke findes oplysninger om i de danske administrative registre. SUSY-undersøgelserne er blandt andet en del af Den Nationale Sundhedsprofil, som gennemføres hvert fjerde år (beskrevet i tabel B1.9).
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassetrin	16+ år
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Deltagende personer.
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2021 deltog 479 mænd (27,1 %) og 666 kvinder (39,9 %) i alderen 16-24 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Borgere på 16 år eller derover bosiddende i Danmark.
Dataindsamlingsmetode	Dataindsamlingen foregår ved en kombination af digital (link til elektronisk spørgeskema) og fysisk post (fysisk spørgeskema). Der inviteres et repræsentativt udsnit af befolkningen (n=25.000). Undersøgelsen består af to stikprøver: 1) geninterviewstikprøve med inviterede fra tidligere SUSY-undersøgelser og 2) suppleringsstikprøve som udgøres af et tilfældigt udsnit af befolkningen, der er bosiddende i Danmark og er 16 år eller derover.
Frekvens for dataindsamling	Frekvensen for dataindsamlingen har været varierende, men er nu fastsat til at være hvert fjerde år. I 2023 blev der ekstraordinært gennemført en SUSY-undersøgelse som en opfølgning efter Covid-19 epidemien.
Dataindsamlingsår	1987, 1994, 2000, 2005, 2010, 2013, 2017, 2021 og 2023 (igangværende).
Indhold	
Temaer	<p>Helbred og trivsel (inkl. fysisk og mentalt helbred), søvn, dagligdagens stress, symptomer og ubehag, langvarige sygdomme og eftervirkninger, medicin, rygning, e-cigaretter og snus, stoffer, alkohol, kost, bevægelse i hverdagen, højde og vægt, tænder og tandpleje, kontakt med sundhedsvæsenet, sociale relationer, personlige forhold (fx uddannelsesniveau), arbejdsforhold, boligmiljø, spillevaner, seksualliv, vold og seksuelle overgreb (SUSY 2021).</p> <p>I indsamlingen i 2023 blev datamaterialet suppleret med indikatorer for livskvalitet samt målinger af fysisk aktivitet, stillesiddende tid og søvn via accelerometer. Det er ikke hensigten, at disse indikatorer skal indgå i de fremadrettede dataindsamlinger.</p>
Evt. kommentarer	
1) Der foretages en statistisk vægtning for non-response (Danmarks Statistik) så deltagerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til forskellige karakteristika.	

Tabel B1.11. Beskrivelse af Den Danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse

Undersøgelse	
Titel	Den Danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse (del af Den Europæiske Sundhedsprofil)
Link til undersøgelsen	https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/den_europaeiske_sundhedsprofil
Udført af	Statens Institut for Folkesundhed, SDU
Beskrivelse af undersøgelsen	Den Danske Sundheds- og Trivselsundersøgelse udgør den danske del af den internationale spørgeskemaundersøgelse "European Health Interview Survey" (EHIS), som gennemføres på baggrund af et EU-direktiv, hvor omkring 30 europæiske lande deltager. Formålet med det danske bidrag er at indsamle data om trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Danmark.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassestrin	15+ år
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Deltagende personer
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2019 deltog ca. 700 personer (32,8 %) i alderen 15-24 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Borgere på 15 år eller derover bosiddende i Danmark.
Dataindsamlingsmetode	Undersøgelsen består af et repræsentativt udsnit af personer på 15 år eller derover i Danmark. Dataindsamlingen foregår ved en kombination af digital (link til elektronisk spørgeskema) og fysisk post (fysisk spørgeskema).
Frekvens for dataindsamling	Fremadrettet hvert sjette år
Dataindsamlingsår	2015 og 2019 (næste dataindsamling er fastsat til 2025)
Indhold	
Temaer	Helbred, sygdomme og kroniske helbredsproblemer, ulykker og skader, sygefravær, fysiske funktionsnedsættelser, personlig pleje, aktiviteter i hjemmet, smerter, mentalt helbred, hospitalsindlæggelser, brug af sundhedsydelse, medicinforbrug, forebyggelse, uopfyldte behov for sundhedsydelse, højde og vægt, kostvaner, rygning, alkoholforbrug, hjælp og støtte fra familie og venner, hjælp og støtte til andre, kultur, sociale medier, baggrundsoplysninger.
Evt. kommentarer	
1) Der foretages en statistisk vægtning for non-response (Danmarks Statistik), så deltagerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til forskellige karakteristika.	

