

Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed

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

Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 Samarbejdet Databasen Børns Sundhed

© Statens Institut for Folkesundhed, 2024
Statens Institut for Folkesundhed
Stuiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

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

Bestyrelsen:

Anne Mette Skovgaard, speciallæge, professor, dr.med., SDU

Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP, Sundhedsstyrelsen

Helle Erstling Rasmussen, ledende sundhedsplejerske, MPG, Roskilde Kommune

Jette Walsøe Kürstein, næstformand samarbejdet Databasen Børns Sundhed, ledende sundhedsplejerske, Fredensborg Kommune

Lars Bender, overlæge, Aalborg Universitetshospital

Lene Schack-Nielsen, chefkonsulent, Region Hovedstaden

Pernille Buhelt, ledende sundhedsplejerske, Brønderslev Kommune

Pia Rønnenkamp, formand samarbejdet Databasen Børns Sundhed

Susanne Henriksen, ledende sundhedsplejerske, Aalborg Kommune

Trine Pagh Pedersen, projektleder Databasen Børns Sundhed, Statens Institut for Folkesundhed

Ulla Dupont, ledende sundhedsplejerske, Vejle Kommune

Vibeke Westergaard, ledende sundhedsplejerske, Aarhus Kommune

Publikationen refereres således:

Pommerencke LM, Jørgensen SE & Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed. København. Samarbejdet Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2024.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er en sundhedsprofil for børn og unge, der i skoleåret 2022/23 er ind- og udskolingsundersøgt i kommuner tilknyttet samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Den samlede sundhedsprofil indeholder data om 11.478 børn, der er indskolingsundersøgt, og 10.315 unge, der er udskolingsundersøgt, i skoleåret 2022/23 i en kommune, der indgår i databasen.

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

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

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

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Lis Marie Pommerencke, postdoc Sanne Ellegård Jørgensen og projektleder Trine Pagh Pedersen. Data er oparbejdet af data manager Anne Birgitte Hjulær Ammari og sundhedsplejerske med master i sundhedspædagogik Hannah Glismann har bistået med sundhedsfaglig gennemlæsning og rådgivning. Studentermedhjælper Manuel Gallego Zinckernagel har assisteret arbejdet med udarbejdelse af rapporten.

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er indgået i et udvidet samarbejde omkring en landsdækkende database for børn og unges sundhed. Udviklingen og implementeringen af denne nye database foregår i samarbejde med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Den nye database er støttet af Novo Nordisk Fonden og vil på sigt give mulighed for yderligere forskning og formidling af viden om danske børn og unges sundhed igennem sundhedsprofiler og praksisrettede rapporter.

Vi ønsker at rette en varm tak til alle sundhedsplejerskerne og de ledende sundhedsplejersker i de deltagende kommuner for det positive og engagerede samarbejde – det er helt afgørende for kvaliteten og den fortsatte udvikling af databasen.

Pia Rønnenkamp
Sundhedsplejerskefaglig specialkonsulent, MPG
Formand, Databasen Børns Sundhed

Morten Hulvej Rod
Professor
direktør, Statens Institut for Folkesundhed

Indhold

1	Indledning	5
2	Introduktion	6
2.1	Sundhedsplejerskernes virke og samarbejdet Databasen Børns Sundhed	6
2.2	Datasikkerhed	6
2.3	Formål og opbygning af sundhedsprofilen	7
2.4	Datagrundlag	8
3	Børn indskolingsundersøgt 2022/23	9
3.1	Aldersfordeling	9
3.2	Trivsel	10
3.3	Barnets forhold til jævnaldrende	14
3.4	Motoriske vanskeligheder	18
3.5	Forældre-barn relationen	20
3.6	Vægtstatus	22
3.7	Tobaksrøg i hjemmet	28
4	Unge udskolingsundersøgt 2022/23	30
4.1	Aldersfordeling	30
4.2	Trivsel	31
4.3	Mental sundhed	38
4.4	Søvn/træthed	42
4.5	Spisning, kost og/eller motion	44
4.6	Vægtstatus	46
4.7	Tobak	51
4.8	Alkohol	53
5	Opsamling af sundhedsprofilen for skoleåret 2022/23	55
6	Referencer	56

1 Indledning

I samarbejdet Databasen Børns Sundhed udarbejdes hvert år to sundhedsprofiler til kommunerne, der indgår i databasen. Den ene sundhedsprofil omhandler spædbørn født i det pågældende år, mens den anden sundhedsprofil omhandler børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i det pågældende skoleår. Denne rapport er en sundhedsprofil for skolebørnene og indeholder to dele.

Første del, som omfatter kapitel tre, fire og fem, er en sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 for alle de deltagende kommuner i samarbejdet Databasen Børns Sundhed. Databasen Børns Sundhed har udvalgt en række indikatorer til måling af børnene og de unges sundhed og udvikling samt til måling af ydelser, indsatser og resultater inden for sundhedsplejen. Disse indikatorer anvendes i sundhedsprofilen til at beskrive udvalgte områder af børnenes og de unges sundhed og udvikling i hele populationen og i den enkelte kommune.

Anden del, som omfatter kapitel seks, indeholder centrale data for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23. Kapitlet viser forekomsten af en række faktorer relateret til indskolingsundersøgelsen samt faktorer relateret til udskolingsundersøgelsen for hele populationen.

2 Introduktion

2.1 Sundhedsplejerskernes virke og samarbejdet Databasen Børns Sundhed

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

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed er tilrettelagt således, at den kan beskrive børn og unges sundhed med udgangspunkt i sundhedsplejerskens virksomhed. Kommunerne i samarbejdet har indsamlet data om nul- til etårige børn fra 2002 og frem. Fra 2007 også data om børn, der er indskolingsundersøgt, og fra 2016 med unge, der er udskolingsundersøgt. Formålet med samarbejdet er; 1) at monitorere børns sundhed, 2) at monitorere ydelser fra den kommunale sundhedstjeneste, 3) at skabe grundlag for videreudvikling af den kommunale sundhedsplejes ydelser, og 4) at skabe basis for videnskabelige projekter.

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

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

2.2 Datasikkerhed

Samarbejdet Databasen Børns Sundhed overholder Det danske kodeks for integritet i forskning (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2014). Syddansk Universitet er dataansvarlige myndighed for databehandlingen. Data behandles fortroligt og anvendes udelukkende til forskning og statistiske formål.

Det er således udelukkende udvalgte forskere, som har adgang til data, og formidlingen af resultaterne sker således, at det ikke er muligt at identificere enkeltpersoner. Forskerne har i deres arbejde med data ikke adgang til direkte personhenførbare oplysninger, herunder CPR-nummer.

2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen

Formålet med denne sundhedsprofil er at tegne en profil af de børn og unge, der i skoleåret 2022/23 er ind- og udskolingsundersøgt i de kommuner, der indgår i samarbejdet Databasen Børns Sundhed.

Sundhedsplejerskerne registrerer i forbindelse med ind- og udskolingsundersøgelserne, hvorvidt der er bemærkninger til forskellige faktorer (fx barnets eller den unges trivsel). En "bemærkning" betyder, at sundhedsplejersken vurderer, at der er en udvikling hos barnet, der ikke er alderssvarende, eller forhold, der kræver yderligere observation, undersøgelse eller henvisning til et relevant kommunalt tilbud eller til yderligere udredning i almen praksis.

Resultaterne i sundhedsprofilen angives i tabeller og diagrammer, som både indeholder resultater for det samlede antal børn eller unge i rapporten, der er ind- eller udskolingsundersøgt, og for de enkelte kommuner. Procenterne i figurerne er beregnet for de børn og unge, hvor data findes, altså med en forudgående frasortering af dem, der ikke har haft kontakt med sundhedsplejen og ikke har oplysninger om den pågældende variabel. Desuden vises udviklingen for en række hovedvariable. I hele populationen i udviklingsfigurerne indgår de kommuner, som har indsendt data i minimum fire år for indskolingsdelen og minimum fire år for udskolingsdelen. For de enkelte kommuner vises udviklingen for de år, kommunen har indsendt data til samarbejdet. Derudover vil én enkelt indikator i udskolingsdelen (trivsel i skolen) være opdelt efter klassetrin i figurerne. Baggrunden herfor er, at vores analyser har vist, at der er en statistisk signifikant forskel i andelen af unge med bemærkning til trivsel i skolen afhængigt af klassetrin (8. klasse vs. 9. klasse. I nogle kommuner indgår der unge, som er udskolingsundersøgt på et højere eller lavere klassetrin end, hvad der er kommunens praksis. I de tilfælde er disse unge inkluderet i det klassetrin, som er kommunens praksis.

I skoleåret 2020/21 blev Kalundborg Kommune og Køge Kommune tilknyttet skoledelen i samarbejdet Databasen Børns Sundhed og ligeså blev Frederiksberg Kommune, Furesø Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune i 2021/22. Derfor indgår disse fem kommuner ikke i udviklingsfigurerne med oplysninger for alle tidligere år. I Tårnby Kommune blev få unge udskolingsundersøgt i 2019/20 og ligeså blev få unge udskolingsundersøgt i Glostrup Kommune og Roskilde Kommune i 2020/21. Derfor indgår disse tre kommuner ikke med udskolingsoplysninger i udviklingsfigurerne for henholdsvis 2019/20 og 2020/21. Dragør Kommune og Egedal Kommune har fra skoleåret 2020/21 primært gennemført udskolingsundersøgelsen i 8. klasse fremfor 9. klasse og udviklingsfigurerne indeholder derfor ikke oplysninger fra 2019/20 for disse to kommuner.

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

2.4 Datagrundlag

Den samlede sundhedsprofil er baseret på sundhedsplejerskers journaldata om 11.478 børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 og 10.315 unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23. Børnene og de unge, der er henholdsvis ind- og udskolingsundersøgt, kommer fra følgende kommuner: Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Frederiksberg, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Kalundborg, Køge, Lyngby-Taarbæk, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle. Kalundborg Kommune og Frederiksberg Kommune indgår ikke med udskolingsdata. Tabel 1 viser antallet af børn og unge, der indgår i sundhedsprofilen fra de enkelte kommuner.

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

Kommune	Indskolingsundersøgelsen	Udskolingsundersøgelsen
Albertslund	270	321
Allerød	355	362
Ballerup	503	373
Brøndby	291	260
Dragør	210	177
Egedal	541	511
Frederiksberg	859	-
Furesø	457	490
Gentofte	844	988
Gladsaxe	674	841
Glostrup	222	163
Gribskov	243	411
Herlev	292	225
Høje-Taastrup	609	489
Kalundborg	449	-
Køge	641	681
Lyngby-Taarbæk	653	678
Roskilde	923	935
Rødovre	428	415
Tårnby	537	460
Vallensbæk	221	221
Vejle	1.256	1.314
Hele populationen	11.478	10.315

- Frederiksberg Kommune og Kalundborg Kommune indgår ikke med udskolingsdata.

3 Børn indskolingsundersøgt 2022/23

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte variable for børn, der er blevet indskolingsundersøgt i de 22 kommuner, der har indsendt indskolingsdata til samarbejdet Databasen Børns Sundhed for skoleåret 2022/23.

3.1 Aldersfordeling

Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen er 6,5 år i hele populationen. Den store spredning i gennemsnitsalderen kan skyldes, at indskolingsundersøgelsen kan foretages i 0. eller 1. klasse.

Tablet 2. Gennemsnitsalderen ved indskolingsundersøgelsen efter kommune (N=11.478)

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

3.2 Trivsel

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

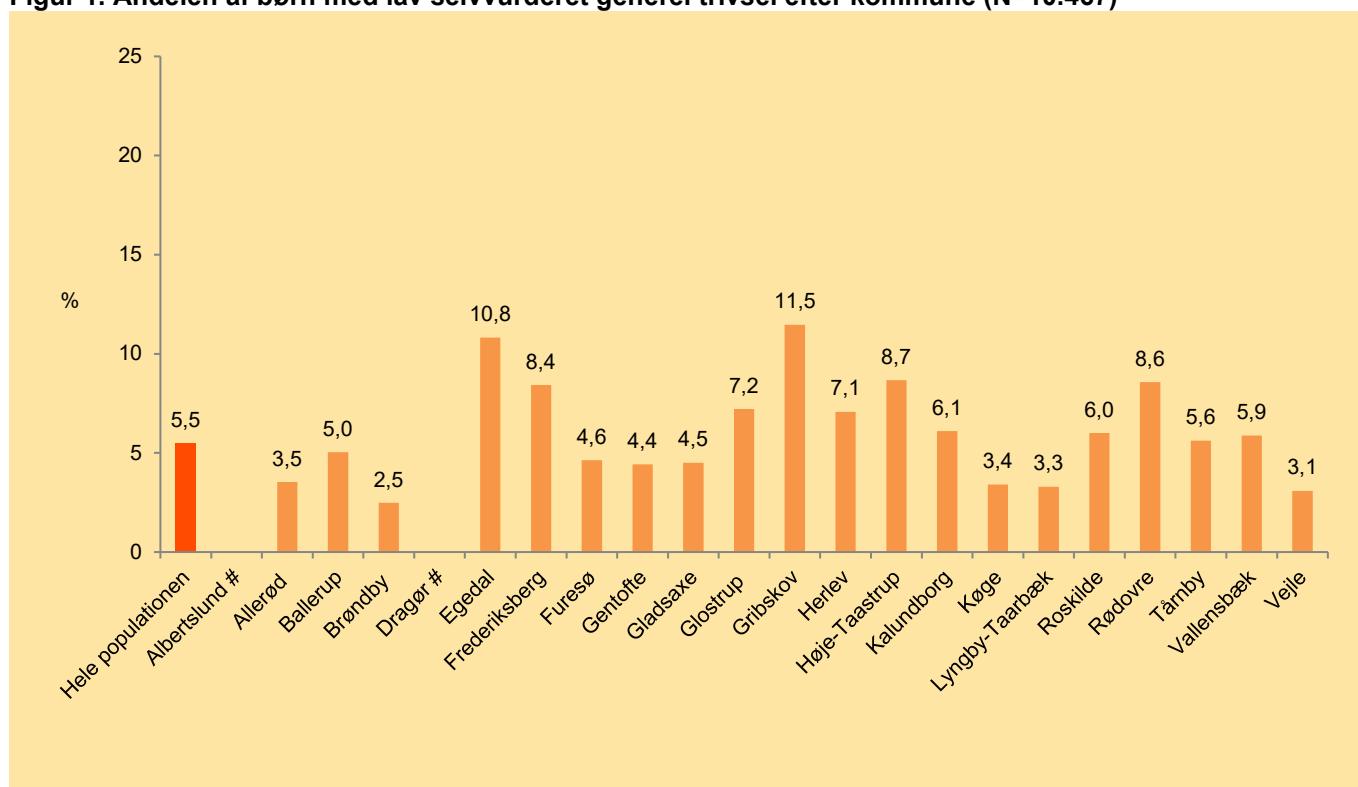
Selvvurderet generel trivsel

Langt de fleste børn har en god selvvurderet generel trivsel, idet 59,6 % af børnene angiver at være "Meget glad", 34,9 % angiver at være "Glad", mens 5,1 % angiver at være "Midt i mellem", og 0,4 % angiver at være "Ikke glad".

Figur 1 viser andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel defineret som børn, der angiver, at de for det meste er "Midt i mellem" eller "Ikke glad". Andelen af børn med lav generel trivsel i den samlede population er 5,5 %. Andelen svinger mellem 2,5 % og 11,5 % kommunerne imellem.

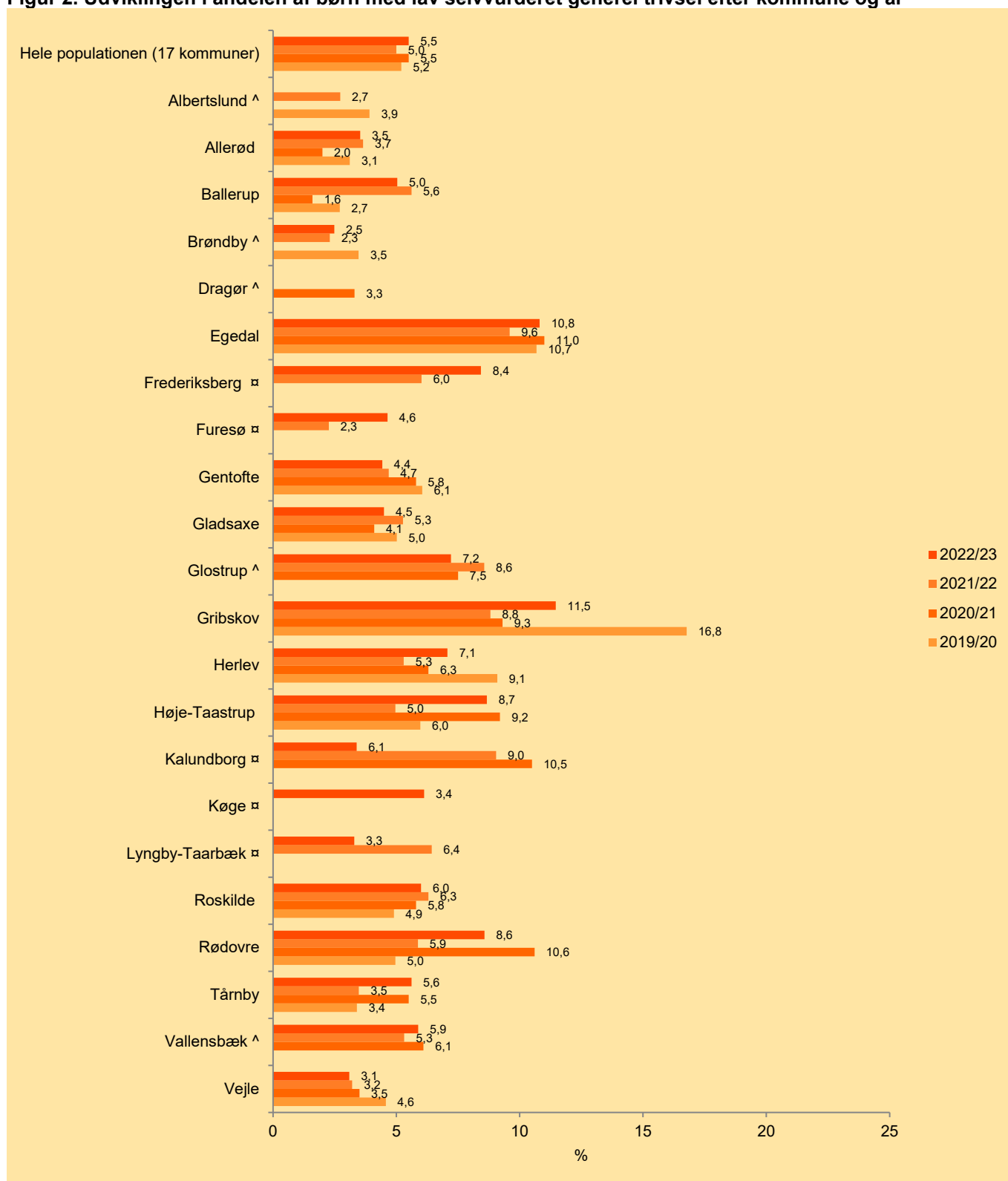
Figur 2 viser udviklingen fra 2019/20 til 2022/23 i andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel for de kommuner, der har oplysninger om generel trivsel fra alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel samlet set har svinget mellem 5,0 % og 5,5 %.

Figur 1. Andelen af børn med lav selvvurderet generel trivsel efter kommune (N=10.467)



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

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



Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

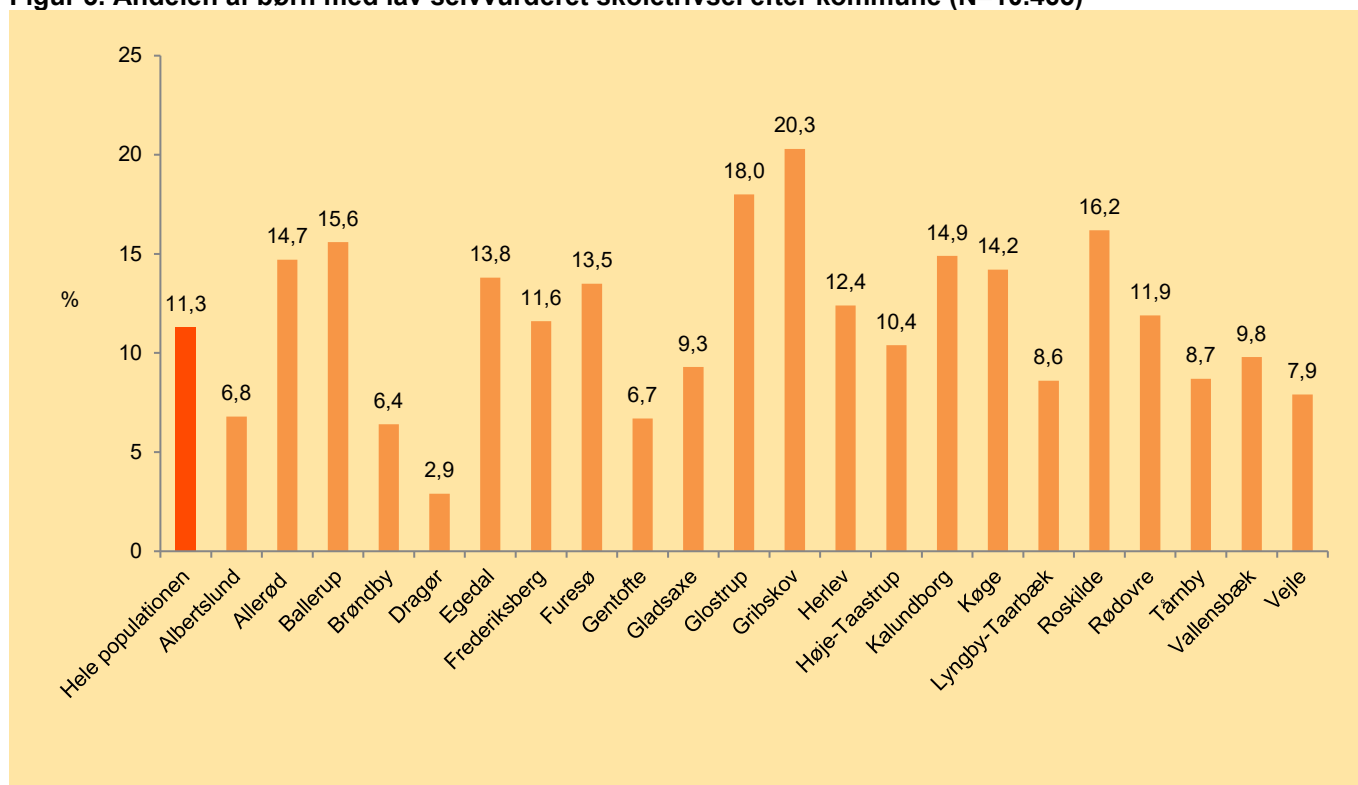
▫ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Selvurderet skoletrivsel

