

SUNDHED OG TRIVSEL – 11- OG 15-ÅRIGE

Børnesundhedsprofil

for Københavns Kommune

2009



BØRNESUNDHEDSPROFIL 2009
FOR KØBENHAVNS KOMMUNE
SUNDHED OG TRIVSEL
11- OG 15-ÅRIGE

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING	7
	1.1 OM BØRNESUNDHEDSPROFILER	7
	1.2 DESIGN AF OG INDHOLD I BØRNESUNDHEDSPROFILER	7
	1.3 DELTAGELSE OG DATAGRUNDLAG	7
	1.4 LÆSEVEJLEDNING	8
	1.5 PRÆSENTATION AF DE 11- OG 15-ÅRIGE	9
	1.6 TAK!	10
2	SAMMENFATNING	11
3	PERSPEKTIVER	15
	3.1 DISKUSSION AF RESULTATERNE	15
	3.2 PERSPEKTIVER	17
4	ALMEN TRIVSEL OG VURDERING AF EGEN SUNDHED	20
	4.1 DE STORE BØRN OG UNGE TRIVES OG FØLER SIG SUNDE	20
	4.2 "VI LEVER OG SPISER SUNDT!"	21
5	OVER- OG UNDERVÆGT	27
	5.1 HVOR MANGE ER OVERVÆGTIGE?	27
	5.2 DE OVERVÆGTIGE VED DET GODT SELV	29
6	TANDBØRSTNING	30
7	SELVVURDERET PSYKISK TRIVSEL	32
8	SOCIALE RELATIONER	34
	8.1 FORTROLIGE KAMMERATER OG VOKSNE	34
	8.2 DER ER IKKE MANGE ENSOMME 11- OG 15-ÅRIGE	35
	8.3 MOBNING I SKOLEN	36
	8.4 PSYKISK TRIVSEL OG SOCIALE RELATIONER	38
9	MAD OG MÅLTIDER	40
	9.1 MANGE SPRINGER MORGENMAD ELLER FROKOST OVER	40
	9.2 KOSTVANER	42
10	RISIKOADFÆRD	48
	10.1 RYGNING	48
	10.2 HØJT ALKOHOLFORBRUG BLANDT DE 15-ÅRIGE	49
	10.3 ANDET FORBRUG AF STOFFER	52
11	SEKSUELLE ERFARINGER 15-ÅRIGE	54
	11.1 SEKSUEL DEBUT	54
	11.2 PRÆVENTION	54
12	SYMPTOMER OG SYGDOM	56

12.1 FØDEVAREALLERGI	56
12.2 HØFEBER, BØRNEEKSEM OG ASTMA	56
12.3 15-ÅRIGE PIGER ER MEST GENEREDE AF SYMPTOMER	57
12.4 FRAVÆR	58
12.5 MEDICINFORBRUG	58
13 NÆRMILJØ OG FYSISK AKTIVITET	60
13.1 MULIGHEDER FOR BEVÆGELSE I HVERDAGEN	60
13.2 BEVÆGELSE I SKOLEN (UDENFOR IDRÆT/SVØMNING)	62
13.3 TRANSPORT TIL OG FRA SKOLE	64
13.4 ØNSKE OM MERE BEVÆGELSE I HVERDAGEN	65
13.5 TILLID OG TRYGHED I NÆRMILJØET	65

1 INDLEDNING

Københavns Kommune igangsatte i 2009 indsatsen Øget Sundhed for Børn. En del af indsatsen går ud på at udbygge monitorering af børnesundheden i København, og der blev igangsat en stor undersøgelse: Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune.

Om børnesundhedsprofilen

Med den øgede indsats for sundhedsfremme i regionerne og kommunerne er der i de senere år blevet gennemført en lang række voksensundhedsprofiler, blandt andet i Region H. Der er ved at udvikle sig en tradition for opbygningen af sådanne sundhedsprofiler, og Region H har udviklet et koncept for en børnesundhedsprofil. Da Københavns Kommune i 2009 stod overfor at etablere en børnesundhedsprofil, valgte man at gennemføre undersøgelsen efter dette børnesundheds-koncept.

Design af og indhold i børnesundhedsprofilen

Børnesundhedsprofilen er designet på den måde, at den gennemføres for udvalgte børneårgange. Der opnås dermed en viden om børnenes sundhed og trivsel på forskellige trin af barndommen og ungdommen.