Tabel B1.12. Beskrivelse af SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark)

Undersøgelse	
Titel	SHILD (Survey of Health, Impairment and Living Conditions in Denmark)
Link til undersøgelsen	https://www.vive.dk/da/temaer/forloebundersoegelser/shild-survey-of-health-impairment-and-living-conditions-in-denmark/
Udført af	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Beskrivelse af undersøgelsen	SHILD er en panelundersøgelse, hvor formålet er at undersøge levevilkår og deres fysiske og psykiske sundhed blandt mennesker med handicap og funktionsnedsættelse. Der inviteres ca. 35.000 ved hvert indsamlingsår.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasse	16-64 år
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Deltagende personer.
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I 2020 deltog 2.748 personer i alderen 16-27 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Borgere på 16-64 år bosiddende i Danmark.
Dataindsamlingsmetode	Undersøgelsen består af et repræsentativt udsnit af befolkningen. Dataindsamlingen er baseret på elektroniske spørgeskemaer eller telefoninterviews. Telefoninterviewet bliver tilbudt, hvis de inviterede ikke besvarer det elektroniske spørgeskema. Der inviteres de samme personer ved hvert indsamlingsår, som opfylder alderskravet. Samtidig inviteres der 7-800 nye unge for hver af aldrene i alderen 16-19 år og hver aldersgruppe suppleres med 50-200 personer.
Frekvens for dataindsamling	Hvert fjerde år
Dataindsamlingsår	2012, 2016 og 2020
Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Handicap 2) Funktionsnedsættelse 3) Fysisk og psykisk helbred 4) Uddannelse 5) Beskæftigelse 6) Ensomhed 7) Familiesituation 8) Vold 9) Diskrimination 10) Samfundsdeltagelse 11) Oplevelser af kommunal sagsbehandling
Evt. kommentarer	
1) Der foretages en statistisk vægtning for non-response (Danmarks Statistik), så deltagerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til forskellige karakteristika.	

Tabel B1.13. Beskrivelse af Fællesskabsmålingen

Undersøgelse	
Titel	Fællesskabsmålingen
Link til undersøgelsen	https://www.vive.dk/da/udgivelser/faellesskabsmaalingen-2022-rv7dodvn/
Udført af	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Beskrivelse af undersøgelsen	I Fællesskabsmålingen undersøges livsvilkår og social eksklusion blandt voksne i alderen 18-69 år med fokus på deltagelse i samfundet og hverdagslivets fællesskaber. Undersøgelsen er blevet gennemført to gange med dataindsamling i henholdsvis 2016 og 2021 og udgivet i henholdsvis 2017 og 2022. Med udgangspunkt i omfanget af social eksklusion og social deltagelse identificeres tre hovedgrupper; en majoritetsgruppe, som er kendetegnet ved en høj grad af deltagelse i samfundets fællesskaber, lav grad af eksklusion samt få sociale og helbredsmæssige udfordringer; en risikogruppe, som oplever eksklusion på nogle områder, og har nogle udfordringer i forhold til fx helbred eller økonomi; og slutteligt en eksklusionsgruppe, som er kendetegnet ved typisk at have en høj grad af eksklusion samt sociale, helbredsmæssige og økonomiske udfordringer.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klasetrin	Repræsentativt udsnit af den danske befolkning i alderen 18-69 år
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Deltagernes spørgeskemabesvarelser blev indhentet via hhv. telefoninterviews, besøgsinterviews eller udfyldelse via webbaseret spørgeskema.
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I alt deltog 1.901 personer (18-69 år) i 2021, heraf 372 personer i alderen 18-29 år.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagerne	Alder 18-69 år (se også dataindsamlingsmetode).
Dataindsamlingsmetode	Et udsnit af de respondenter, der indgik i undersøgelsen i 2016, blev geninviteret (panelundersøgelse) til undersøgelsen i 2021. Derudover blev der udtrukket en ny stikprøve af befolkningen 2021 (hovedundersøgelsen). Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført af DST-survey og der indgik både telefoninterviews, besøgsinterviews og udfyldelse via webbaseret spørgeskema. Der blev foretaget et stratificeret stikprøveudtræk, således at der blev udtrukket en større andel af personer, der formodedes at have en høj risiko for eksklusion. Efterfølgende blev resultaterne vægtet, således at der blev taget højde for denne overrepræsentation af personer med højere risiko for social eksklusion. Der er også inddraget registerdata i undersøgelsen.
Frekvens for dataindsamling	Ikke fastlagt
Dataindsamlingsår	2016 og 2021

Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none">1) Livstilfredshed og subjektivt velvære2) Helbred3) Arbejdsmarked og økonomi4) Socialt netværk og kontakt5) Ensomhed6) Sociale forhold, støtte og hjælp7) Tillid og tryghed8) Aktiviteter i civilsamfundet9) Deltagelse i fællesskaber
Evt. kommentarer	

Tabel B1.14. Beskrivelse af Levevilkårsundersøgelsen (SILC – Statistics on Income and Living Conditions)

Undersøgelse	
Titel	Levevilkårsundersøgelsen (SILC – Statistics on Income and Living Conditions)
Link til undersøgelsen	https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/levevilkaar/levevilkaarsundersoegelsen-silc
Udført af	Danmarks Statistik
Beskrivelse af undersøgelsen	SILC er en europæisk levevilkårsundersøgelse og foretages hvert år i alle EU/EØS-lande (heriblandt Danmark). SILC indsamler oplysninger om husstande og husstandsmedlemmer ud fra et repræsentativt udsnit af befolkningen. Undersøgelsen har til formål at belyse befolkningens indkomst, levekår og risiko for social udstødelse. Oplysningerne hentes gennem spørgeskema og kombineres med registeroplysninger, hvor spørgeskemaundersøgelsen primært omhandler indikatorer for levekår. Derudover er der hvert år inkluderet spørgsmål inden for et bestemt tema, som ændrer sig fra år til år. I Danmark modtager en udvalgt respondent for husstanden et personligt spørgeskema. SILC er indsamlet i Danmark siden 2004, men data er kun tilgængelig fra 2011, da der i 2015 blev foretaget en revision, som kun kan føres tilbage til 2011.
Studiepopulation	
Aldersgruppe/klassetrin	Personer, der bor i private husstande.
Hvem udfylder spørgeskemaet?	Der udtrækkes én person i alderen 16 år eller derover per husstand, som besvarer spørgsmål om sig selv og om husstanden. Respondenten definerer selv, hvilke personer, der er medlem af husstanden. Ved husstandsrettede spørgsmål antages det, at denne persons svar dækker hele husstanden (inkl. evt. børn i husstanden). En række spørgsmål fx om helbred stilles dog kun til eller om personer, der 16 år eller derover. Hvert tredje år indgår modulspørgsmål om børns helbred.
Antal deltagere ved seneste indsamlingsår (og evt. deltagelsesprocent)	I Levevilkårsundersøgelsen 2023 deltog ca. 6.215 personer i undersøgelsen, og de deltagende husstande omfattede ca. 11.800 personer.
Dataindsamling	
Inklusionskriterier for deltagere	Personer, der bor i privat husstand i Danmark.
Dataindsamlingsmetode	Undersøgelsen er en forløbsundersøgelse med en løbende udskiftning af panelerne, hvor den enkelte husstand bliver inviteret til at deltage i fire år i træk (fireårigt panel). Stikprøven bestod i 2023 af ca. 12.100 personer, og var sammensat dels af personer, der var med i året før, dels af 7.000 nyudtrukne personer (husstande). Spørgeskemaoplysningerne hentes gennem interview (webspørgeskema og telefon).
Frekvens for dataindsamling	Kernedelen af undersøgelsen indsamles årligt. Nogle moduler af spørgsmål indsamles kun hvert tredje år, fx spørgsmål vedrørende determinanter for sundhed (fx hyppighed af alkoholindtag) eller hvert sjette år, fx velbefindende (fx oplevelse af ensomhed).
Dataindsamlingsår	2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 og 2023.