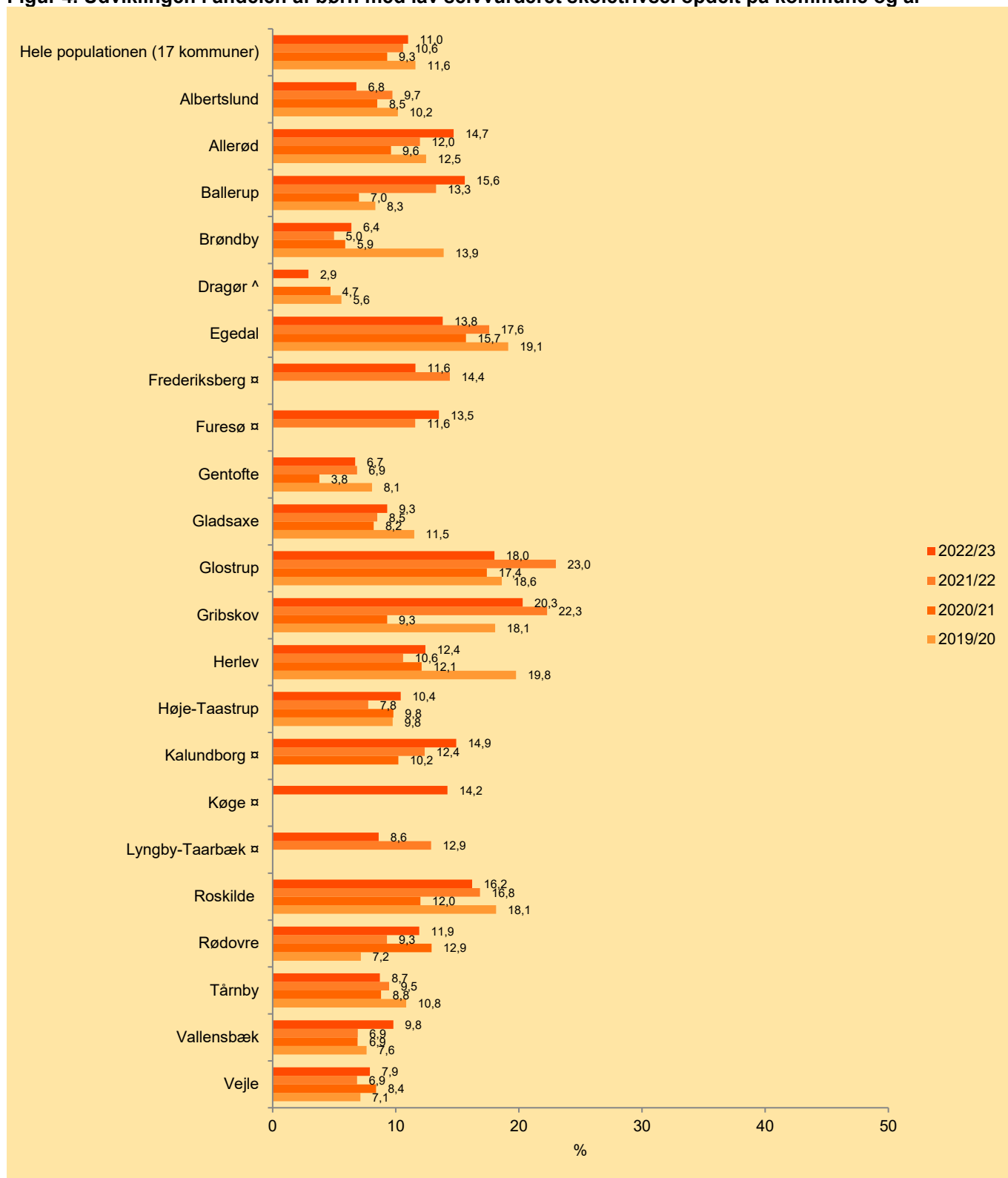
Størstedelen af børnene har en god selvurderet skoletrivsel, idet 52,4 % af børnene angiver at være "Meget glad" og 36,3 % "Glad" i skolen. Figur 3 viser andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel, der i denne rapport omfatter børn, der har svaret "Midt i mellem" (9,8 %) eller "Ikke glad" (1,5 %) til udsagnet "Sådan har jeg det for det meste i skolen". Andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel i den samlede population er 11,3 % for børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23. Variationen mellem kommunerne svinger mellem 2,9 % og 20,3 %.

Figur 4 viser udviklingen i andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel i de 17 kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle fire år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med lav skoletrivsel i den samlede population har ligget mellem 9,3 % og 11,6 %.

Figur 3. Andelen af børn med lav selvurderet skoletrivsel efter kommune (N=10.465)



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



Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

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

3.3 Barnets forhold til jævnaldrende

I forbindelse med indskolingsundersøgelsen bliver forældrene bedt om at vurdere barnets forhold til jævnaldrende. Forældrene får sendt et spørgeskema og besvarer dette inden indskolingsundersøgelsen. Herefter vurderer sundhedsplejersken svarene på udsagnene efter dialog med forældrene og barnet. Udsagnene lyder: *"Er lidt af en enspænder, leger mest alene"*, *"Har mindst én god ven"*, *"Er generelt vellidt af andre børn"*, *"Bliver mobbet eller drillet af andre børn"* og *"Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn"*. Udsagnene stammer fra den danske version af det validerede og det internationalt anvendte spørgeskema "The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)" og udgør tilsammen underskalaen "Problemer i forholdet til jævnaldrende" (Obel et al., 2003). Forældrene vurderer hvert af de fem udsagn ud fra svarmulighederne: "passer ikke", "passer delvist" og "passer godt". Herefter summeres forældrenes svar til en samlet score, hvor hvert af forældrenes svar giver mellem 0 og 2 point, hvor 0 point betyder ingen problemer. Forældrene skal have svaret på minimum tre udsagn for, at besvarelsen inkluderes i en samlet score (Youth in Mind, 2016). For aldersgruppen 6-10 år defineres en samlet score på 0-2 point som "normalområdet", en score på 3 point defineres som "grænseområde" og en score på 4-10 point defineres som "uden for normalområdet" (Arnfred et al., 2019, Youth in Mind, 2016). I denne sundhedsprofil har vi valgt at definere "normalområdet" som "ingen tegn på problemer" og "uden for normalområdet" som "tegn på problemer".

Størstedelen (87,5 %) af forældrene har angivet "Passer ikke" til, at barnet er en enspænder, 86,5 % har svaret "Passer ikke" til, at barnet bliver mobbet, og 88,1 % har svaret "Passer ikke" til, at barnet kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn. Derudover er der 95,2 %, der har svaret, at det "Passer godt", at barnet har mindst én god ven, og 94,6 % har svaret, at det "Passer godt", at barnet generelt er vellidt af andre børn.

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

Tabel 3. Problemer i forholdet til jævnaldrende efter kommune (N=10.049)

Kommune	Ingen tegn på problemer		Grænseområde		Tegn på problemer	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Albertslund	207	95,8	#		6	2,8
Allerød	316	94,3	10	3,0	9	2,7
Ballerup	398	91,1	19	4,4	20	4,6
Brøndby	243	89,0	15	5,5	15	5,5
Dragør	190	94,5	#		6	3,0
Egedal	460	91,6	23	4,6	19	3,8
Frederiksberg	804	96,6	15	1,8	13	1,6
Furesø	421	93,8	15	3,3	13	2,9
Gentofte	555	95,0	18	3,1	11	1,9
Gladsaxe	588	90,9	25	3,9	34	5,3
Glostrup	199	92,6	10	4,7	6	2,8
Gribskov	176	93,1	8	4,2	#	
Herlev	247	93,2	8	3,0	10	3,8
Høje-Taastrup	482	94,5	13	2,6	15	2,9
Kalundborg	336	90,6	18	4,9	17	4,6
Køge	385	89,3	19	4,4	27	6,3
Lyngby-Taarbæk	564	94,3	23	3,9	11	1,8
Roskilde	784	93,6	29	3,5	25	3,0
Rødovre	345	88,2	27	6,9	19	4,9
Tårnby	488	96,6	10	2,0	7	1,4
Vallensbæk	180	94,2	#		6	3,1
Vejle	992	92,8	38	3,6	39	3,7
Hele populationen	9.360	93,1	356	3,5	333	3,3

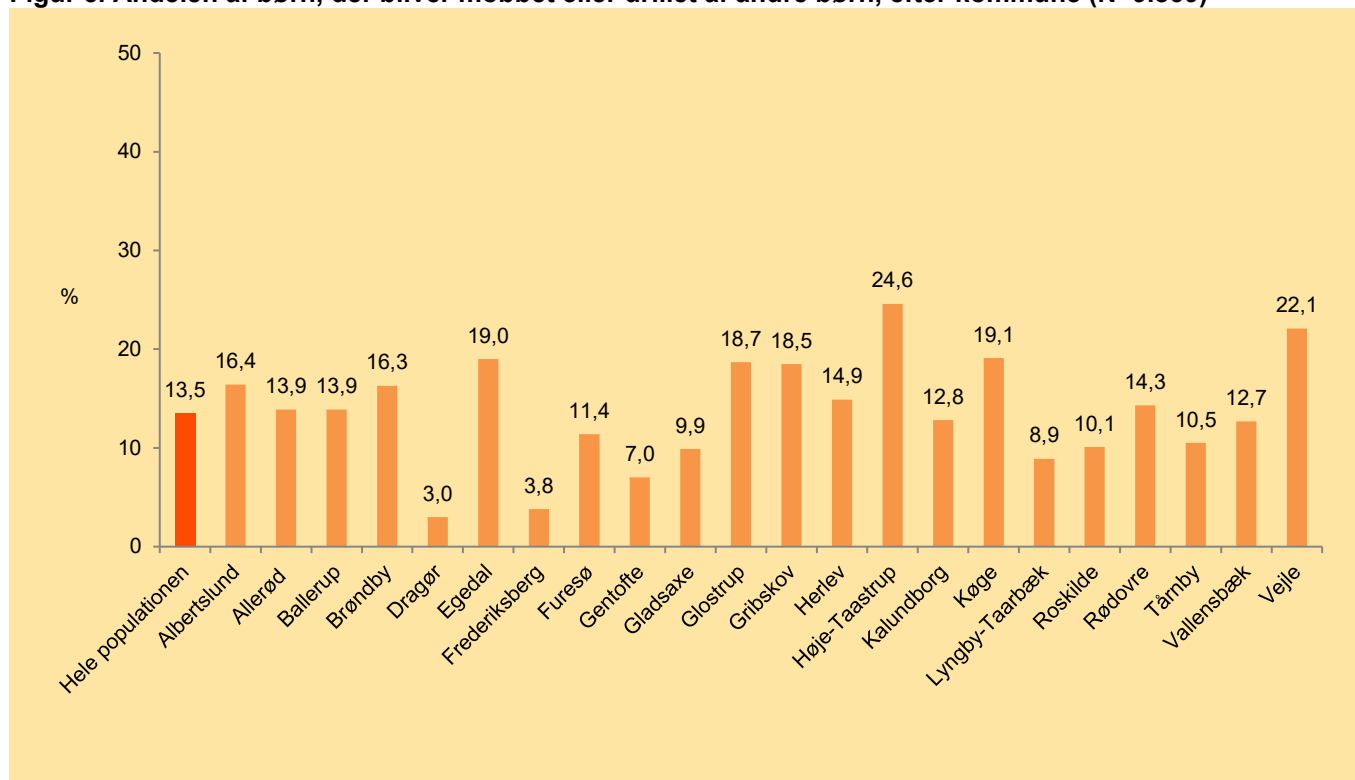
Viser ikke, da antallet af børn i kommunen, der er i grænseområdet eller med tegn på problemer i forholdet til jævnaldrende, er for få.

Mobbet eller drillet

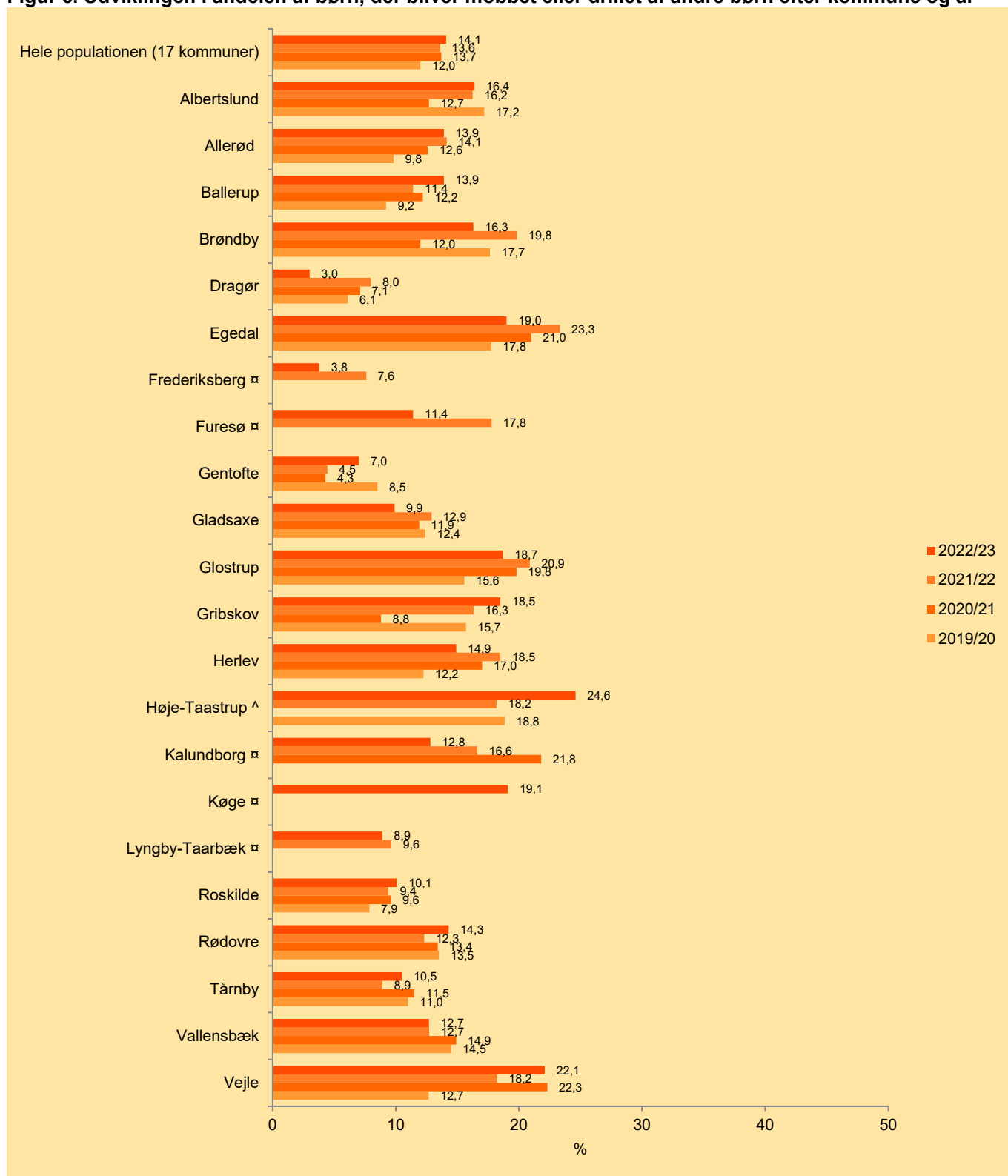
Af figur 5 ses, at 13,5 % har svaret, at det "passer delvist" eller "passer godt", at barnet bliver mobbet eller drillet. Derudover viser figuren, at der er store forskelle kommunerne imellem, og at andelen svinger mellem 3,0 % og 24,6 %.

Figur 6 viser udviklingen i andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn i den samlede population, har ligget mellem 12,0 % og 14,1 %.

Figur 5. Andelen af børn, der bliver mobbet eller drillet af andre børn, efter kommune (N=9.869)



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



Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

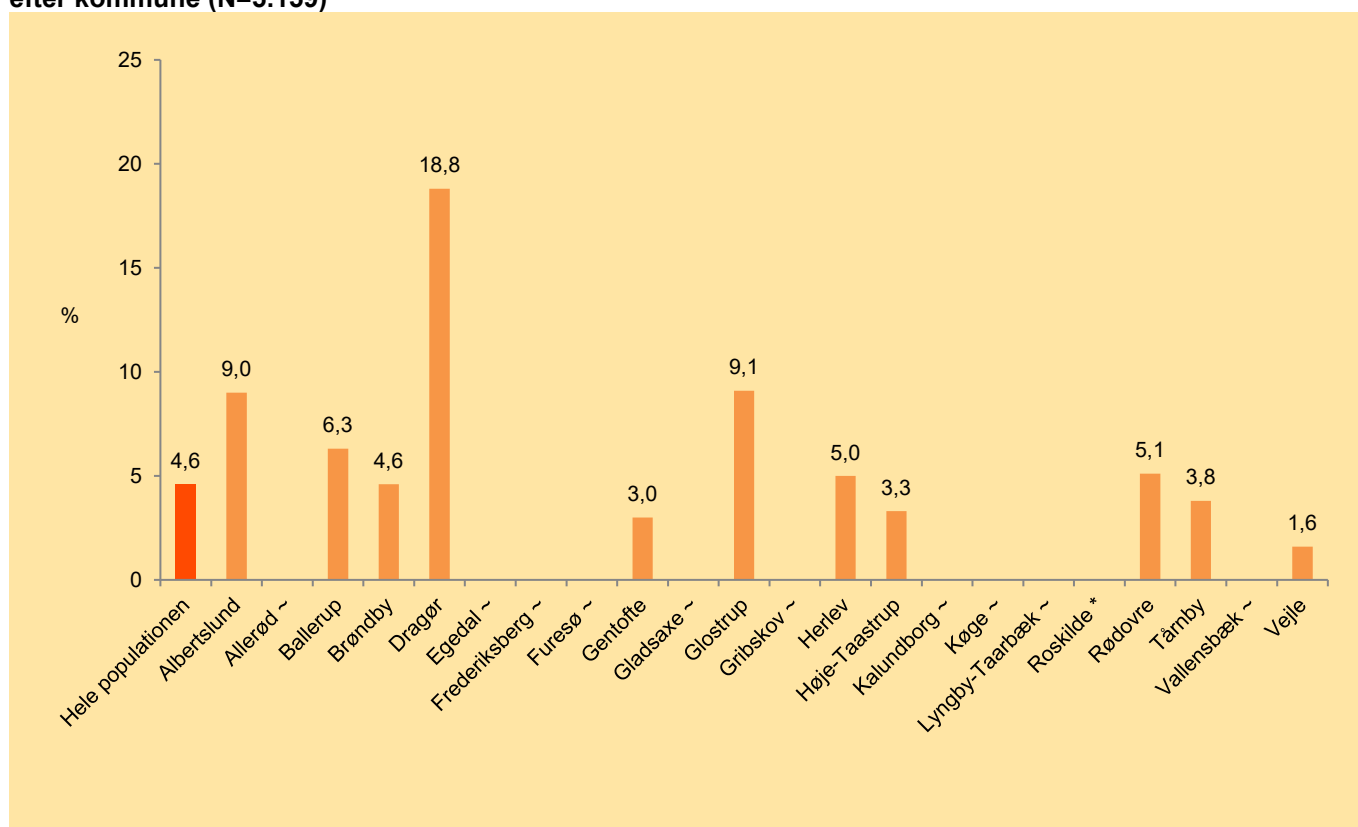
[⊠] Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse

3.4 Motoriske vanskeligheder

Ved motorikundersøgelsen kan sundhedsplejersken sætte bemærkninger ved følgende ni motoriske delområder: gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på hhv. højre og venstre ben, kaste bold med hhv. højre og venstre hånd, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til mindst én af disse ni motoriske delområder hos over en fjerdedel af børnene (27,0 %). Motoriske vanskeligheder defineres ved indskolingsundersøgelsen som det at have tre eller flere bemærkninger til delene af den motoriske undersøgelse. Af figur 7 ses, at 4,6 % af børnene i den samlede population har mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling. Variationen i andelen af børn med mindst tre bemærkninger til deres motoriske udvikling er stor kommunerne imellem og svinger mellem 1,6 % og 18,8 %.

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

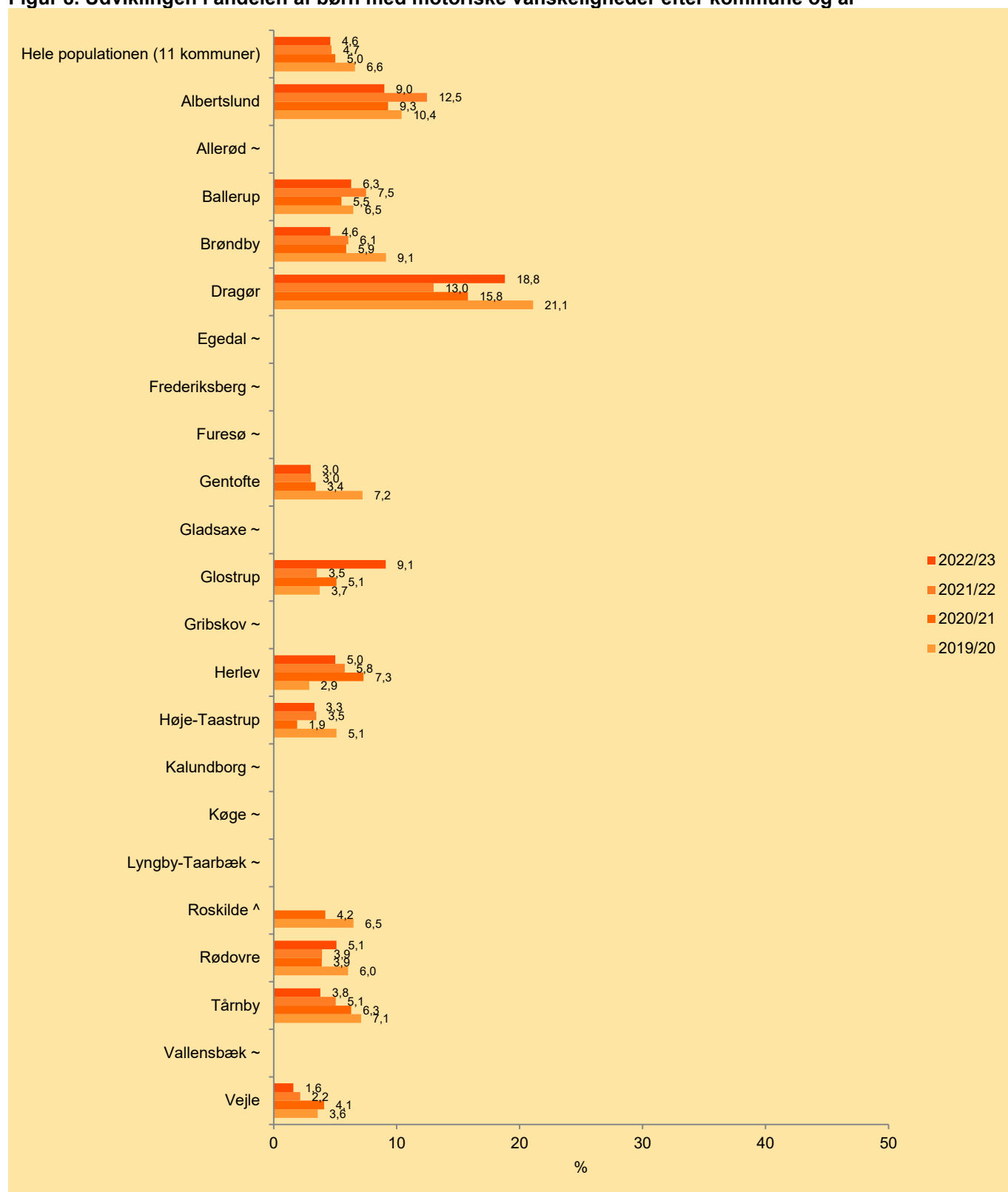
Figur 7. Andelen af børn med motoriske vanskeligheder (mindst tre bemærkninger til motorisk udvikling) efter kommune (N=5.159)



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

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

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



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

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

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

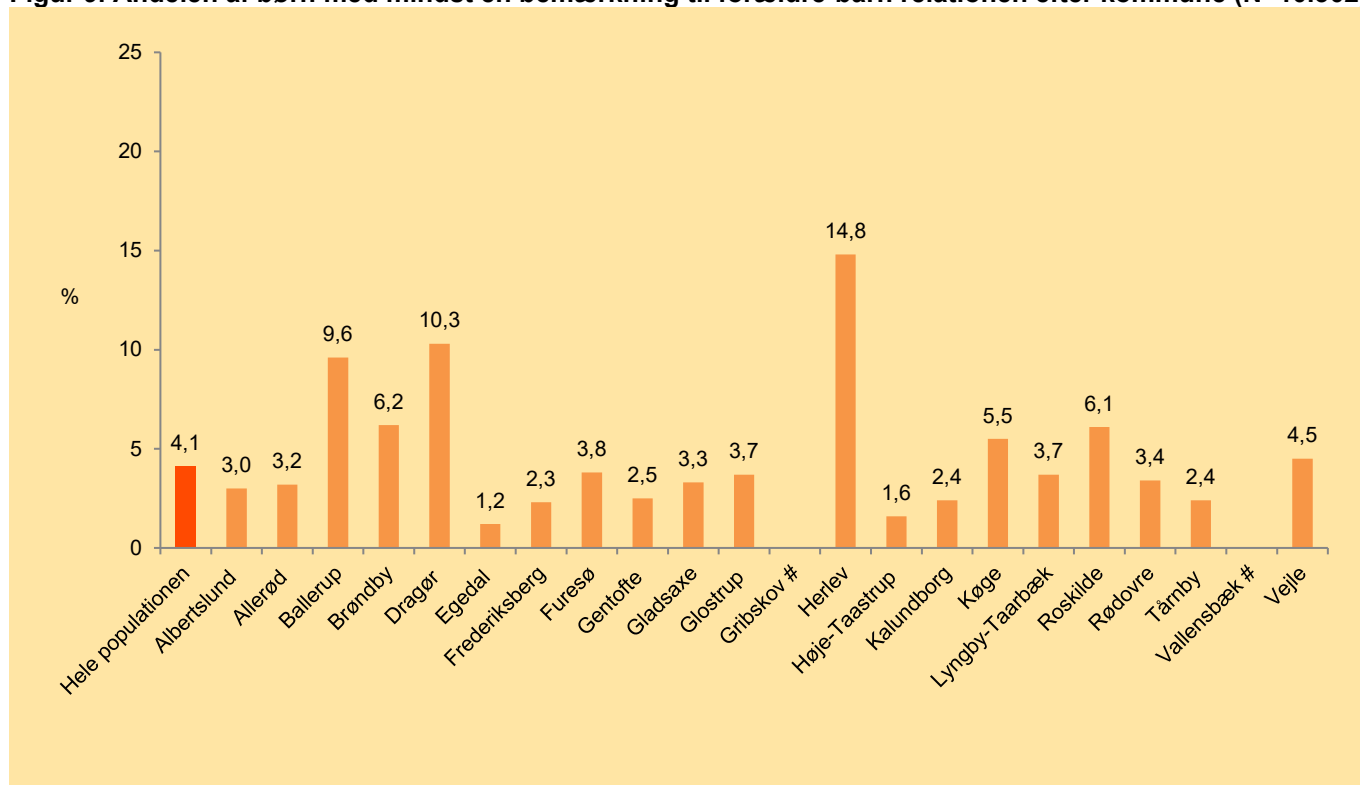
3.5 Forældre-barn relationen

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

Af figur 9 ses, at 4,1 % af børnene, der er indskolingsundersøgt i 2022/23, har mindst én bemærkning til forældre-barn relationen. Forekomsten svinger fra 1,2 % til 14,8 % kommunerne imellem.

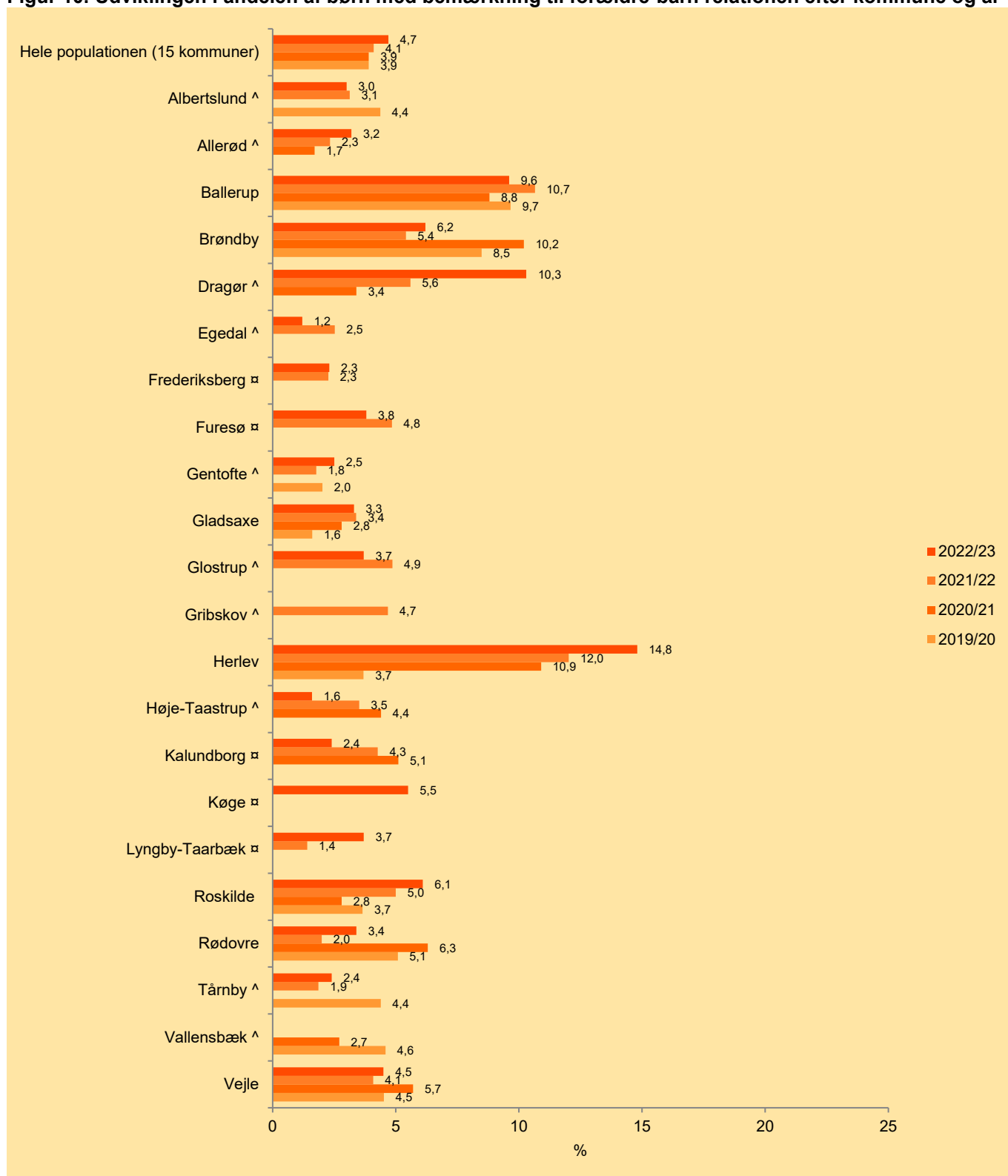
Figur 10 viser udviklingen i andelen af børn med mindst én bemærkning til forældre-barn relationen i de 15 kommuner, der har indgået i Databasen Børns Sundhed i alle fire år, og hver kommune. Af figuren ses, at andelen af børn med bemærkninger har ligget mellem 3,9 % og 4,7 % de seneste fire år.

Figur 9. Andelen af børn med mindst én bemærkning til forældre-barn relationen efter kommune (N=10.302)



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

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



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

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

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

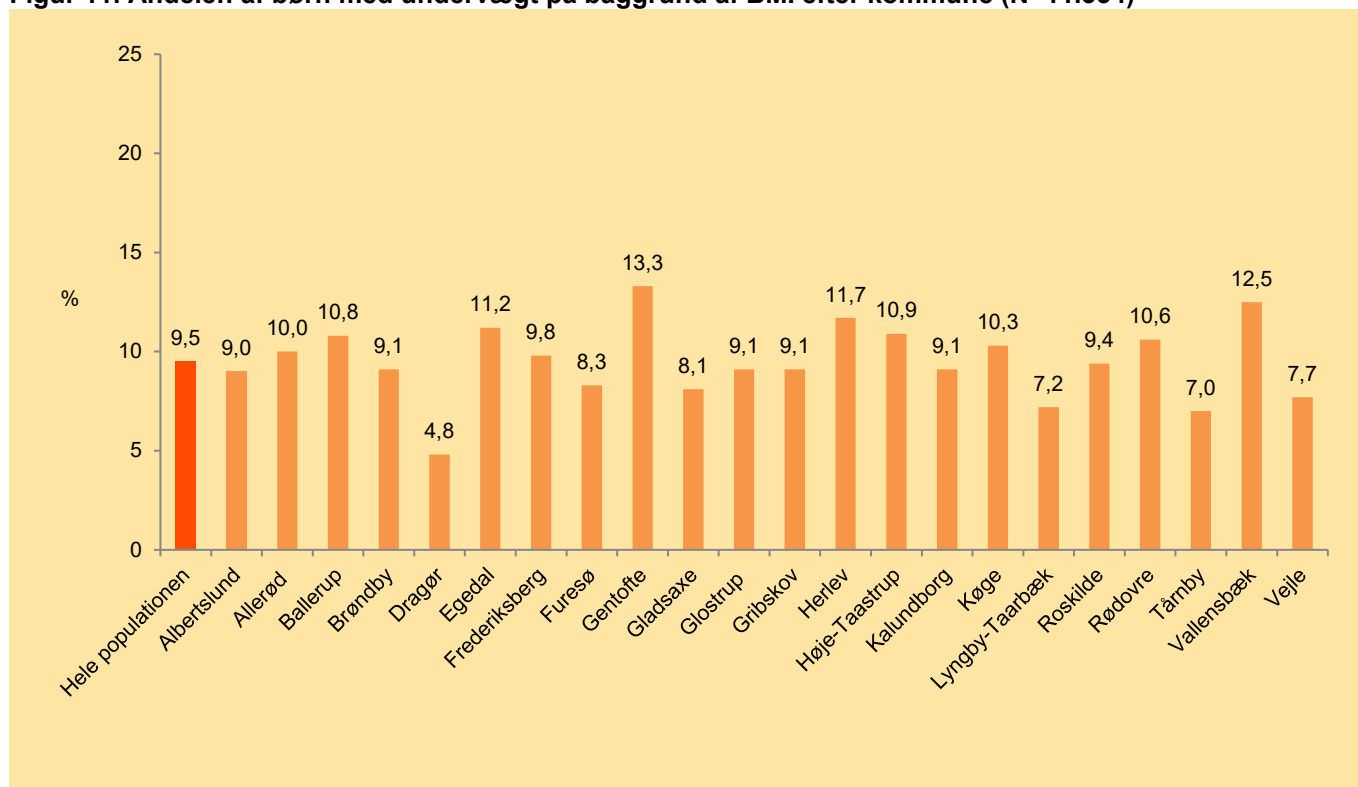
3.6 Vægtstatus

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

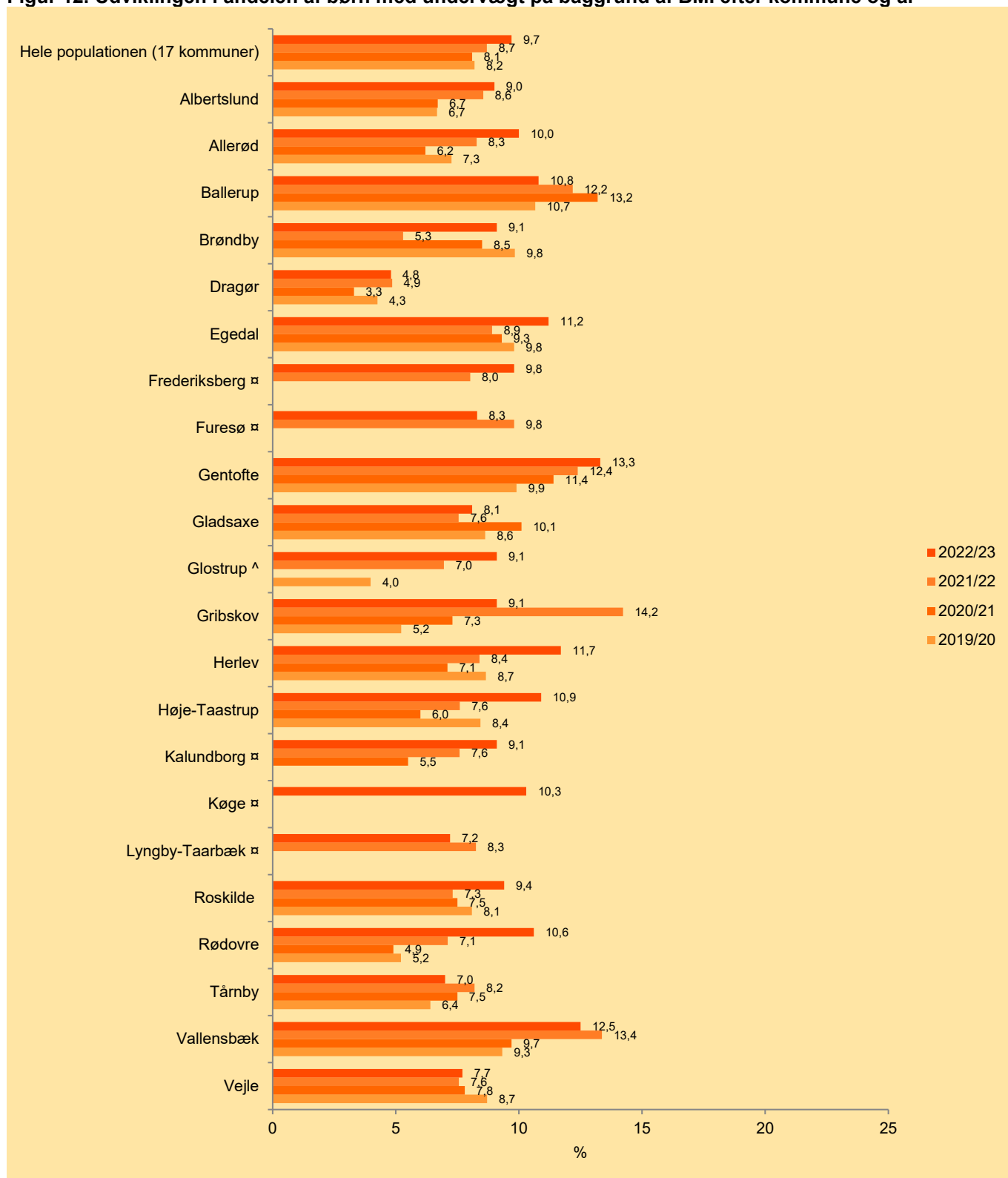
Undervægt

Af figur 11 ses, at 9,5 % af de børn, der er indskolingsundersøgt i 2022/23, har undervægt. Andelen varierer fra 4,8 % til 13,3 % kommunerne imellem. Figur 12 viser, at andelen har svinget mellem 8,1 % og 9,7 % de seneste fire år for de 17 kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 11. Andelen af børn med undervægt på baggrund af BMI efter kommune (N=11.334)



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



Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

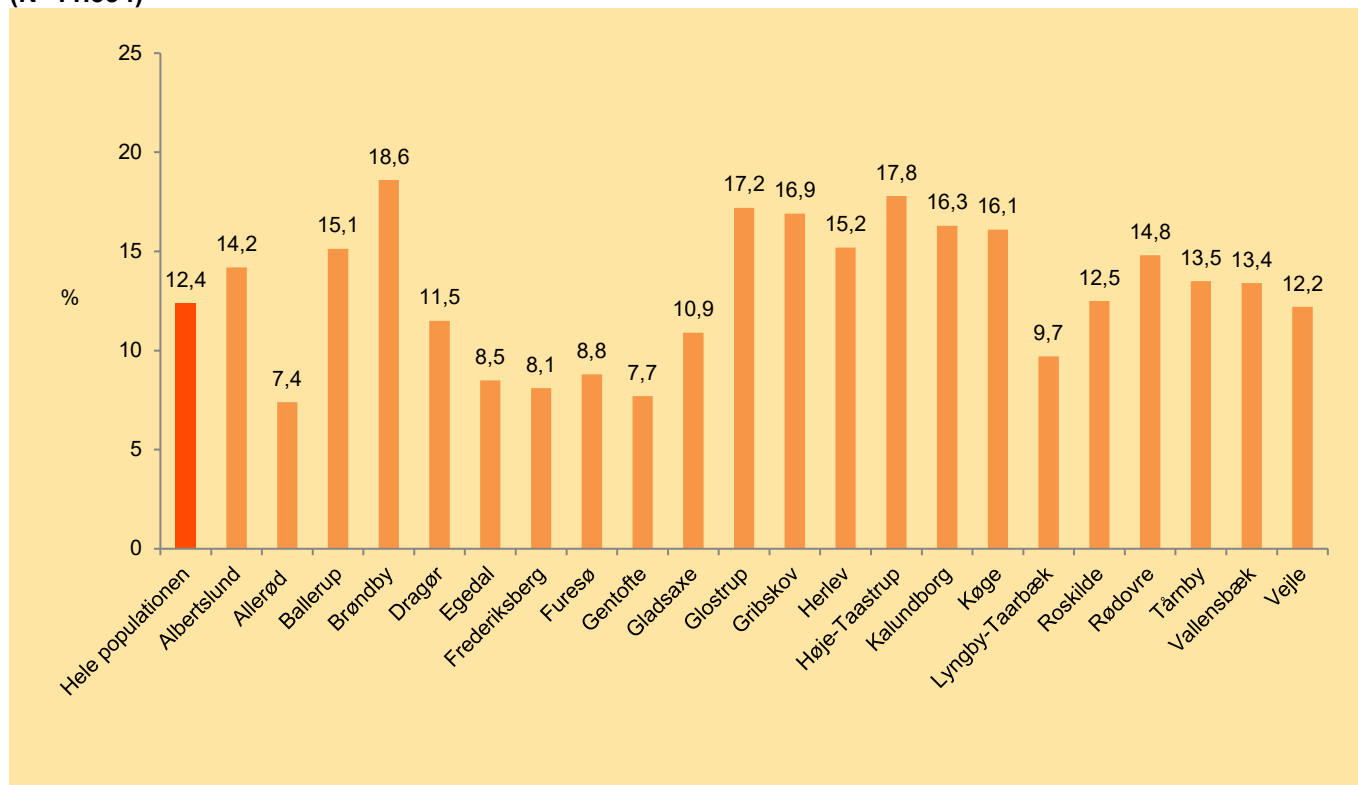
▫ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

Overvægt/svær overvægt

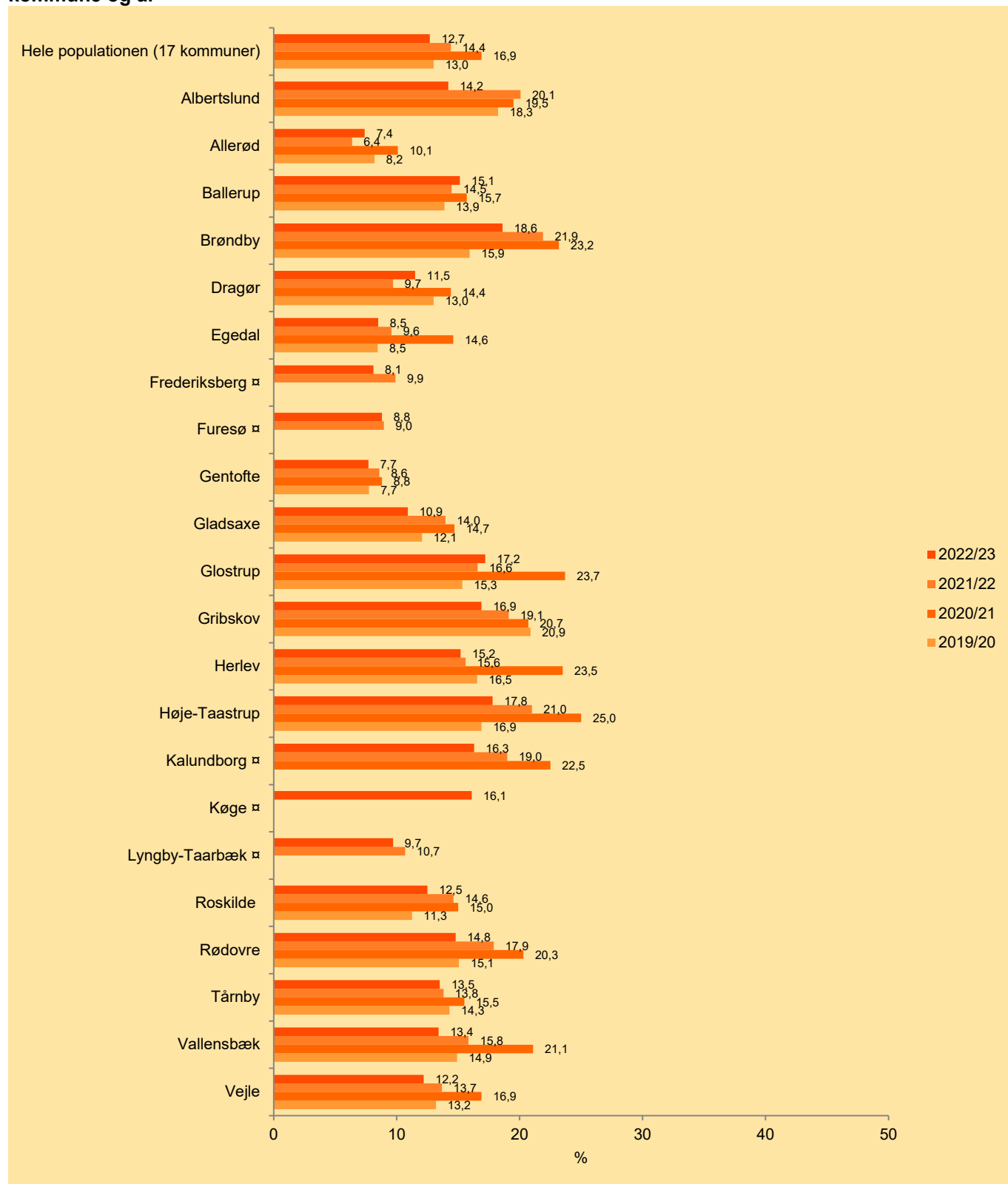
Af figur 13 fremgår det, at 12,4 % af børnene har overvægt ved indskolingsundersøgelsen i 2022/23. I denne andel er børn, der har svær overvægt, indberegnet. Forekomsten af overvægt varierer fra 7,4 % til 18,6 % på tværs af kommunerne.

Andelen har svinget mellem 12,7 % og 16,9 % de seneste fire år for de 17 kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 14). Stigningen i skoleåret 2020/21 kan til dels tænkes at skyldes en øget gennemsnitsalder i nogle kommuner, men kan ikke tilskrives hele udviklingen.