Indhold	
Temaer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indkomst og forbrug 2) Materiel fattigdom 3) Overbelåning 4) Formue 5) Sundhed 6) Livskvalitet 7) Social udstødelse 8) Bolig 9) Beskæftigelse 10) Uddannelse 11) Information vedr. børn i husstanden 12) Boligvanskeligheder
Evt. kommentarer	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Der foretages en statistisk vægtning for non-response (Danmarks Statistik), så deltagerne ligner den danske befolkning i forhold til køn, alder, familietype og indkomst. Der er ingen korrektion i data for fx oplysninger om helbred, og DST vurderer, at der er stor risiko for, at i forhold til fx helbred er stikprøven systematisk skæv. Der vurderes således af DST at være en risiko for, at undersøgelsen systematisk undervurderer andelen af befolkningen med dårligt helbred (53, 54). 	

Bilag 2

Oversigt over personer, der indgik i ekspertpanelerne til Delphi-processen (se beskrivelse af Delphi-proces i afsnit 3.3).

Navn	Stillingsbetegnelse	Fagligt selskab/arbejdssted
Anne Illemann Christensen	Seniorforsker, Ph.d.	Statens Institut for Folkesundhed
Anne-Marie Nybo Andersen	Professor	Københavns Universitet
Anne Mette Skovgaard	Professor	Repræsentant for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Bjørn Holstein	Professor emeritus	Statens Institut for Folkesundhed
Charlotte Demant Klinker	Seniorforsker, Ph.d.	Steno Diabetes Center Copenhagen
Ditte Elsborg	Studievejleder	Repræsentant for Ungdomsuddannelsernes Vejlederforening
Dorte Ejg Jarbøl	Professor, speciallæge i almen medicin	Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
Gitte Bjerre Bach-Hansen	Elevcoach	Repræsentant for Ungdomsuddannelsernes Vejlederforening
Janne Tolstrup	Professor	Statens Institut for Folkesundhed
Jens Søndergaard	Professor, praktiserende læge	Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
Jeppe Dørup	Uddannelsespolitisk konsulent	Repræsentant for Danmarks Lærerforening
Kirsten Gunvor Løth	Formand for Landsforeningen for Socialpædagoger	Repræsentant for Landsforeningen for Socialpædagoger
Kristin Munch-Christiansen	Specialpsykolog	Repræsentant for Dansk Psykolog Forening
Lau Caspar Thygesen	Professor	Statens Institut for Folkesundhed
Lise Madsen	Sundhedsplejerske	Repræsentant for Fagligt Selskab Sundhedsplejersker
Marie Tolstrup	Psykolog	Repræsentant for Dansk Psykolog Forening
Mette Skovgaard Væver	Professor	Repræsentant for Dansk Psykolog Forening
Nanna Gram Ahlmark	Seniorforsker, Ph.d.	Statens Institut for Folkesundhed
Natascha Christiansen	Vejleder	Repræsentant for Ungdomsuddannelsernes Vejlederforening
Ola Ekholm	Seniorrådgiver	Statens Institut for Folkesundhed
Pernille Due	Professor emerita	Statens Institut for Folkesundhed
Peter Toftedal	Ledende overlæge, speciallæge i pædiatri, Ph.d.	Repræsentant for Dansk Pædiatrisk Selskab
Signe Boe Rayce	Seniorforsker, Ph.d.	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Simon Lauridsen	Konsulent	Repræsentant for Børne- og Ungdomspædagogernes Landsforbund
Tine Lohmann	Sundhedsplejerske	Repræsentant for Fagligt Selskab Sundhedsplejersker
Trine Pagh Pedersen	Seniorforsker, Ph.d.	Statens Institut for Folkesundhed