Figur 13. Andelen af børn med overvægt (inklusive svær overvægt) på baggrund af BMI efter kommune (N=11.334)



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



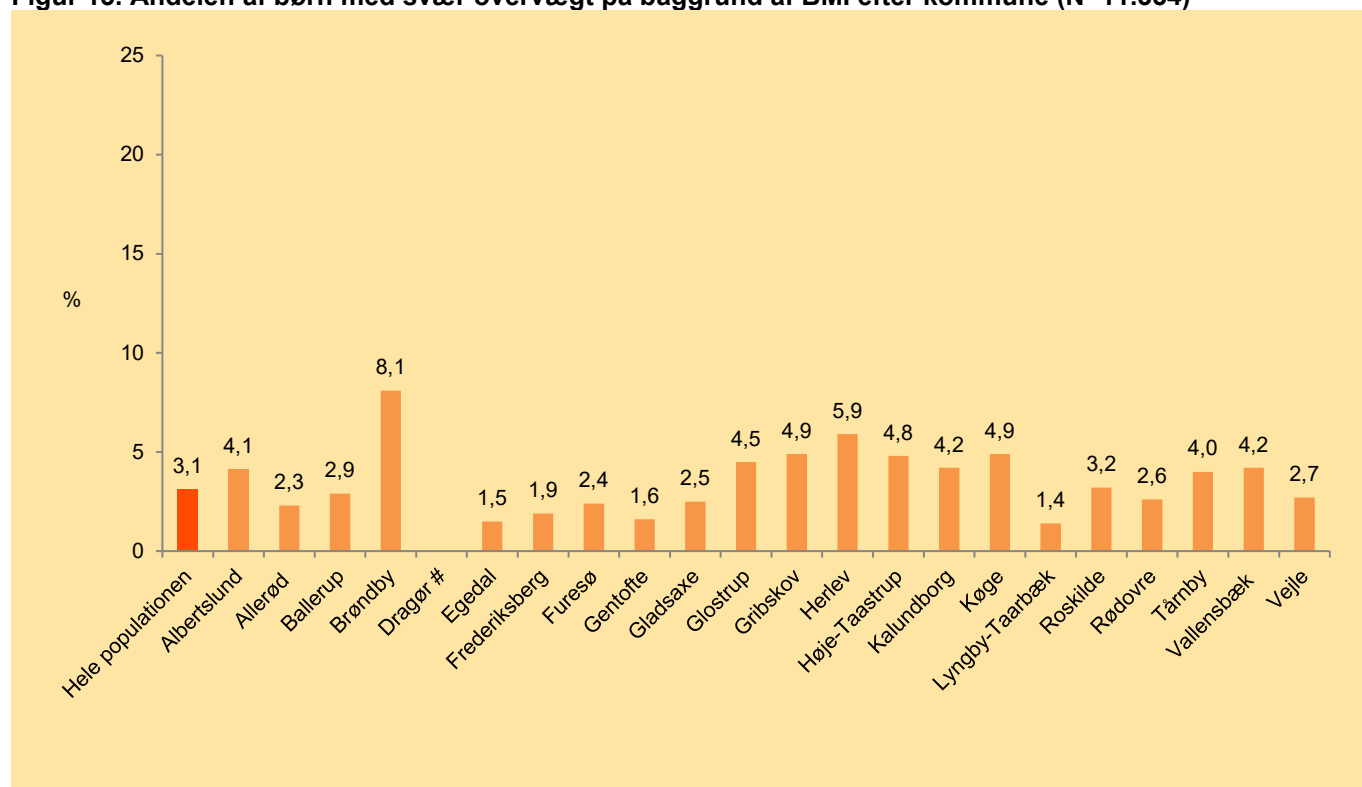
Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

Svær overvægt

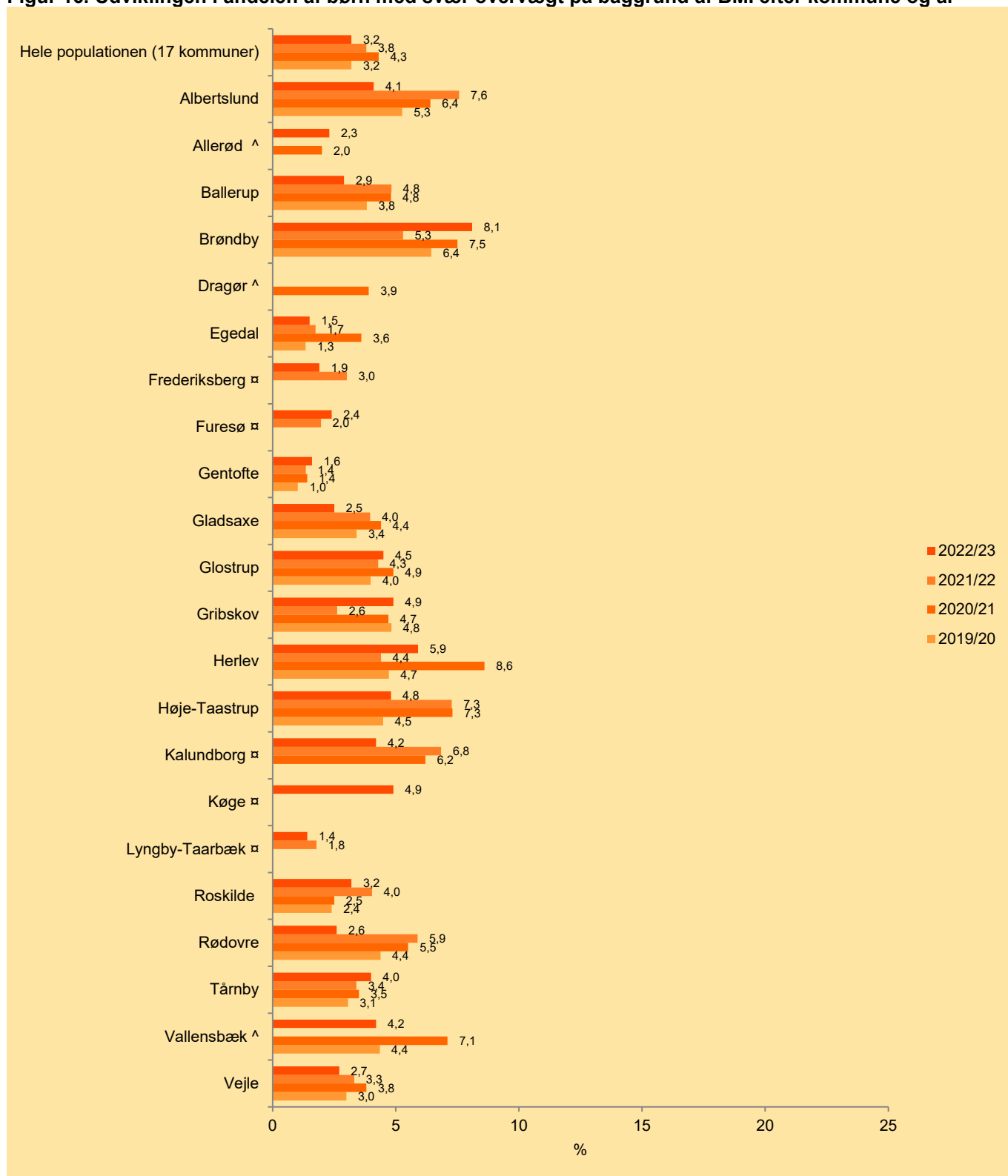
Figur 15 viser, at 3,1 % af børnene har svær overvægt ved indskolingsundersøgelsen. Andelen varierer fra 1,4 % til 8,1 %. Figur 16 viser, at andelen af børn med svær overvægt, har svinget mellem 3,2 % og 4,3 % de seneste fire år for de 17 kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 15. Andelen af børn med svær overvægt på baggrund af BMI efter kommune (N=11.334)



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

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



Hele populationen (17 kommuner) indbefatter de 17 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

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

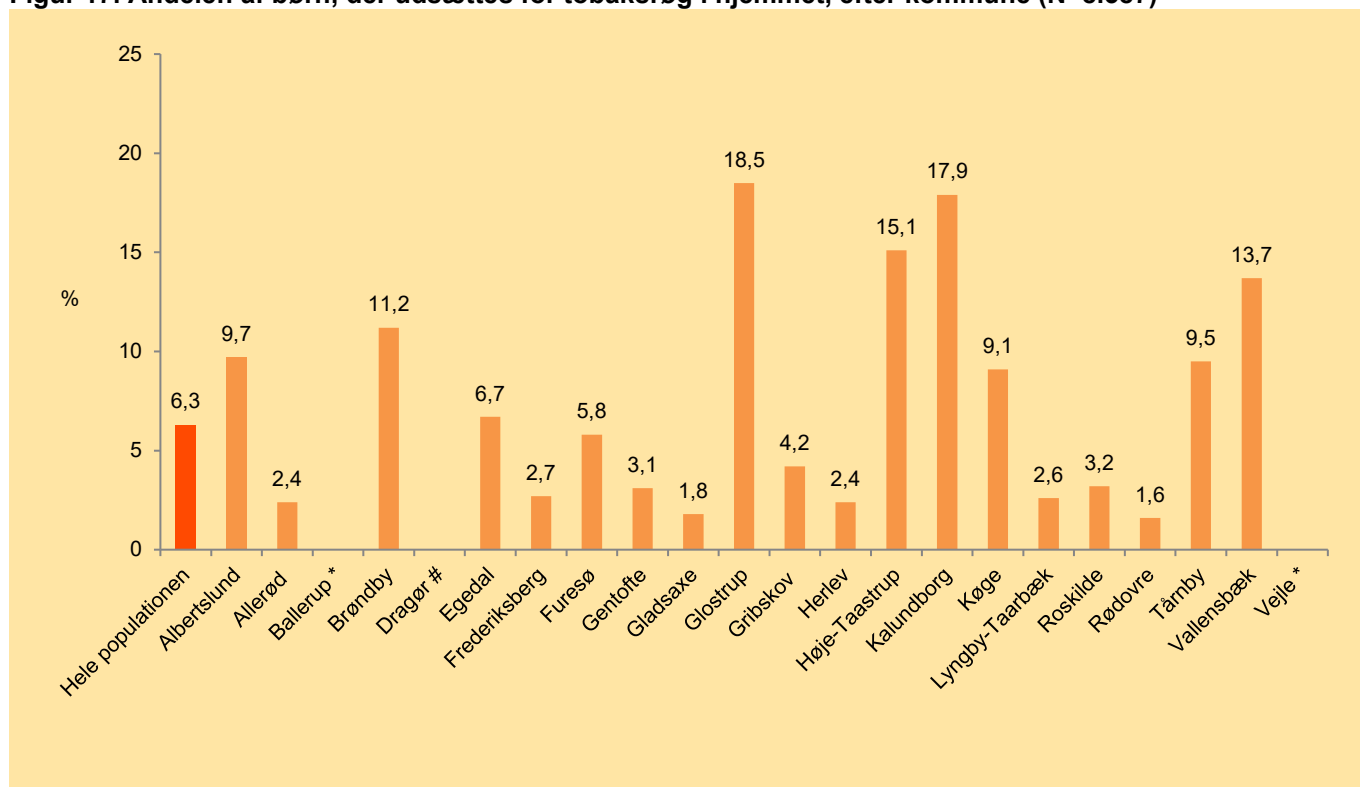
▫ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning af sundhedsprofilen" for yderligere beskrivelse.

3.7 Tobaksrøg i hjemmet

Ved indskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, hvorvidt barnet er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Ved udsættelse for tobaksrøg menes, at mindst én person, som barnet bor sammen med, ryger inde i boligen mindst én gang om ugen. Det gælder også E-cigaretter. Der spørges ikke om udsættelse for tobaksrøg fra andre personer, som barnet ikke bor sammen med (fx bedsteforældre, idet det vil gøre afgrænsningen vanskeligere) (NOVAX, 2017, Databasen Børns Sundhed, 2022). Figur 17 viser andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, opdelt på kommune. I den samlede population er der 6,3 % af børnene, der er udsat for tobaksrøg i hjemmet. Andelen varierer fra 1,6 % til 18,5 % kommunerne imellem.

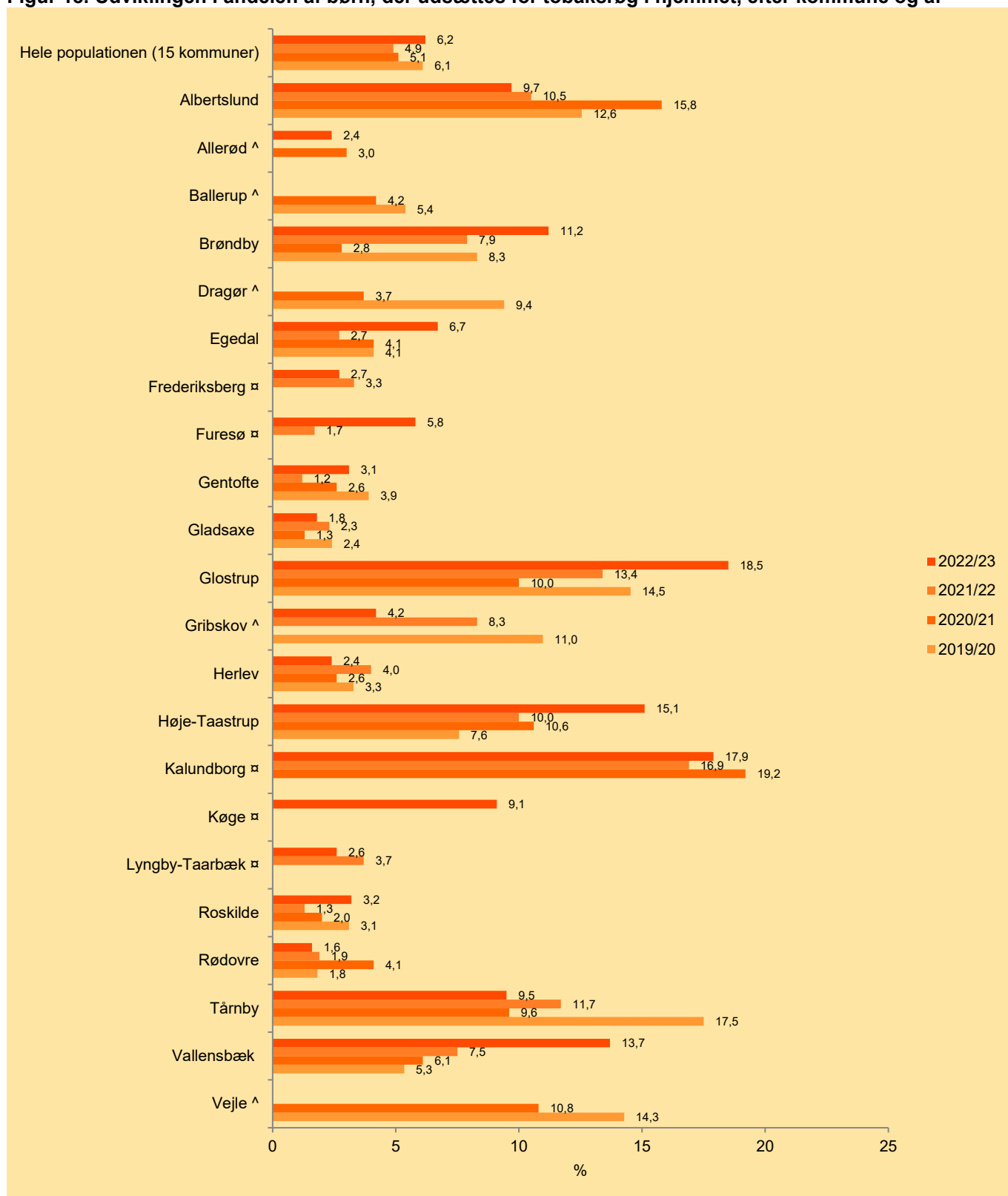
Figur 18 viser udviklingen i andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet for de kommuner, der har oplysninger for alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, har svinget mellem 4,9 % og 6,2 % de seneste fire år.

Figur 17. Andelen af børn, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet, efter kommune (N=8.387)



Vises ikke, da antallet af observationer i kommunen er for få.
* Vises ikke, da andelen af manglende registreringer over 40 %.

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



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

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

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

4 Unge udskolingsundersøgt 2022/23

Denne del af rapporten præsenterer udvalgte variable for unge, der er blevet udskolingsundersøgt i de 20 kommuner, der har indsendt udskolingsdata til samarbejdet Databasen Børns Sundhed for skoleåret 2022/23.

4.1 Aldersfordeling

13 af de 20 kommuner gennemfører primært udskolingsundersøgelsen i 8. klasse, og syv kommuner gennemfører primært udskolingsundersøgelsen i 9. klasse (se tabel 4). Af tabellen ses ligeledes, at gennemsnitsalderen ved udskolingsundersøgelsen er 14,8 år i hele populationen. Gennemsnitsalderen i kommunerne svinger mellem 14,4 år og 15,5 år. Denne store variation skyldes, at der indgår unge fra specialklasser, samt at udskolingsundersøgelsen kan foretages i 8. eller 9. klasse.

Tabel 4. Gennemsnitsalderen ved udskolingsundersøgelsen efter kommune

	Kommune	Gennemsnitsalder (år)
Udskolingsundersøgt i 8. klasse		
	Albertslund	14,7
	Allerød	14,8
	Brøndby	14,5
	Dragør	14,9
	Egedal	14,8
	Gentofte	14,7
	Gladsaxe	14,4
	Gribskov	14,6
	Herlev	14,4
	Køge	14,6
	Roskilde	14,7
	Tårnby	14,8
	Vejle	14,6
	Hele populationen i 8. klasse	14,6
Udskolingsundersøgt i 9. klasse		
	Ballerup	15,3
	Furesø	15,2
	Glostrup	15,4
	Høje-Taastrup	15,4
	Lyngby-Taarbæk	15,5
	Rødovre	15,3
	Vallensbæk	15,3
	Hele populationen i 9. klasse	15,4
	Hele populationen	14,8

4.2 Trivsel

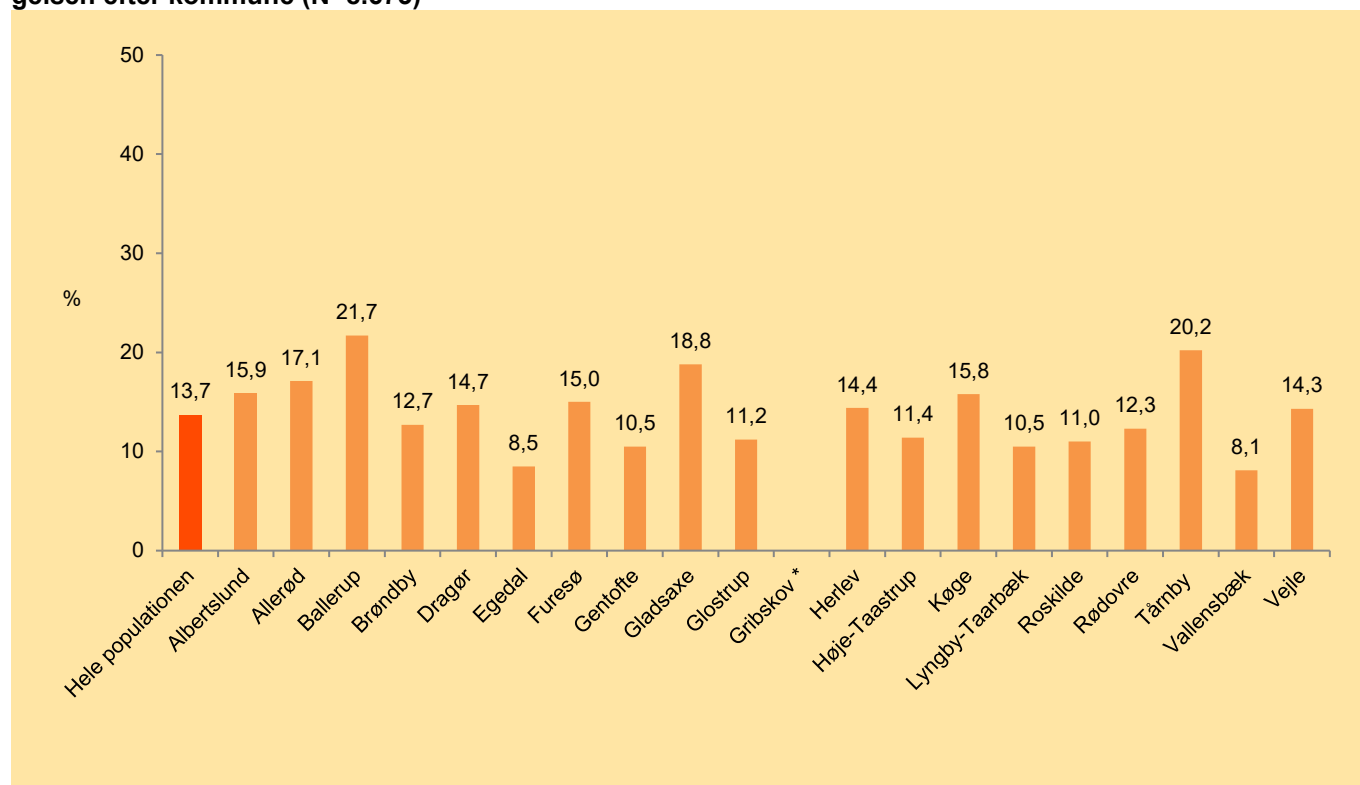
Ved udskolingsundersøgelsen registrerer sundhedsplejersken, om der er bemærkninger til den unges trivsel. Det kan både være bemærkninger til trivslen i hjemmet, i skolen og/eller i forholdet til jævnaldrende, såsom at den unge ikke er glad for at gå i skole, ikke har det godt i sin familie, ikke har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

Generel trivsel

Figur 19 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel. Mindst én bemærkning til den unges generelle trivsel er defineret ved, at den unge får en bemærkning til trivsel i skolen, i hjemmet, i forholdet til jævnaldrende, udsat for/udøver fysiske/psykiske trusler eller vold og/eller andet. Figur 19 viser, at 13,7 % af de unge har mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen. Der er variation mellem kommunerne, og forekomsten varierer fra 8,1 % til 21,7 %.

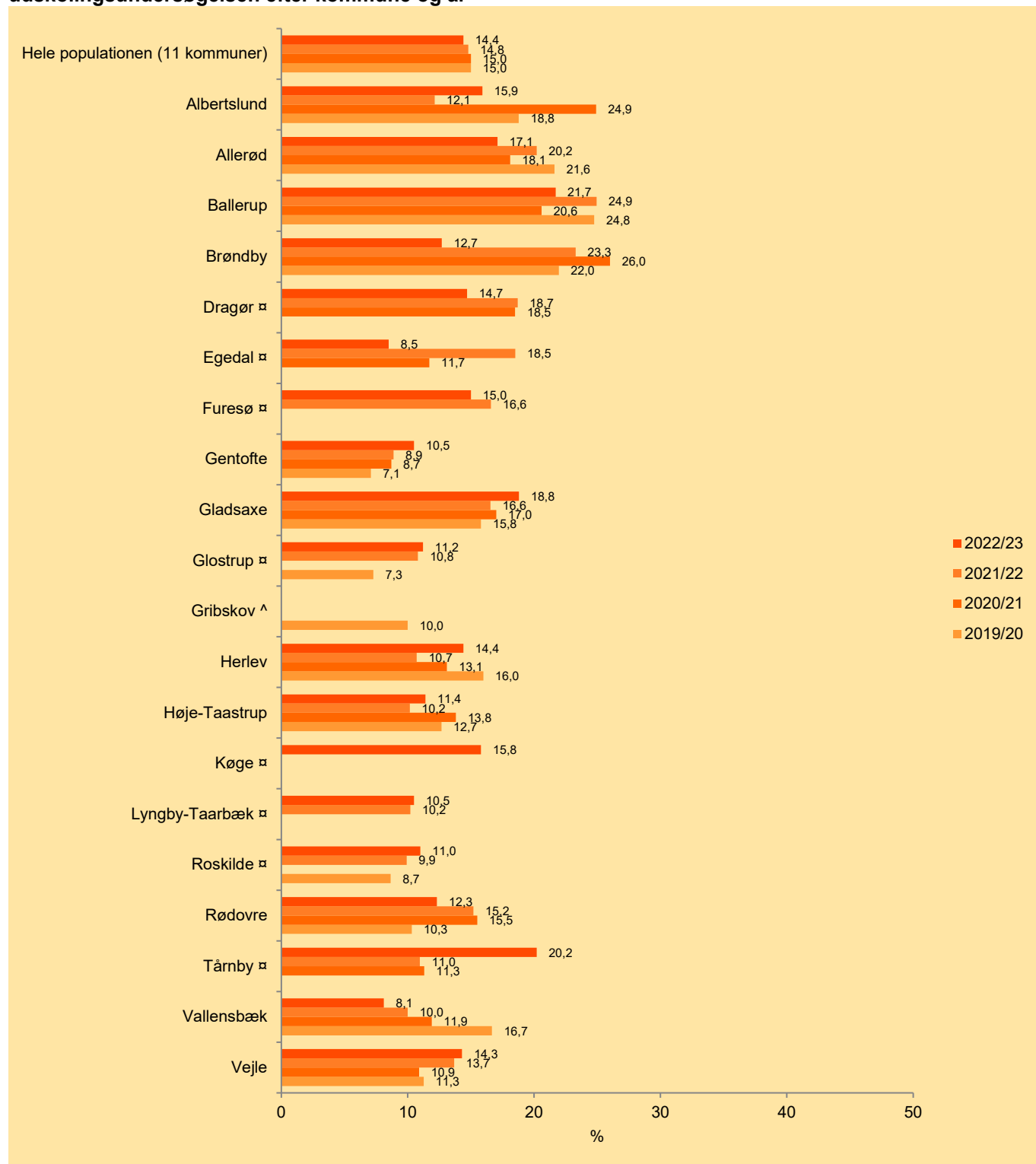
Figur 20 viser udviklingen fra 2019/20 til 2022/23 i andelen af unge mindst én bemærkning til deres generelle trivsel for de kommuner, der har oplysninger om generel trivsel for alle fire år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med bemærkninger til generel trivsel samlet set har svinget mellem 14,4 % og 15,0 %.

Figur 19. Andelen af unge med mindst én bemærkning til deres generelle trivsel ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.673)



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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

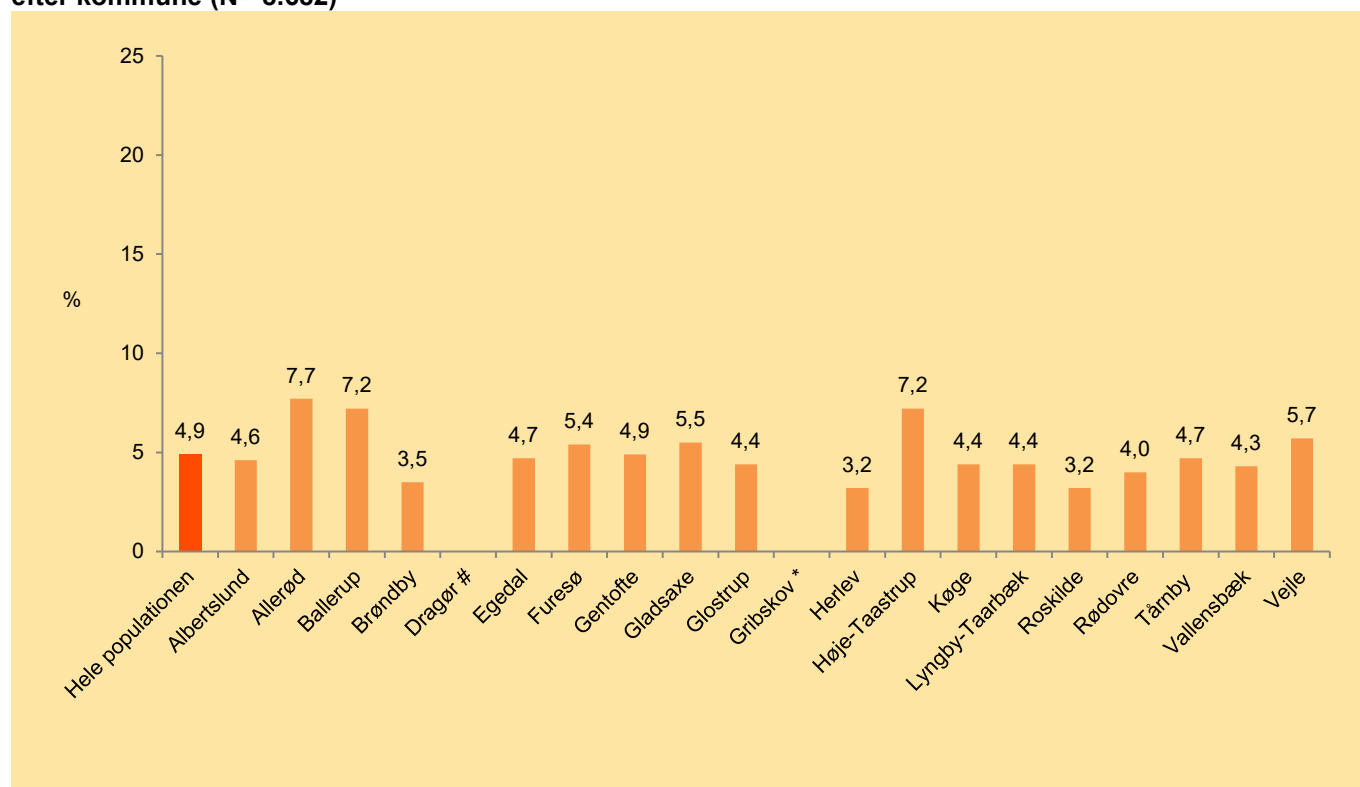
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

Trivsel i hjemmet

Figur 21 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet. Figuren viser, at 4,9 % af de unge har en bemærkning til deres trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen. Der er variation mellem kommunerne, og andelen varierer fra 3,2 % til 7,7 %.

Figur 22 viser udviklingen i andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet i den samlede population har ligget mellem 4,9 % og 5,5 %.

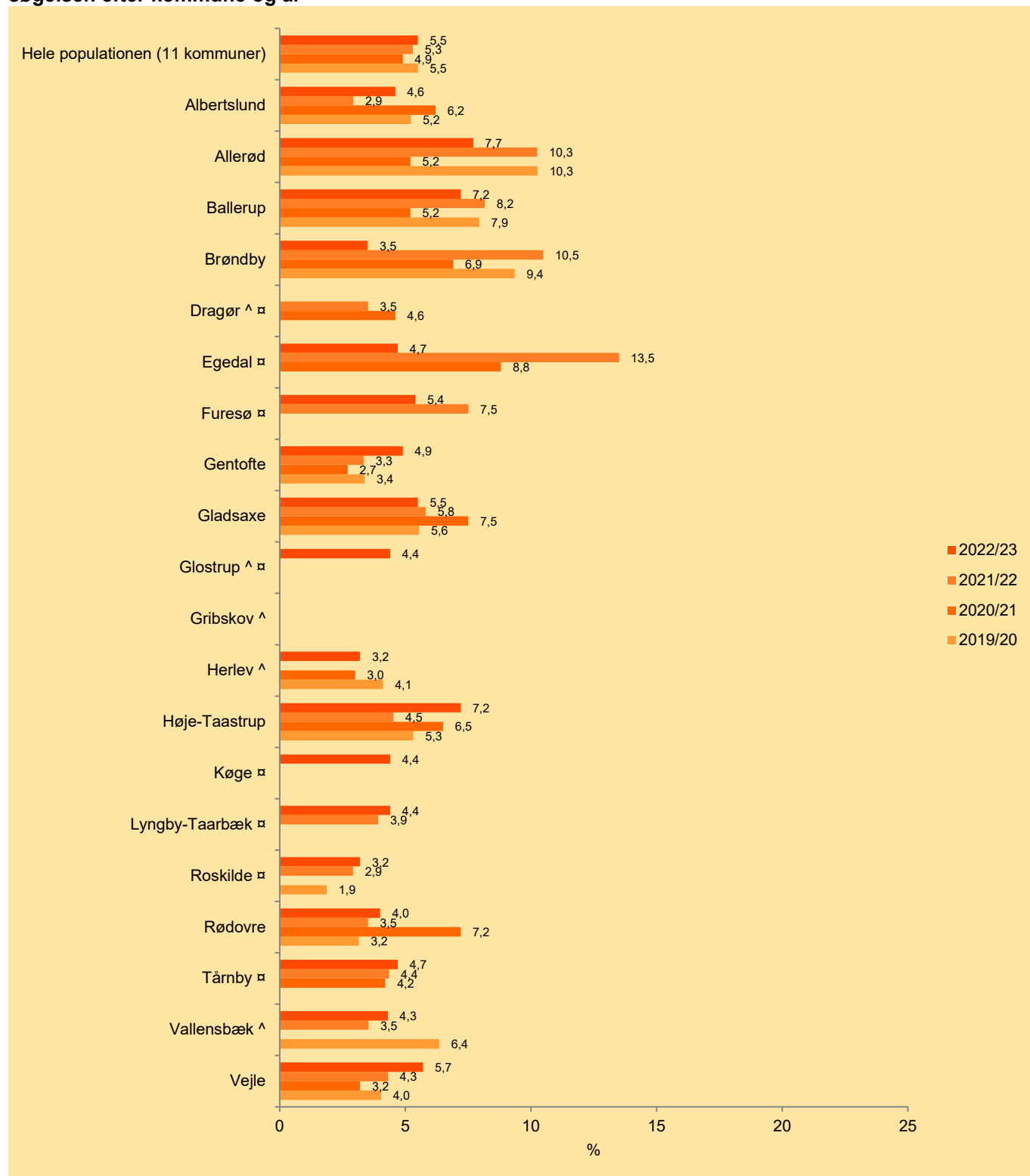
Figur 21. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i hjemmet ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N= 8.682)



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

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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

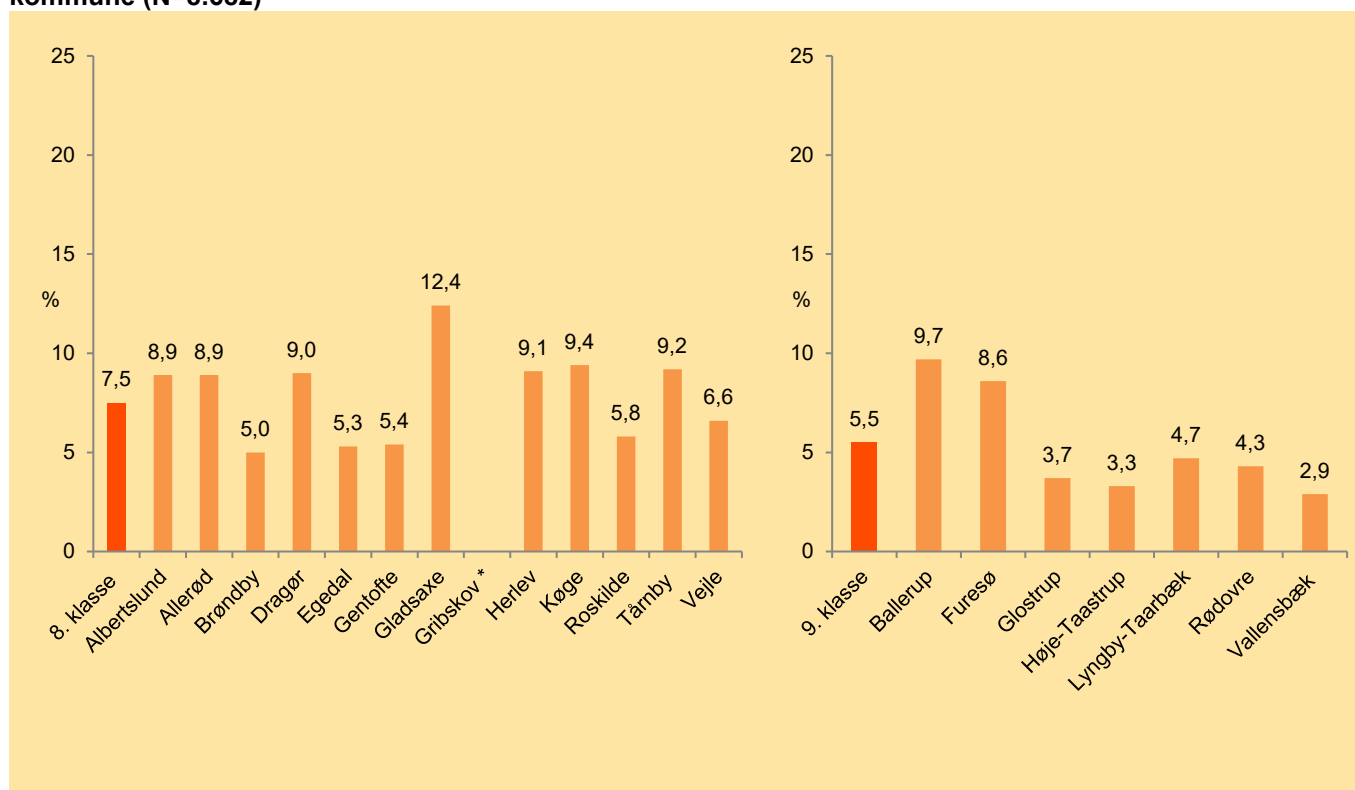
□ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

Trivsel i skolen

Figur 23 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i skolen. Figuren viser, at 7,5 % af de unge i 8. klasse og 5,5 % af de unge i 9. klasse får en bemærkning til deres trivsel i skolen ved udskolingsundersøgelsen. Der er stor variation mellem kommunerne, og forekomsten varierer fra 2,9 % til 12,4 %.

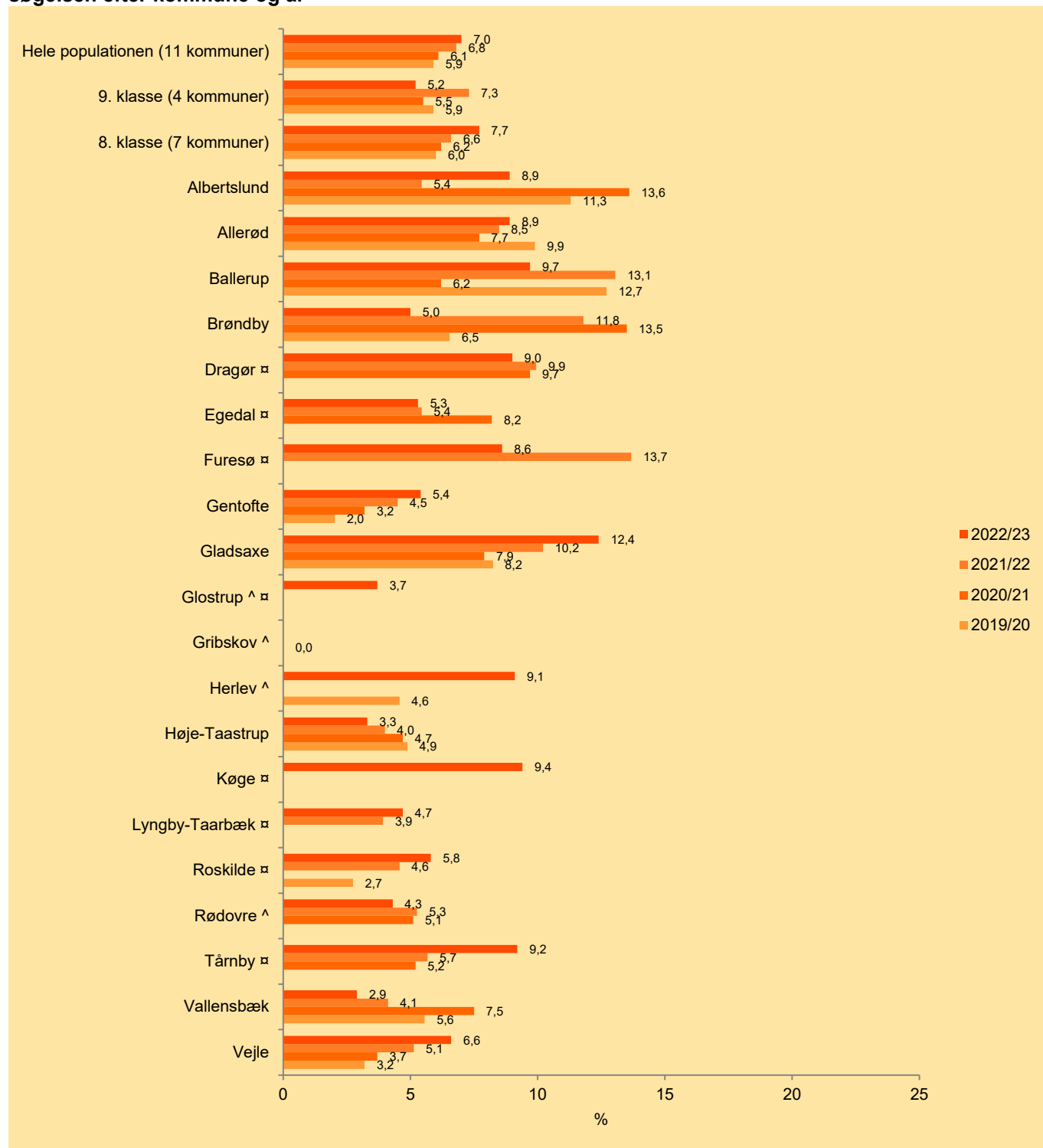
Figur 24 viser udviklingen i andelen af unge med en bemærkning til deres skoletrivsel de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med en bemærkning til skoletrivsel i den samlede population har ligget mellem 5,9 % og 7,0 %.

Figur 23. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i skolen ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.682)



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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle. Heraf indgår Ballerup, Høje-Taastrup, Rødovre og Vallensbæk i den samlede population for 9. klasse og Albertslund, Allerød, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev og Vejle indgår i den samlede population for 8. klasse.

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

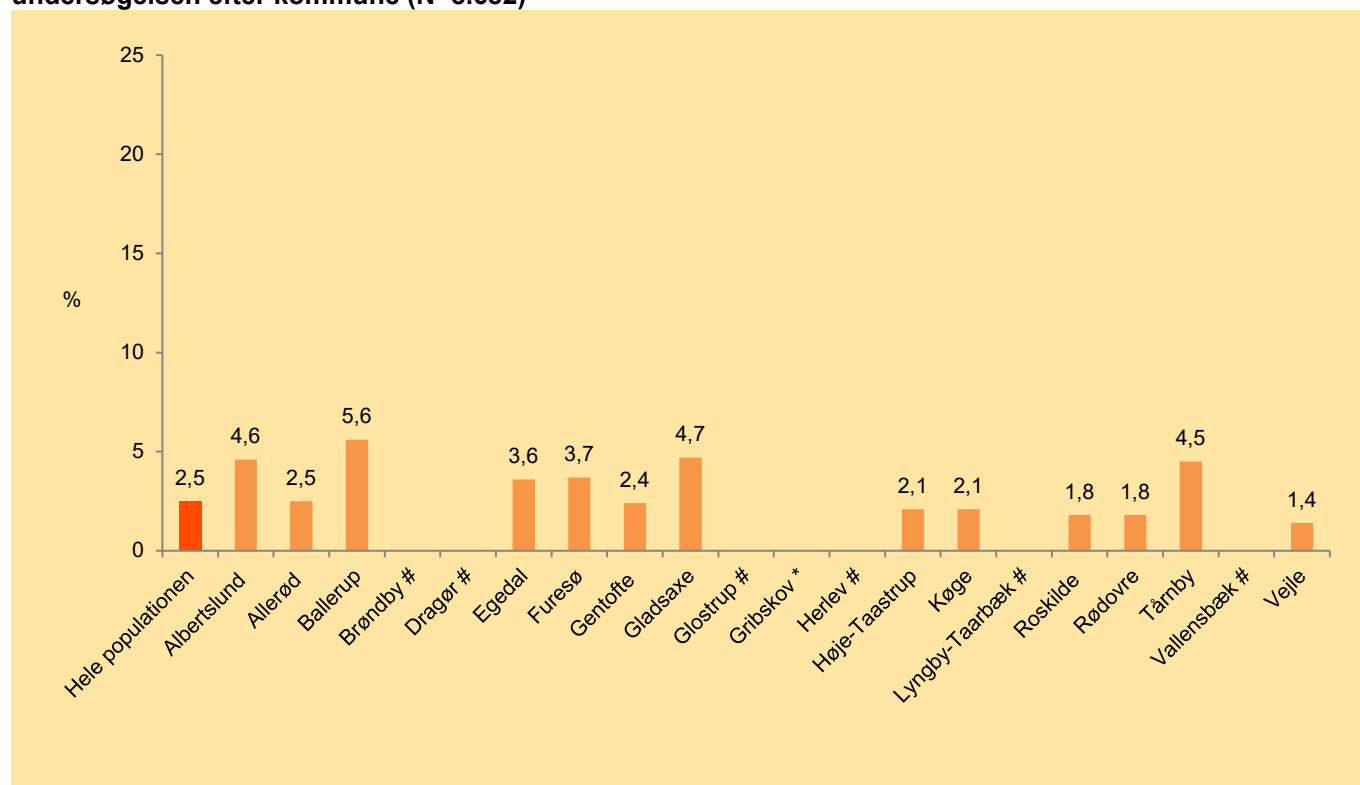
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

Trivsel i forholdet til jævnaldrende

Figur 25 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende. Figuren viser, at 2,5 % af de unge har en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen. Der er variation mellem kommunerne, og andelen varierer fra 1,4 % til 5,6 %.