Bilag 3

Her er listet de yderligere danske kohorteundersøgelser, børne/unge-sundhedsprofiler og øvrige spørgeskemaundersøgelser, der har indsamlet data om børns og/eller unges sundhed, som indgik i afdækningen af mulige temaer og undertemaer i en børne- og ungesundhedsprofil forud for Delphi-processen (jf. afsnit 3.3), men som ikke indgik i kortlægningen (jf. kapitel 4), da de ikke levede op til inklusions- og eksklusionskriterierne (jf. afsnit 3.1).

- Bedre Sundhed i Generationer (tidligere Bedre Sundhed for Mor og Barn) (37)
- Børne- og ungepanelet fra Børnerådet (194)
- Børns Vilkår – Børnehavepanelet, Skolepanelerne (melletrinnet), Skolepanelerne (udskoling) (195)
- BørnUngeLiv (BUL): Småbørnsmodul (175), Grundskolemodul (196) og Ungeprofilundersøgelsen (197)
- Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) (160)
- Dagtilbudstermometeret fra Dansk Center for Undervisningsmiljø (DCUM) (198)
- Danske børns sundhed og sygelighed (Børne-SUSY) (199)
- Databasen Børns Sundhed (14)
- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (43)
- Odense Børnekohorte (40)
- Sessionsregisteret (200)
- Trivsel på Trods (201)
- Ungdomsprofilen 2014 (44), UNG19 – Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019 (45) og UNG19 – Sundhed og trivsel på erhvervsuddannelser (39)
- Årgang 95 - Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995 (15)
- §Alkohol – En undersøgelse af unges alkoholforbrug, holdninger til alkohol og oplevelse af tilgængelighed (202)
- §RØG – En undersøgelse af tobak adfærd og regler (203)

Bilag 4

Oversigt over personer, der indgik i processen med yderligere specificering af indhold i sundhedsprofil for de 0-10-årige (beskrivelse af processen fremgår af afsnit 3.4)

Navn	Stillingsbetegnelse	Arbejdssted
Anne Mette Skovgaard	Professor	Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Anne Virring Sørensen	Speciallæge i børne- og ungepsykiatri, overlæge, Ph.d.	Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, Skejby, Aarhus Universitetshospital
Bjørn Holstein	Professor emeritus	Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Dorte Ejg Jarbøl	Professor, speciallæge i almen medicin	Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet
Cathrine Lawaetz Wimmelmann	Seniorforsker, Ph.d.	Center for Sundt Liv og Trivsel
Poul Jørgen Jennum	Klinisk professor, overlæge	Dansk Center for Søvnmedicin, Glostrup Hospital/Rigshospitalet
Mette Toftager	Lektor, Ph.d.	Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
Mette Skovgaard Væver	Professor	Institut for Psykologi, Københavns Universitet
Nanna Schneekloth Jarlstrup	Forsker, Ph.d.	Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Peter Toftedal	Ledende overlæge, speciallæge i pædiatri, Ph.d.	H. C. Andersen Børne- og Ungehospital
Pia Rønnenkamp	Specialkonsulent og projektleder (MPG), formand for Databasen Børns Sundhed, formand for databasestyregruppen i LDBU	Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
Signe Boe Rayce	Seniorforsker, Ph.d.	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Trine Flensborg-Madsen	Professor	Afdeling for Miljø og Sundhed, Københavns Universitet