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

Figur 25. Andelen af unge med en bemærkning til deres trivsel i forholdet til jævnaldrende ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.682)



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

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

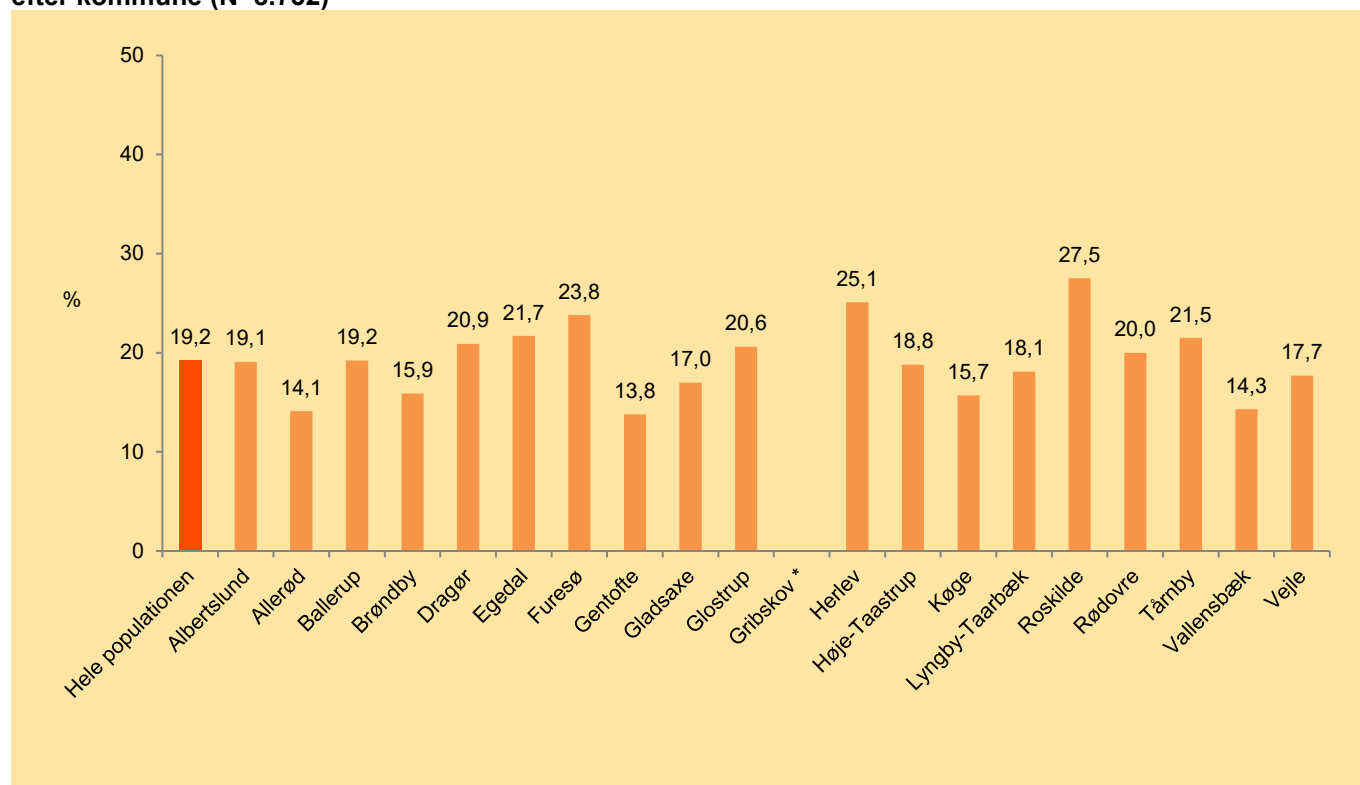
4.3 Mental sundhed

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

Figur 26 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med mindst én bemærkning til mental sundhed. Figuren viser, at 19,2 % af de unge har en bemærkning til deres mentale sundhed. Andelen varierer fra 13,8 % til 27,5 % kommunerne imellem.

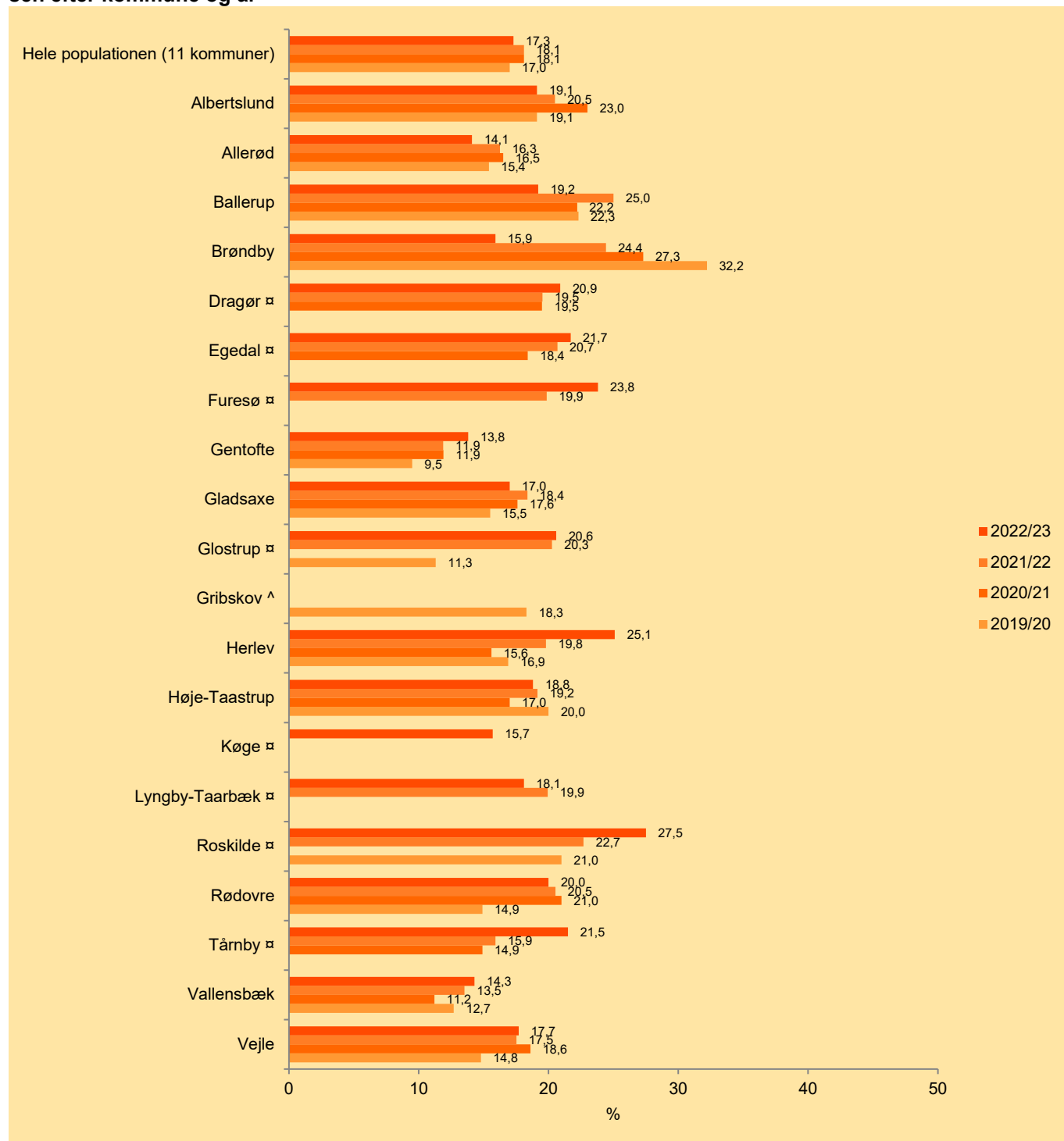
Figur 27 viser udviklingen i andelen af unge med mindst én bemærkning til deres mentale sundhed de seneste fire år for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Af figuren ses, at andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed i den samlede population har ligget mellem 17,0 % og 18,1 %.

Figur 26. Andelen af unge med mindst én bemærkning til mental sundhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.732)



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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

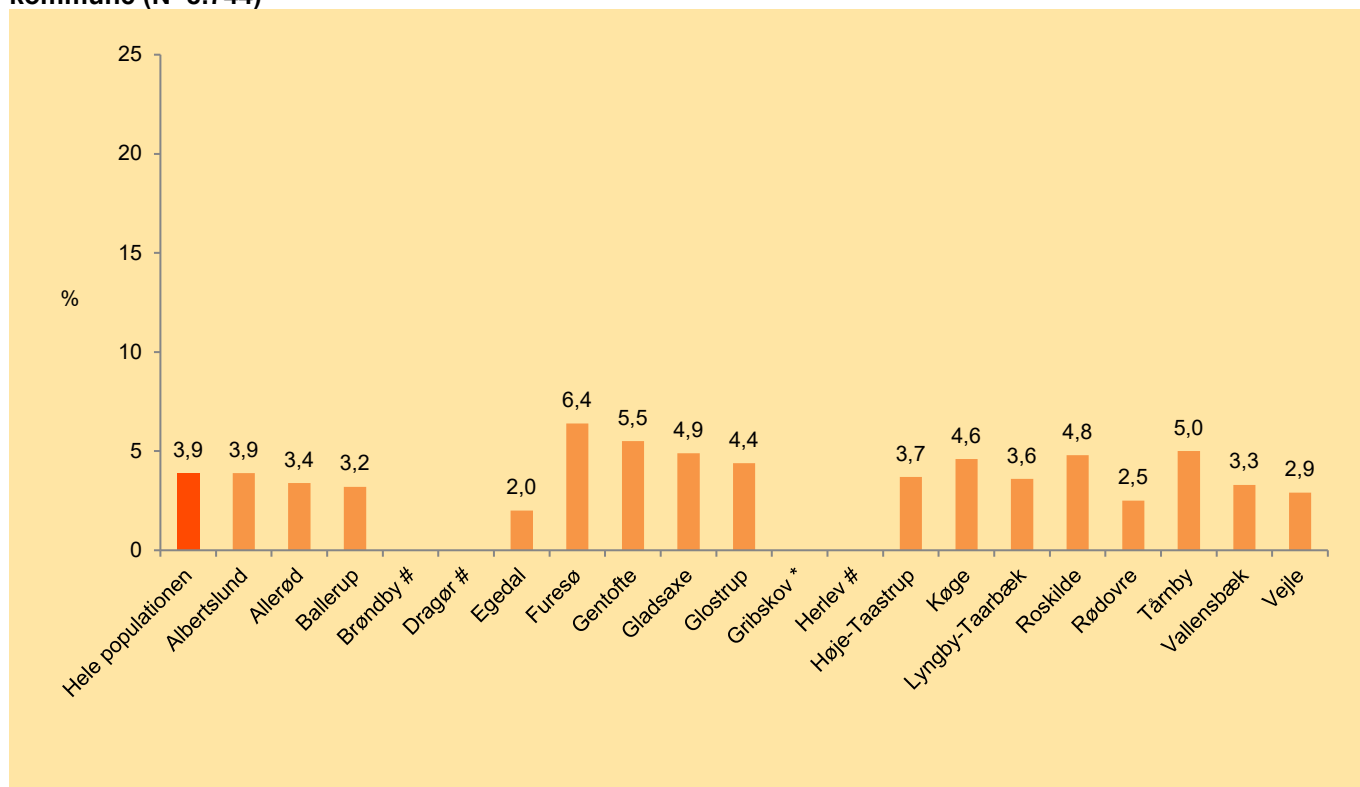
^ Oplysninger fra en kommune vises ikke, hvis kommunen har >40 % missing eller ≤5 observationer det pågældende år. Kommuner med ≤5 observationer inkluderes i det samlede gennemsnit for hele populationen.

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

Psykisk sårbarhed

Som en del af den ovenstående variabel mental sundhed indgår psykisk sårbarhed. Figur 28 viser andelen af unge med en bemærkning til psykisk sårbarhed opdelt på kommune. Figuren viser, at 3,9 % af de unge har en bemærkning til psykisk sårbarhed. Andelen varierer fra 2,0 % til 6,4 % kommunerne imellem. Andelen har svinget mellem 3,6 % og 4,1 % de seneste fire år for de 11 kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 29).

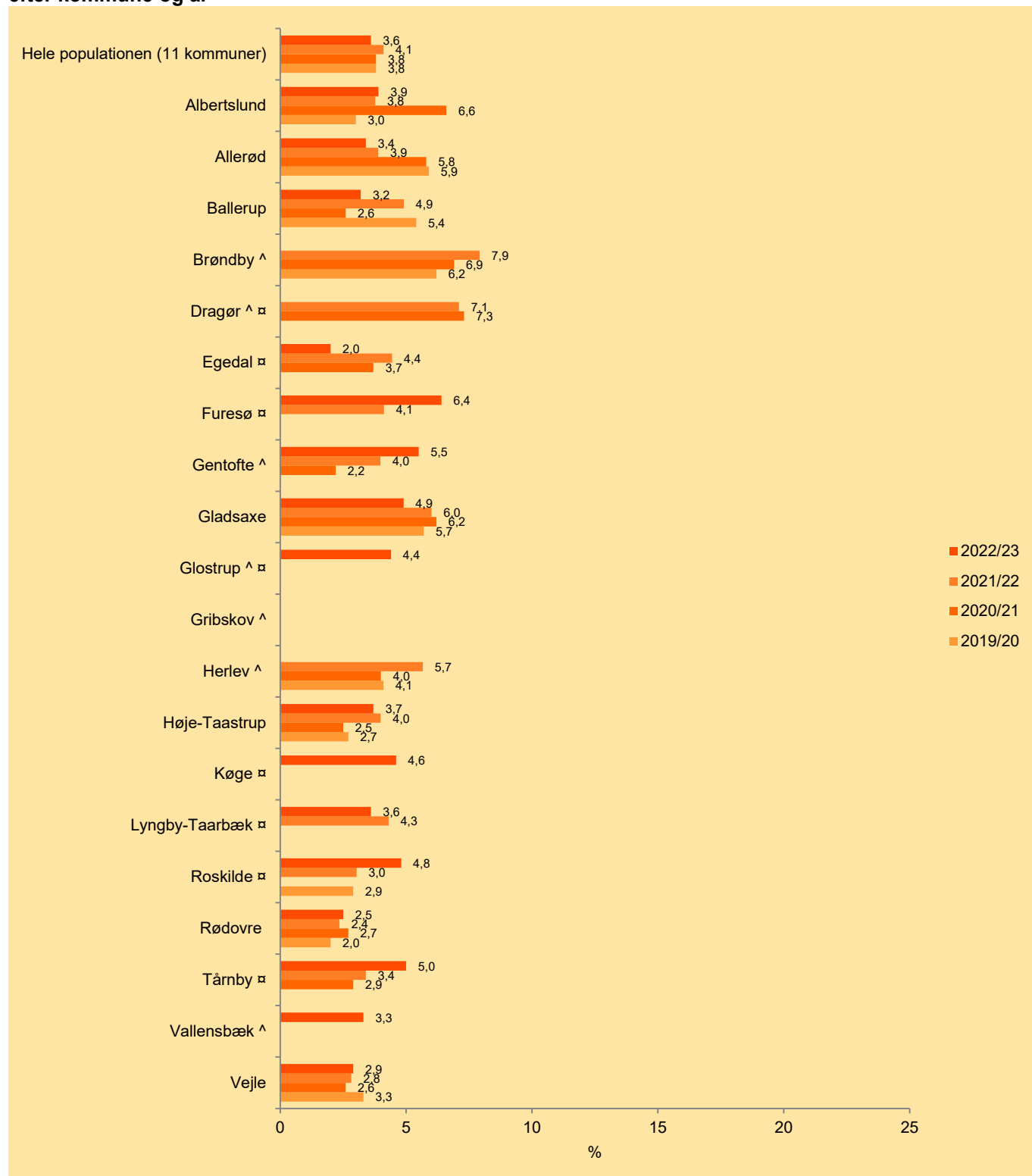
Figur 28. Andelen af unge med bemærkning til psykisk sårbarhed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.744)



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

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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

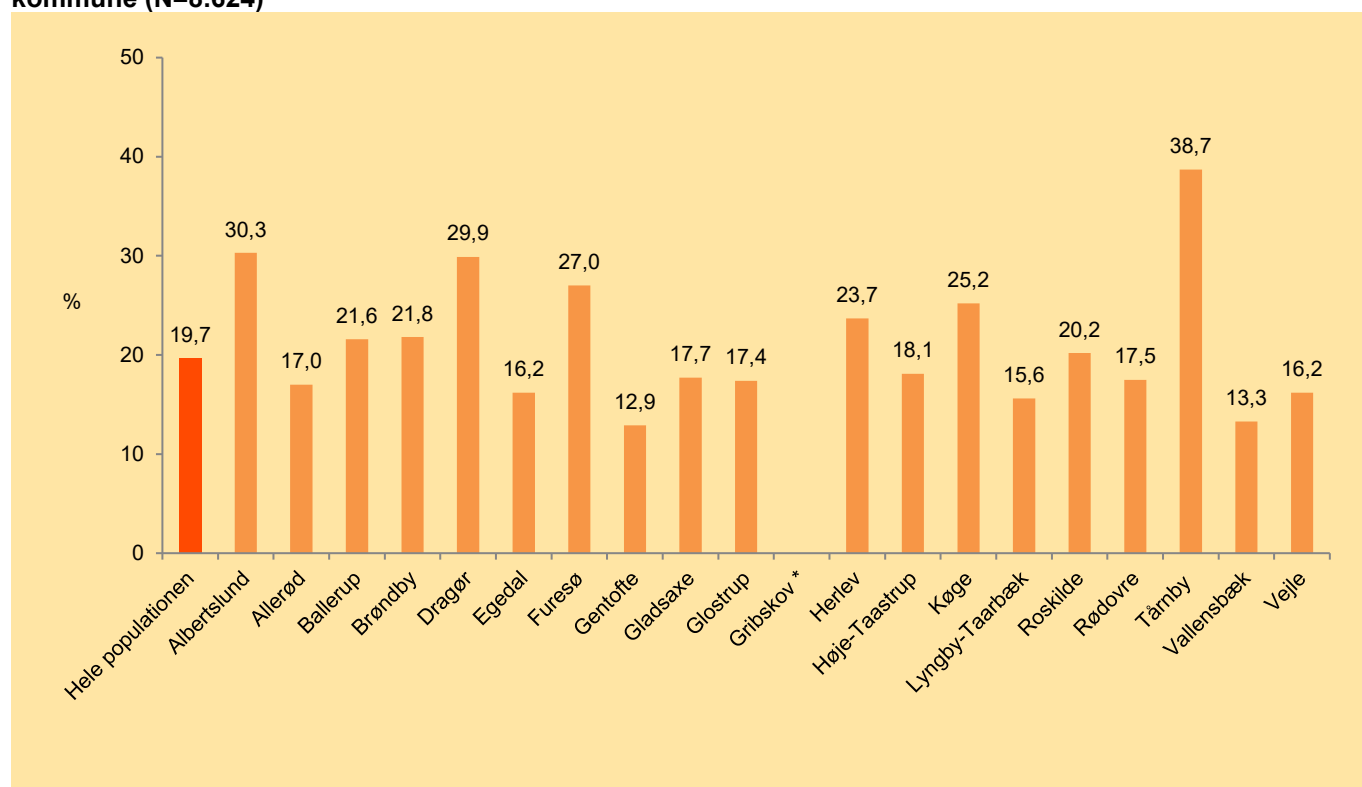
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

4.4 Søvn/træthed

Hvis sundhedsplejersken har en bekymring for den unges søvnvaner, noteres en bemærkning til søvn/træthed i journalen. Det kan for eksempel handle om, at den unge ikke møder udhvilet op om morgenen til undervisningen, eller at hverdagen er påvirket af træthed. Af figur 30 fremgår det, at der for 19,7 % af de unge er noteret mindst én bemærkning vedrørende søvn/træthed. Der ses en stor variation kommunerne imellem, hvor forekomsten varierer fra 12,9 % til 38,7 %.

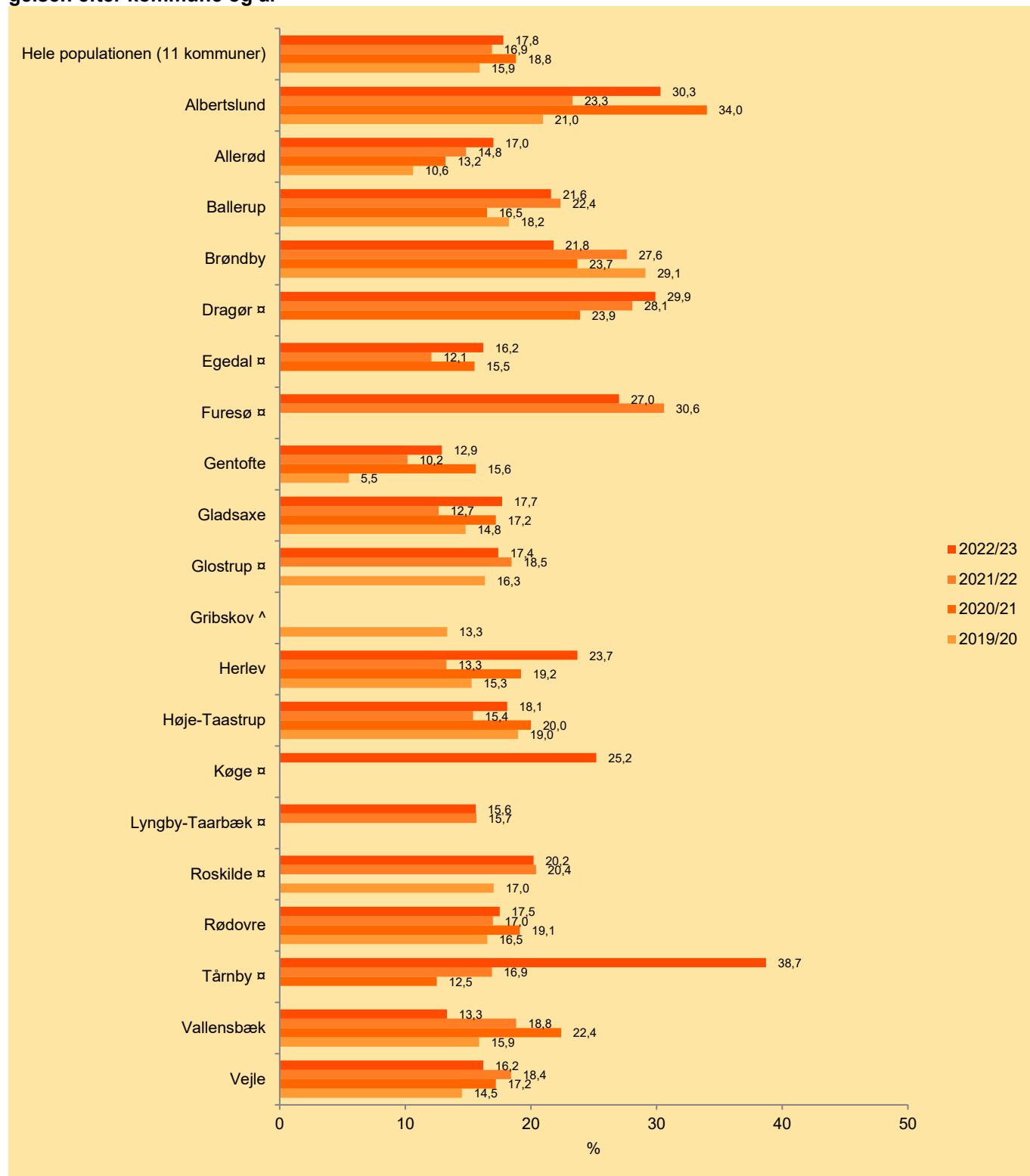
Derudover viser figur 31 udviklingen i andelen af unge med mindst en bemærkning til søvn/træthed for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med mindst én bemærkning til søvn/træthed har svinget mellem 15,9 % og 18,8 % de seneste fire år.

Figur 30. Andelen af unge med mindst én bemærkning til søvn/træthed ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.624)



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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

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

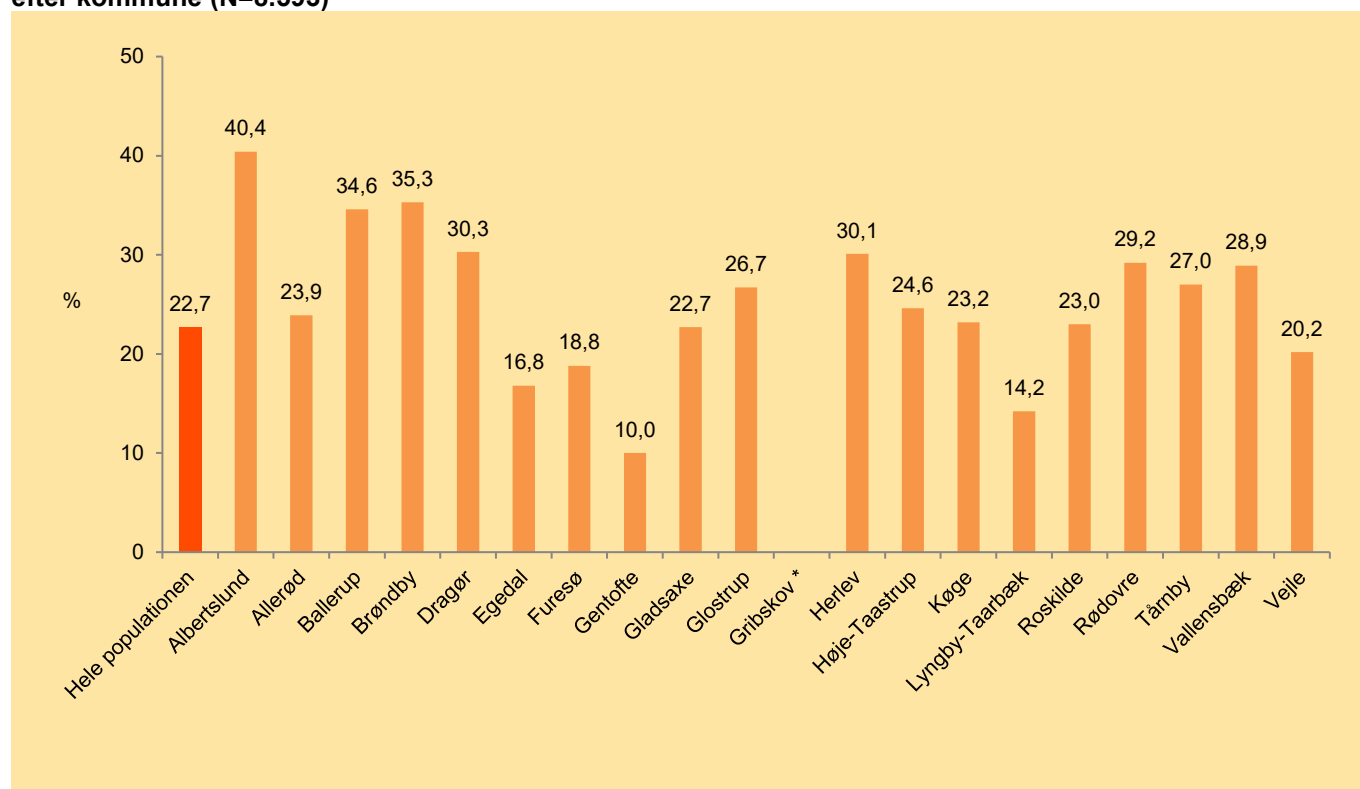
4.5 Spisning, kost og/eller motion

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

Figuren viser, at 22,7 % af de unge får mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion. Forekomsten varierer fra 10,0 % til 40,4 % kommunerne imellem. De hyppigste bemærkninger til spisning, kost og/eller motion omhandler, at den unge springer måltider over, inaktivitet og usunde kostvaner.

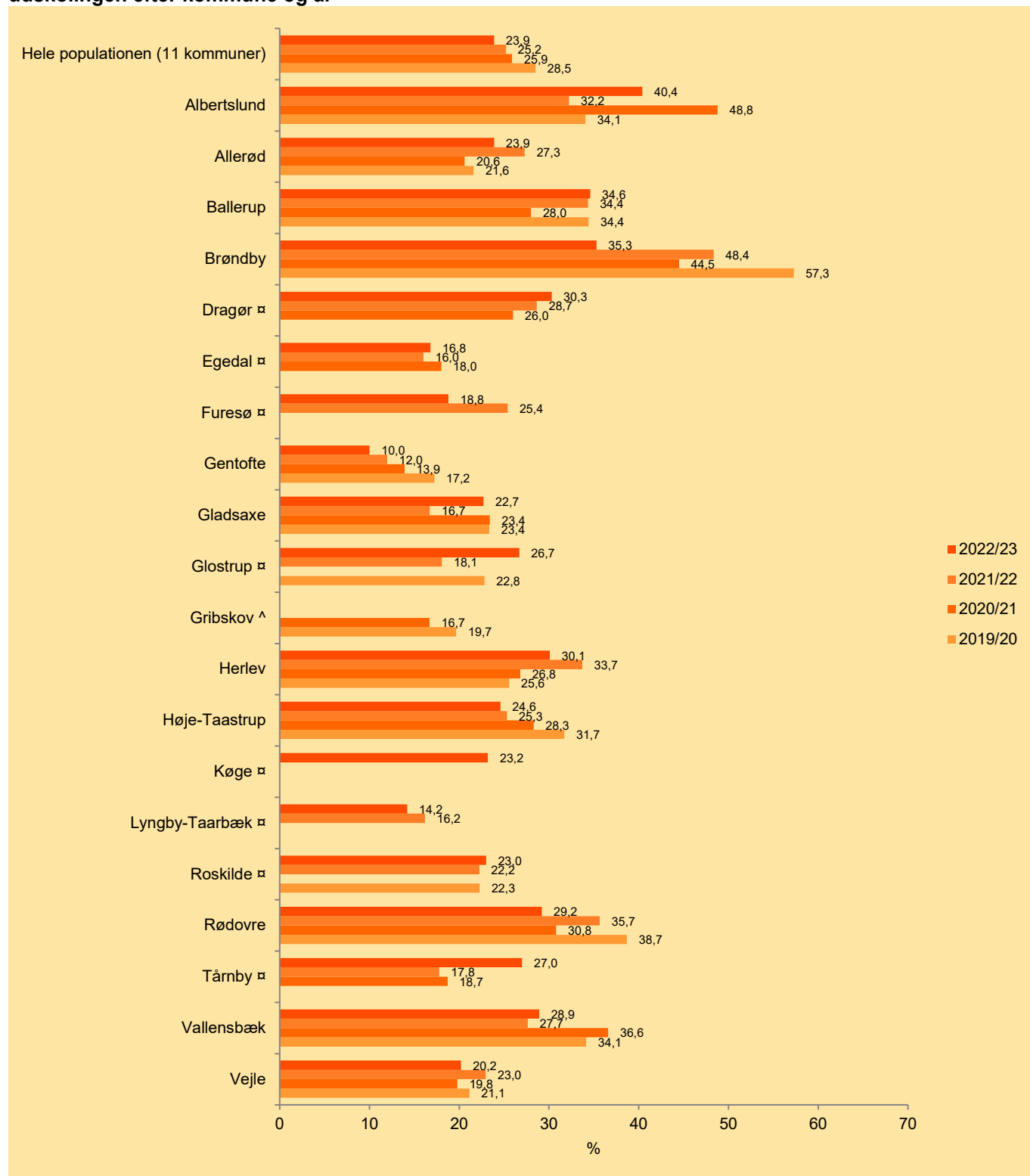
Figur 33 viser udviklingen i andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion for de kommuner, der har oplysninger for alle år, og for hver kommune. Figuren viser, at andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion har svinget mellem 23,9 % og 28,5 % de seneste fire år.

Figur 32. Andelen af unge med mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion ved udskolingen efter kommune (N=8.593)



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

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



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

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

4.6 Vægtstatus

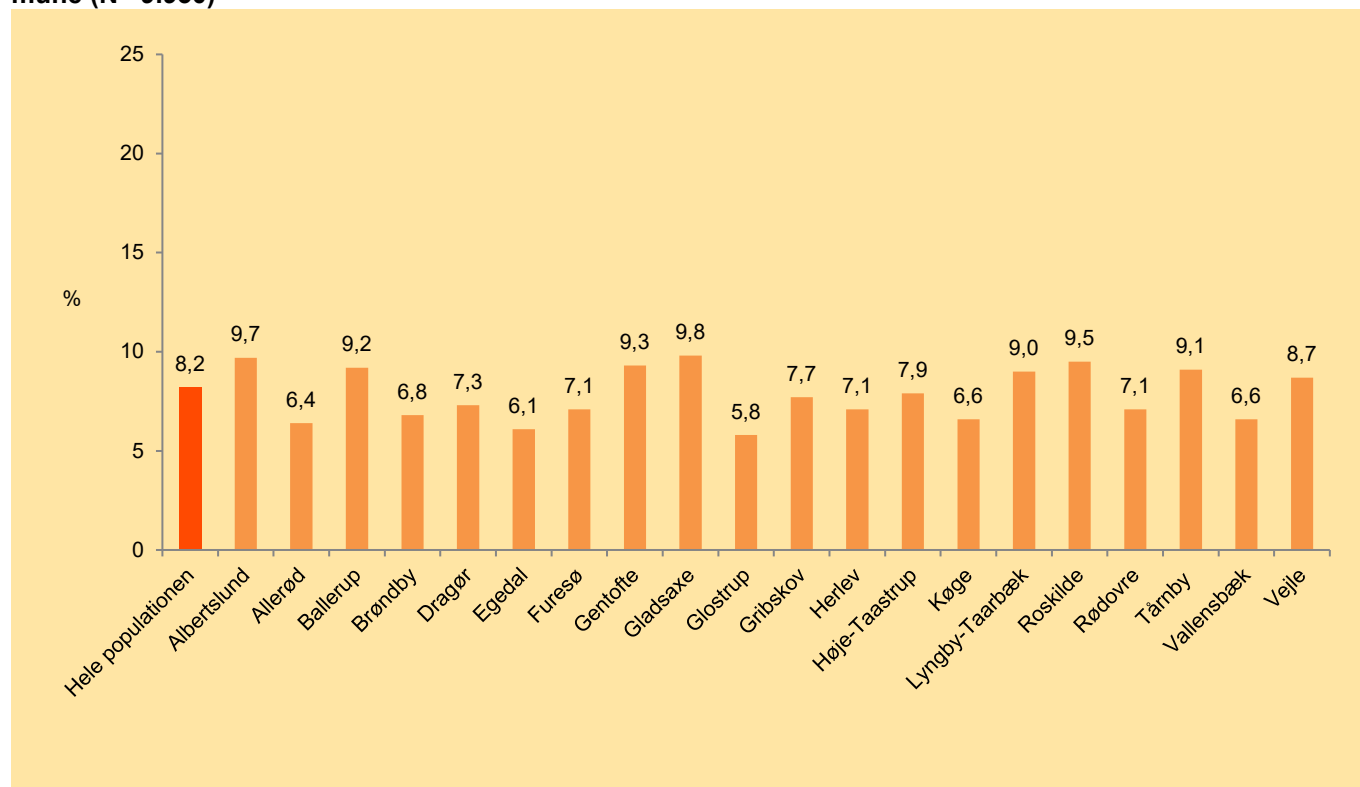
Siden 2014 har Sundhedsstyrelsen anbefalet, at der anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver til at vurdere overvægt og undervægt blandt børn og unge. Nedenstående figurer er baseret på Coles redefinerede BMI-grænser fra 2012 (Cole et al., 2000, Cole & Lobstein, 2012).

Ud fra de aldersstandardiserede BMI-grænser har 8,2 % af de unge i hele populationen undervægt, 81,8 % har normalvægt og 16,6 % har overvægt eller svær overvægt, heraf har 3,3 % svær overvægt. Nedenfor vises figurer for andelen af unge, som er registreret som at have undervægt, overvægt og svær overvægt.

Undervægt

Af figur 34 fremgår det, at 8,2 % af de unge har undervægt. Andelen af unge, der har undervægt, varierer fra 5,8 % til 9,8 % på tværs af kommunerne. Udviklingsfigur for undervægt vises ikke, da andelen af unge med undervægt ikke er blevet vist i perioden 2019/20-2021/22.

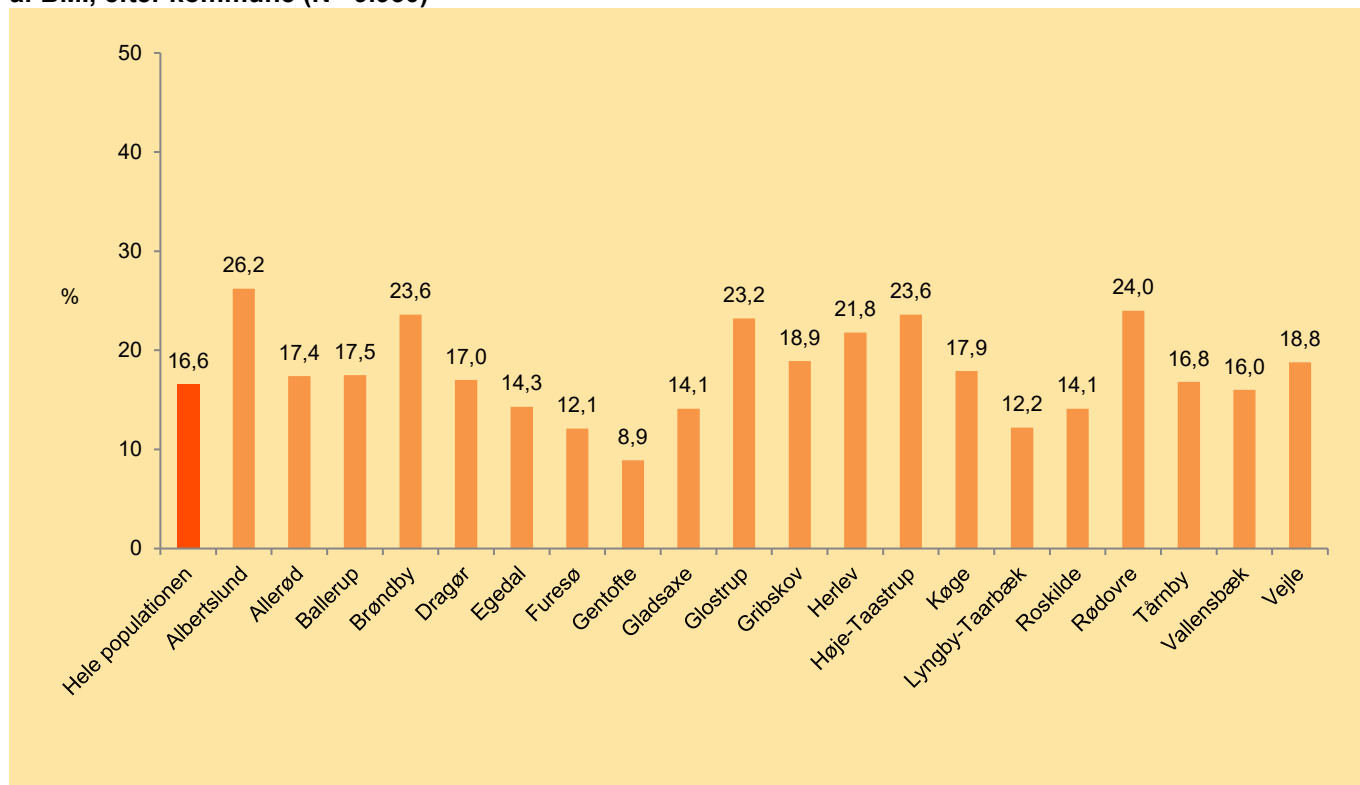
Figur 34. Andelen af unge med undervægt ved udskolingsundersøgelsen på baggrund af BMI, efter kommune (N= 9.930)



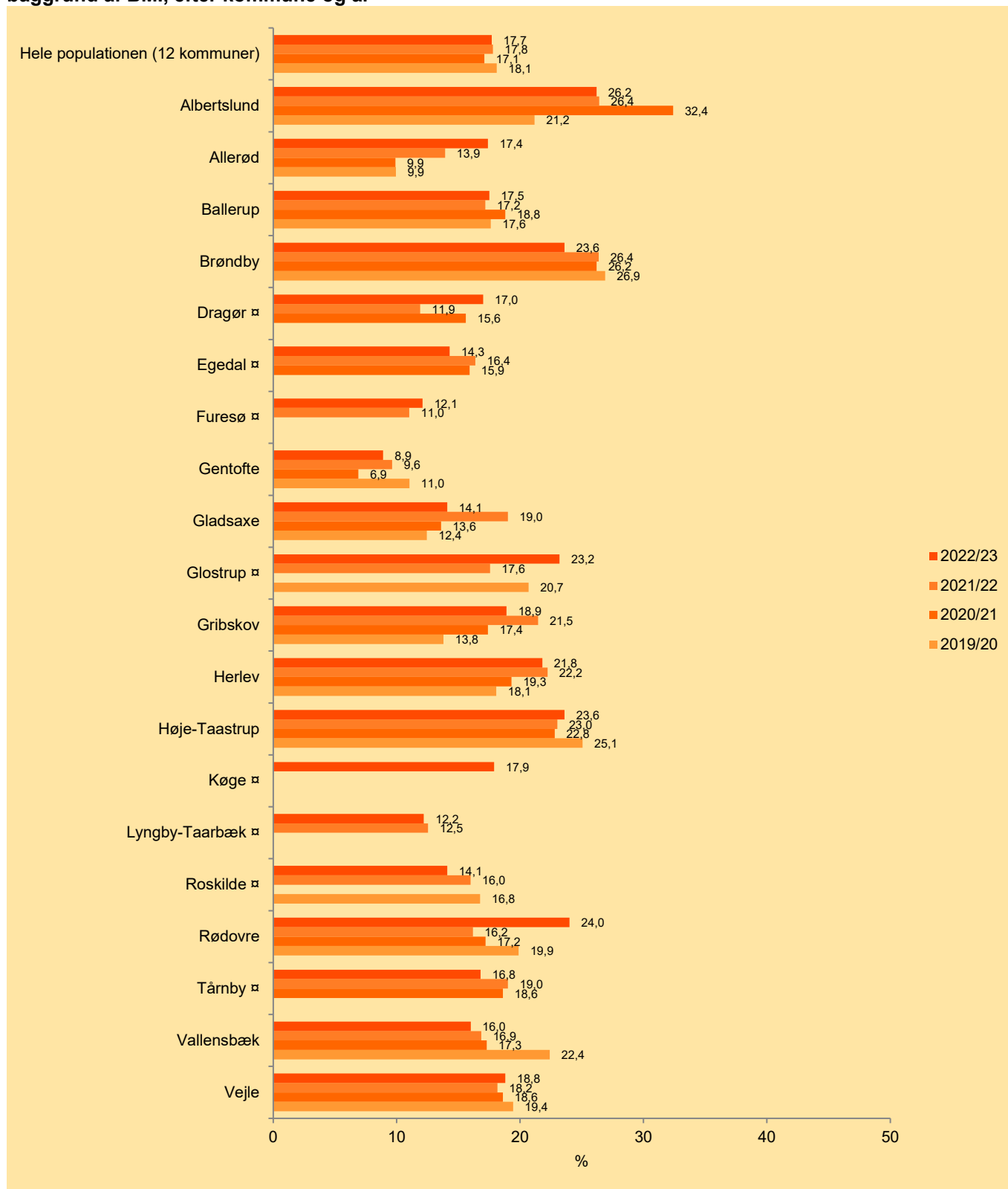
Overvægt/svær overvægt

Af figur 35 fremgår det, at 16,6 % af de unge har overvægt eller svær overvægt. Andelen af unge, der har overvægt, varierer fra 8,9 % til 26,2 % på tværs af kommunerne. I denne andel er forekomsten af unge med svær overvægt indberegnet. Andelen har svinget mellem 17,1 % og 18,1 % de seneste fire år for de 12 kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 36).

Figur 35. Andelen af unge med overvægt eller svær overvægt ved udskolingsundersøgelsen på baggrund af BMI, efter kommune (N= 9.930)



Figur 36. Udvikling i andelen af unge med overvægt eller svær overvægt ved udskolingsundersøgelsen på baggrund af BMI, efter kommune og år



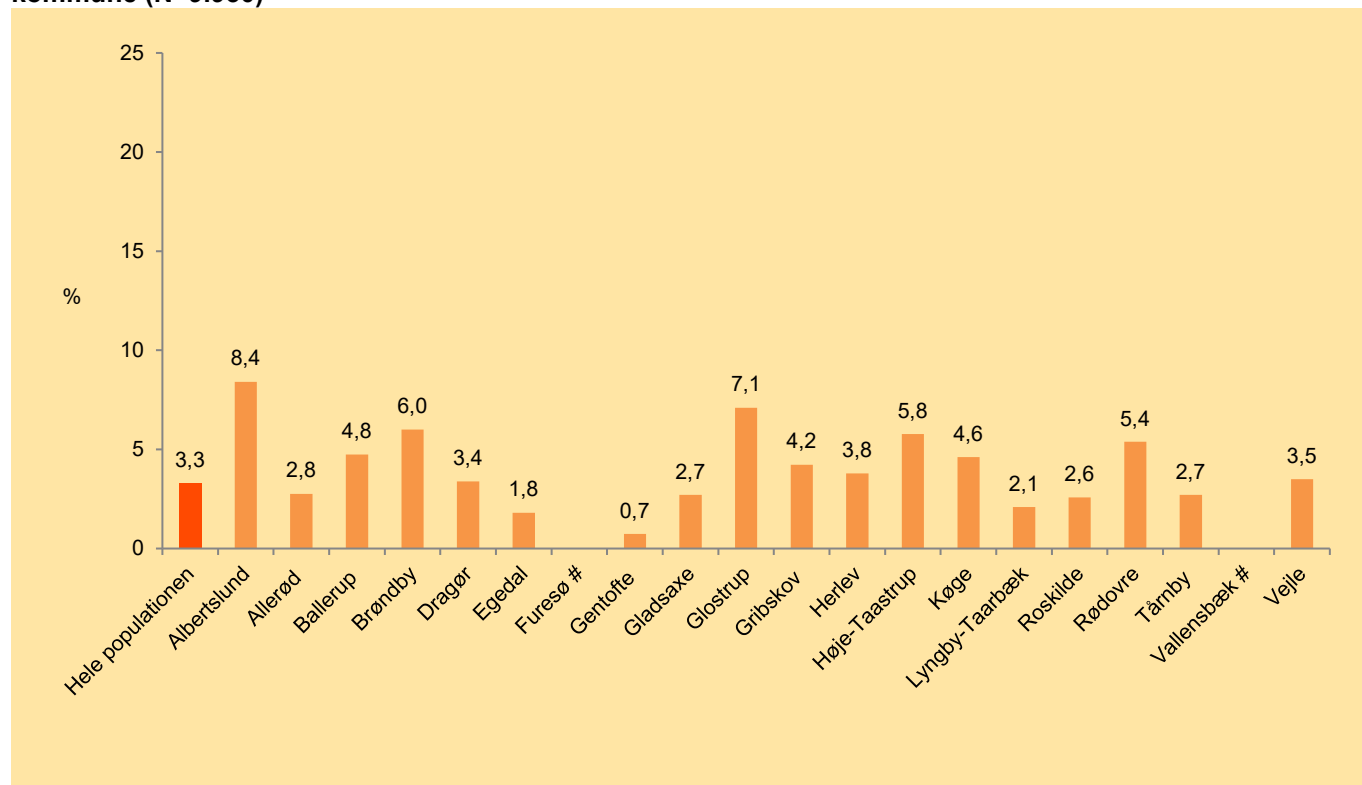
Hele populationen (12 kommuner) indbefatter de 12 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

Svær overvægt

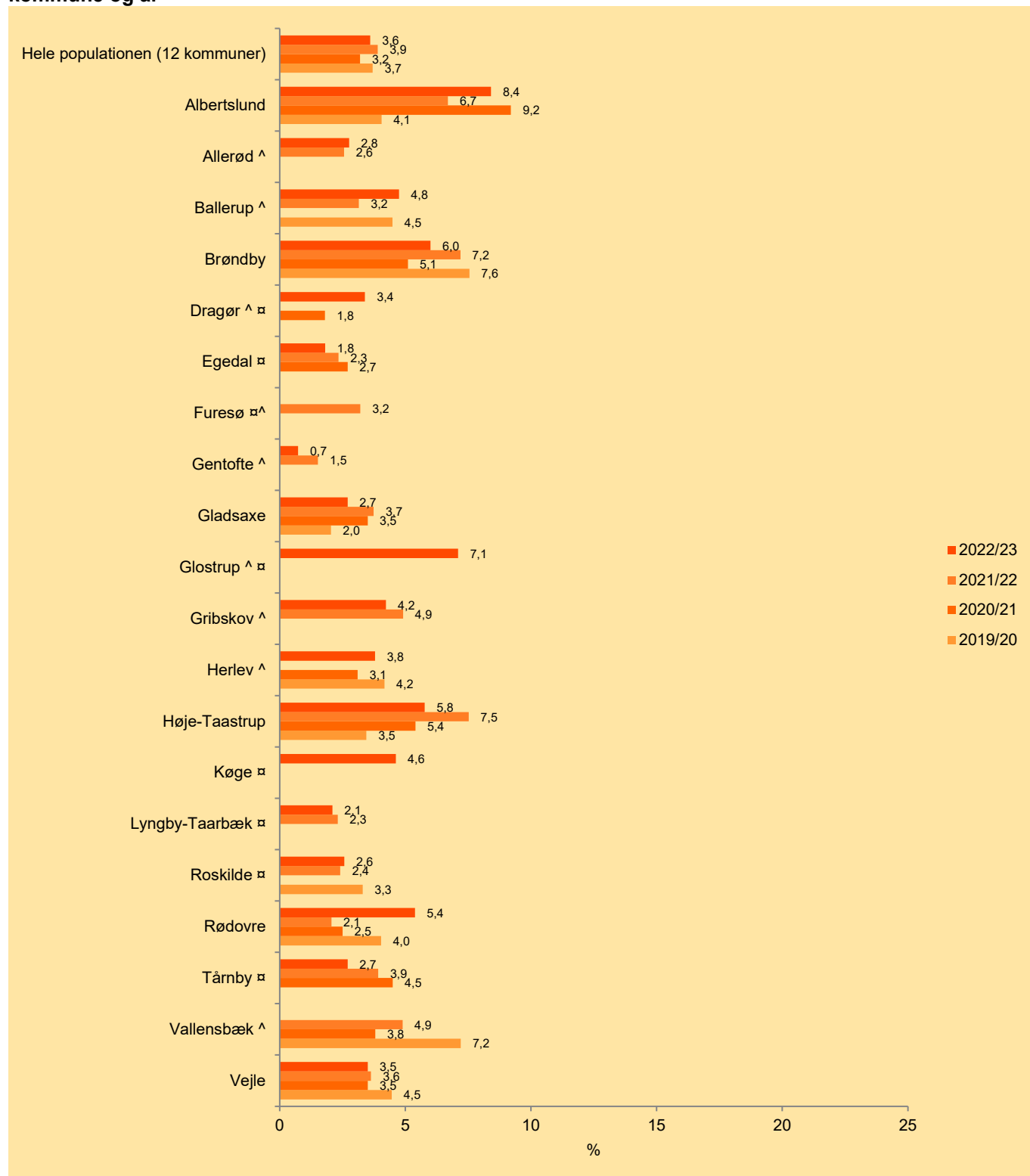
Figuren 37 viser, at andelen af unge, der har svær overvægt på baggrund af BMI, er 3,3 %. Andelen af unge med svær overvægt varierer fra 0,7 % til 8,4 % på tværs af kommunerne. Figur 38 viser, at andelen har svinget mellem 3,2 % og 3,9 % de seneste fire år for de 12 kommuner, der har oplysninger for alle år.

Figur 37. Andelen af unge med svær overvægt på baggrund af BMI ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=9.930)



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

Figur 38. Andelen af unge med svær overvægt på baggrund af BMI ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



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

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

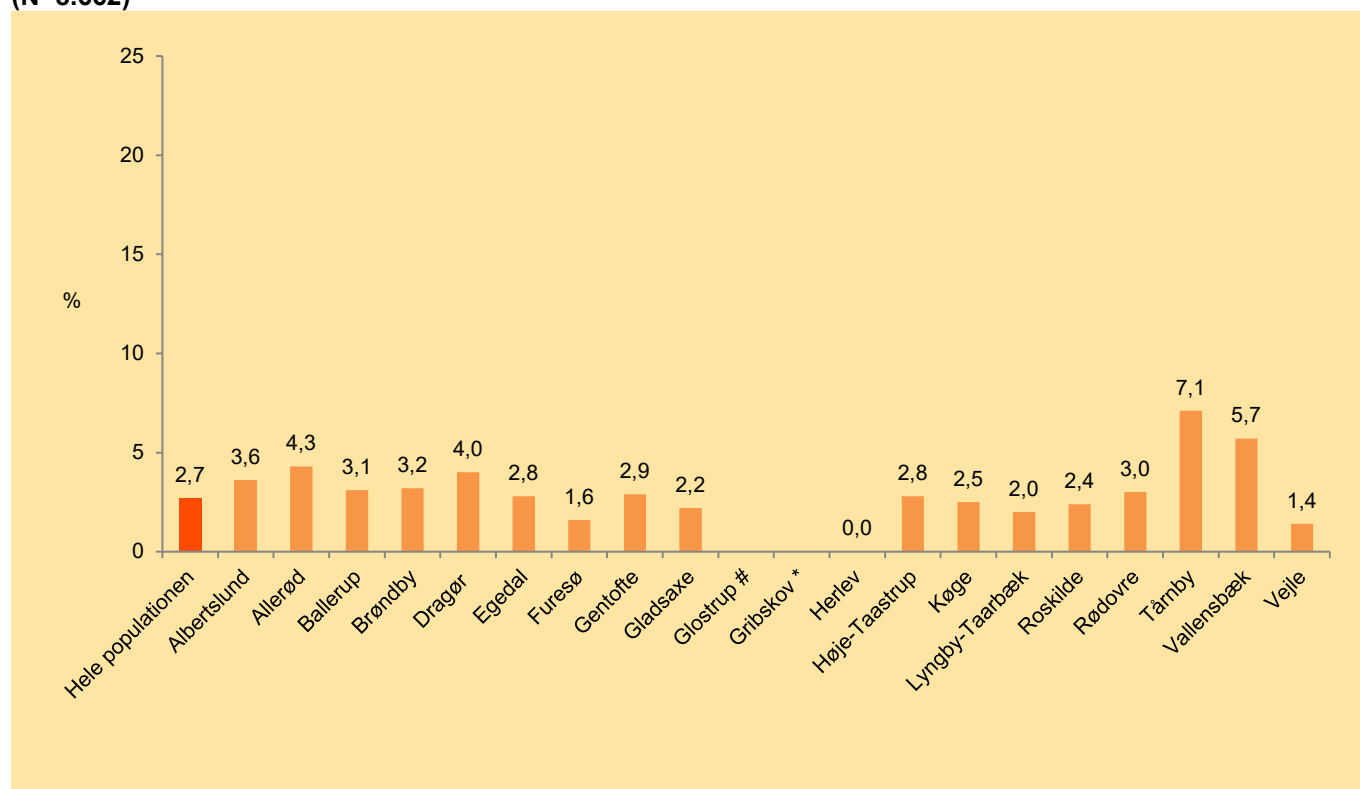
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

4.7 Tobak

Sundhedsplejersken noterer en bemærkning i journalen omkring tobak, hvis den unge ryger, også selv om det kun er til fester og/eller kun er vandpibe eller e-cigaretter. Figur 39 viser andelen af unge ved udskolingsundersøgelsen med en bemærkning til tobak opdelt efter kommune. Af figuren fremgår det, at 2,7 % af de unge har en bemærkning til tobak. Andelen svinger fra 0,0 til 7,1 % kommunerne imellem. Andelen af unge med bemærkning til tobak har ligget mellem 1,8 % og 3,4 % de seneste fire år for de 11 kommuner, der har oplysninger for alle år (se figur 40).

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

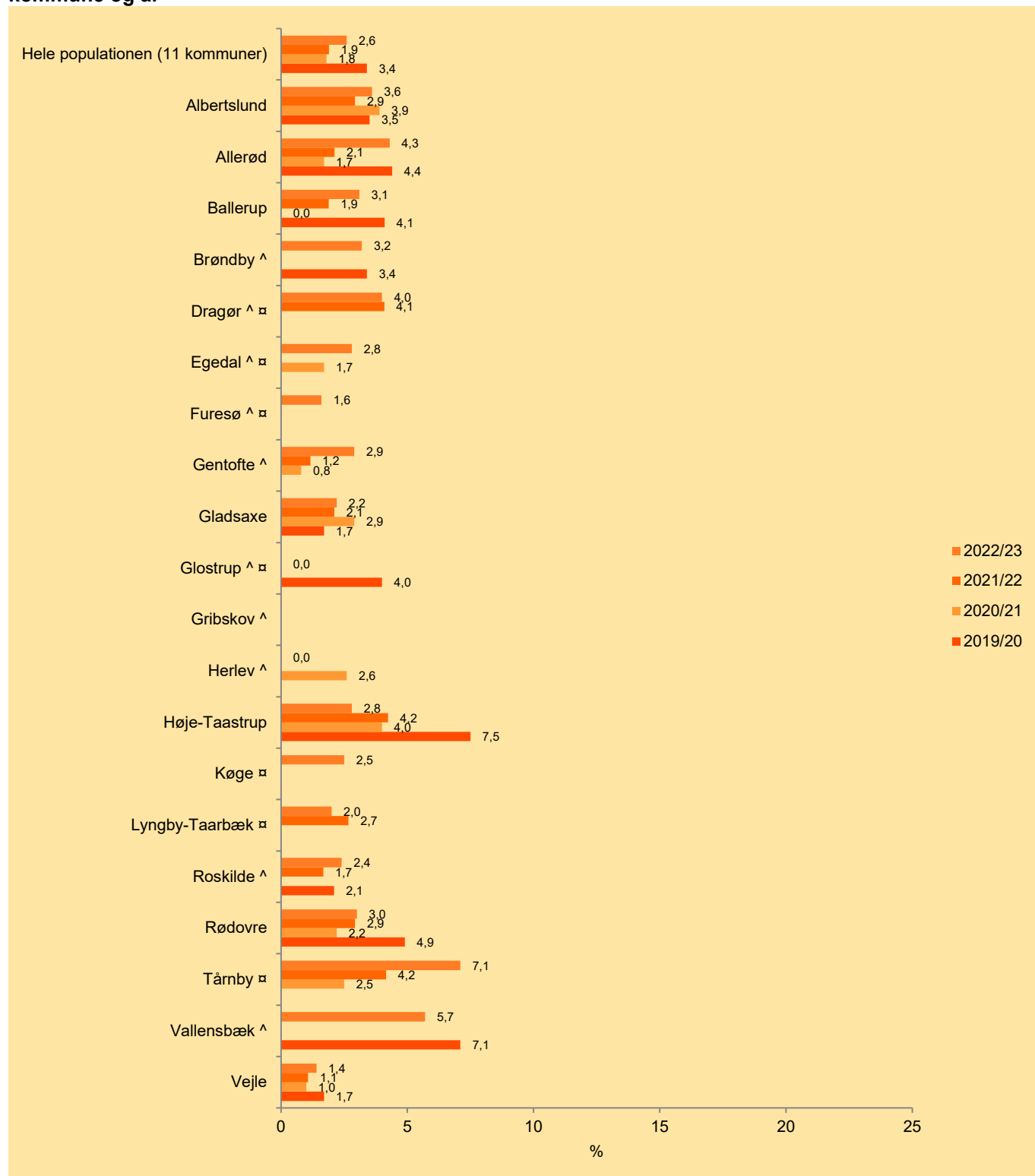
Figur 39. Andelen af unge med bemærkning til tobak ved udskolingsundersøgelsen efter kommune (N=8.662)



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

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

Figur 40. Udvikling i andelen af unge med bemærkning til tobak ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

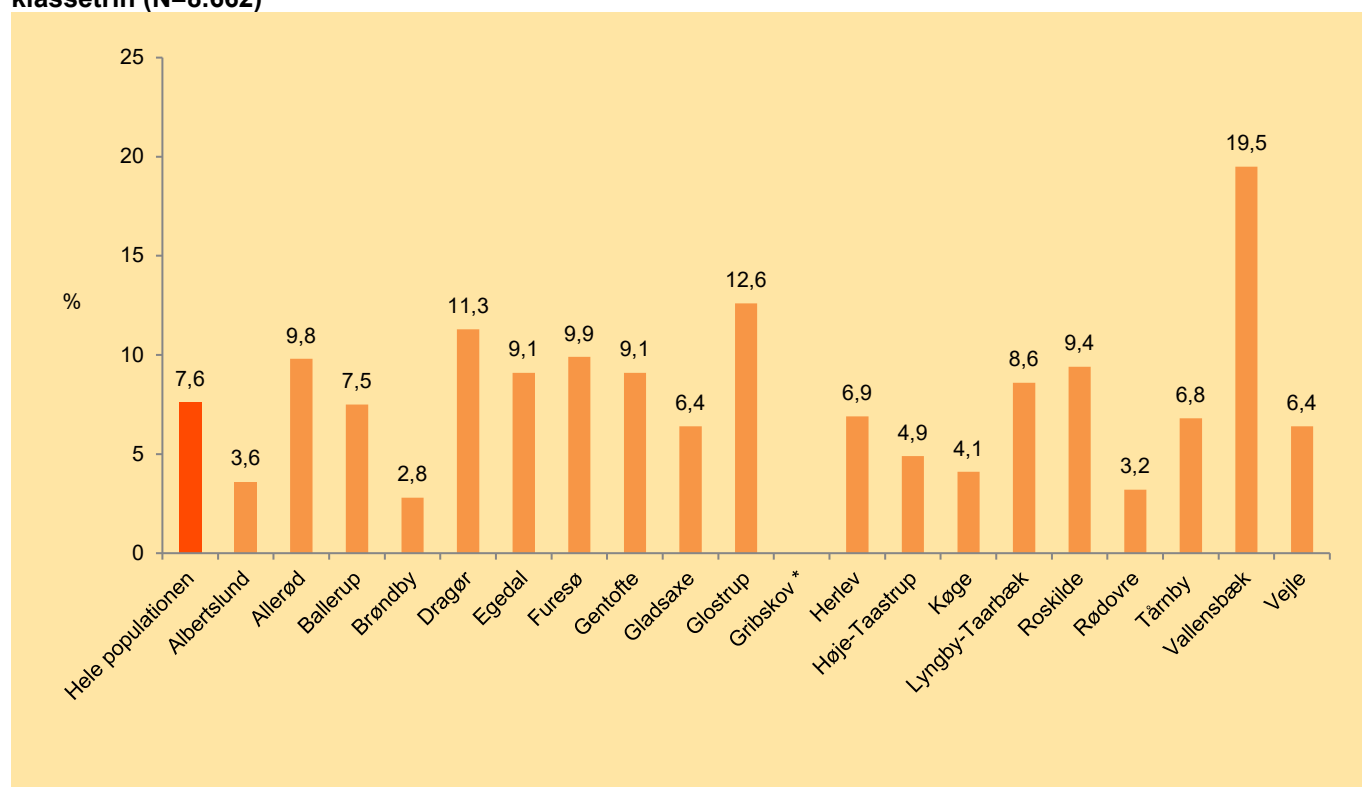
☒ Oplysninger fra alle tidligere år vises ikke, da kommunen ikke var tilknyttet skoledelen det pågældende år, kommunen ikke har indsendt skoledata det pågældende år, kommunen har skiftet klassetrin for udskolingsundersøgelsen eller kommunen har skiftet journalsystem. Se afsnit "2.3 Formål og opbygning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

4.8 Alkohol

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

Figur 41 viser andelen af unge med en bemærkning til alkohol opdelt på kommune. Figuren viser, at 7,6 % af de unge har en bemærkning til alkohol. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol svinger fra 2,8 % til 19,5 % kommunerne imellem. Figur 42 viser, at andelen af unge med bemærkning til alkohol har svinget mellem 6,2 % og 7,0 % de seneste fire år for de 11 kommuner, der har oplysninger for alle år.

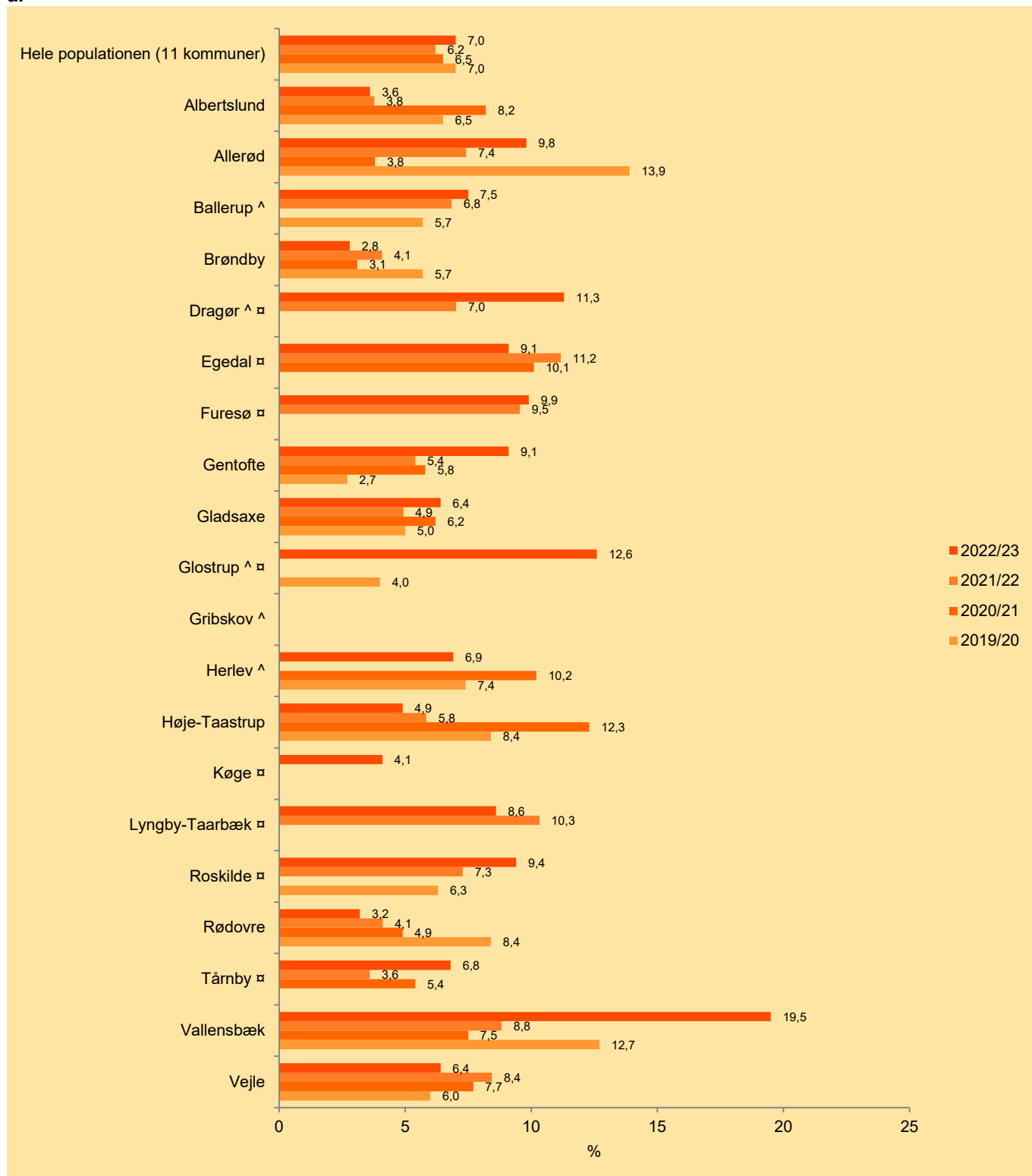
Figur 41. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og klassetrin (N=8.662)



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

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

Figur 42. Andelen af unge med en bemærkning til alkohol ved udskolingsundersøgelsen efter kommune og år



Hele populationen (11 kommuner) indbefatter de 11 kommuner, der har oplysninger fra de seneste fire år. Det vil sige Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Høje-Taastrup, Rødovre, Vallensbæk og Vejle.

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

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

5 Opsamling af sundhedsprofilen for skoleåret 2022/23

Denne sundhedsprofil med udvalgte variable fra samarbejdet Databasen Børns Sundhed er baseret på journaloplysninger om 11.478 børn, der er blevet indskolingsundersøgt, og 10.315 unge, der er blevet udskolingsundersøgt, i skoleåret 2022/23.

Sundhedsprofilen om børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 viser, at blandt børnene i hele populationen er der:

- 5,5 %, der angiver, at de generelt trives dårligt, og 11,0 % angiver, at de trives dårligt i skolen.
- 13,5 %, der bliver mobbet eller drillet, og 3,3 %, der har tegn på problemer i forholdet til deres jævnaldrende.
- 4,6 %, hvor sundhedsplejersken vurderer, at barnet har motoriske vanskeligheder.
- 4,1 %, hvor der er noteret en bemærkning til forældre-barn relationen.
- 9,5 %, med undervægt, mens der er 12,4 % med overvægt eller svær overvægt, og 3,1 % med svær overvægt.
- 6,3 %, der udsættes for tobaksrøg i hjemmet.

Sundhedsprofilen om unge udskolingsundersøgt i skoleåret 2022/23 viser, at blandt de unge i hele populationen er der:

- 13,7 %, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst én bemærkning til den unges generelle trivsel.
- 4,9 %, hvor der er noteret en bemærkning til trivslen i hjemmet.
- 7,5 % af 8. klasseelever og 5,5 % af 9. klasseelever, hvor der er noteret en bemærkning til trivslen i skolen.
- 2,5 %, hvor der er noteret en bemærkning til trivslen i forholdet til jævnaldrende.
- 19,2 %, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst én bemærkning til den unges mentale sundhed.
- 3,9 %, hvor sundhedsplejersken har noteret en bemærkning til psykisk sårbarhed.
- 19,7 %, hvor der er noteret mindst én bemærkning til den unges søvnvaner.
- 22,7 %, hvor sundhedsplejersken har noteret mindst én bemærkning til spisning, kost og/eller motion.
- 8,2 % med undervægt, mens der er 16,6 % med overvægt/svær overvægt, hvoraf 3,3 % har svær overvægt.
- 2,7 %, hvor der er noteret en bemærkning til rygning.
- 7,6 %, hvor der er noteret en bemærkning til alkohol.

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

6 Referencer

- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., Obel, C., Niclasen, J. & Bilenberg, N. 2019. Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Dan Med J*, 66.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-3.
- Cole, T. J. & Lobstein, T. 2012. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*, 7, 284-94.
- Databasen Børns Sundhed 2022. Vejledning til den kvalitetssikrede Solteq Sund sundhedsplejerske journal. Link:
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Lichtenberg, A. 2003. Database som grundlag for vidensudvikling – data fra sundhedsplejerskernes daglige virksomhed. In: LORENSEN, M. & ØSTERGAARD-NIELSEN, G. (eds.) *Forskning i klinisk sygepleje 2. Metoder og vidensudvikling*. København: Akademisk forlag.
- Novax 2017. Obligatoriske registreringer i Novax journalen med henblik på deltagelse i Databasen Børns Sundhed. Link:
https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed/vejledninger.
- Obel, C., Dalsgaard, S., Stax, H. P. & Bilenberg, N. 2003. [Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Dan). A new instrument for psychopathologic screening of children aged 4-16 years]. *Ugeskr Læger*, 165, 462-5.
- Skovgaard, A. M., Wilms, L., Johansen, A., Ammitzbøll, J., Holstein, B. E. & Olsen, E. M. 2018. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*, 17.
- Sundhedsstyrelsen 2015. Skolesundhedsarbejde – håndbog til skolesundhedstjenesten. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2019. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen.
- Uddannelses- Og Forskningsministeriet 2014. Den danske kodeks for integritet i forskning.
- Youth in Mind. 2016. *Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire for age 4-17 or 18+* [Online]. Available: <https://sdqinfo.org/py/sdqinfo/c0.py>.