Børnesundhedsprofilen dækker en række temaer med relevans for belysning af børnebefolkningens trivsel, sundhed, sygelighed samt livsstil og risikoadfærd. Dertil kommer temaer om dagligdag og nærmiljø. Det er ikke alle temaer, der er undersøgt for alle fire årgange. Der er egentlig tale om fire forskellige undersøgelser, som følger den samme overordnede tilrettelæggelse. Hvor der for de 15-årige (og til dels 11-årige) er lagt vægt på at undersøge risikoadfærd, er der for de 3- og 6-årige lagt mere vægt på f.eks. at belyse barnets motoriske udvikling og nærmiljø i pasningstilbud. Nogle spørgsmål og temaer går dog på tværs af alle fire årgange. Det gælder enkelte grundlæggende trivsels-/sundhedsindikatorer (almen trivsel, selvvurderet helbred og psykisk trivsel) samt kostvaner, symptomer og sygdomme.

Det er ikke alt, der er formidlet i denne rapport. Der henvises til *Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune. Grundrapport*, hvor grundresultaterne er præsenteret.

Deltagelse og datagrundlag

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse, hvori indgår fire årgange af børn og unge i Københavns Kommune: Årgang 1994, 1998, 2003 og 2006. På undersøgelsestidspunktet var deltagerne 15, 11, 6 og 3 år gamle. Spørgeskemaerne blev sendt med posten til hjemadressen. De 11- og 15-årige skulle selv udfylde skemaet, mens forældrene blev bedt om at udfylde skemaet for de 3- og 6-årige. Samtlige kommunens børn/unge i de fire årgange blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, og der blev opnået en svarprocent på ca. 50 – højest for de yngste og lavest for de ældste.¹

¹ For en udførlig redegørelse for indsamlingsmetode, frafald m.v. se *Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune. Grundrapport*.

Tabel 1.1. Svarprocenter i undersøgelsen

Årgang	Population	Svar		Svar med underskrift ²	
		Antal	Procent	Antal	Procent
1994	4047	1714	42,4	1437	35,5
1998	4067	2070	50,9	1769	43,5
2003	4907	2503	51,0	2275	46,4
2006	6220	3433	55,2	3196	51,4
Alle	19241	9720	50,5	8677	45,1

Denne svarprocent betyder, at der vil være skævheder i datamaterialet, idet ikke alle grupper af børn, unge og forældre vil deltage i samme grad. Dermed er de svar, som er indkommet, ikke fuldt repræsentative for årgangen.

Skævhederne i de indkomne svar er forsøgt rettet op ved at vægte svarene i dataanalyserne således, at svar fra personer fra grupper med lav grad af deltagelse tæller mere end svar fra persongrupper med høj deltagelsesgrad. Dette gøres ved at sammenligne de personer, der har svaret, med alle, der var inviteret til undersøgelsen (populationen, jf. Tabel 1.1 ovenfor) på en række udvalgte parametre.

Vægtningen er foretaget af Danmarks Statistik, hvor der er blevet kigget på data i forhold til en række socioøkonomiske forhold, som primært vedrører forældrene. Der er kigget på forældrenes uddannelsesniveau, arbejdsmarkedsstatus m.v. De svar, der kommer fra personer med karakteristika, som er underrepræsenterede i svargrundlaget, bliver derefter vægtes op, mens svar fra personer med karakteristika, der er overrepræsenterede, vægtes ned. For eksempel er der en overrepræsentation af personer med lang uddannelse i forhold til personer med kort uddannelse. Svar fra personer med lang uddannelse bliver derfor "vægtet ned" i dataanalyserne, mens svar fra personer med kort uddannelse "vægtes op". På den måde bliver resultaterne mest muligt repræsentative for populationerne i de fire årgange.

Fysiske aktiviteter er ikke opgjort

Børnesundhedsprofilen var planlagt til både at belyse kost og fysisk aktivitet. Der blev således stillet en række spørgsmål i undersøgelsen om aktiviteter i hverdagen og weekenden, som skulle belyse graden af aktivitet/inaktivitet. Svarpersonerne skulle angive antal timer og minutter, som bruges om dagen eller om ugen på de nævnte aktiviteter. Der har været store problemer med opgørelsen af svarene på disse spørgsmål, idet mange har haft svært ved at besvare spørgsmålene. Efter omfattende fejlretning af data og efterfølgende analyse af svarene må det konkluderes, at data er behæftet med meget stor usikkerhed. Derfor kan resultaterne ikke præsenteres, og derfor indeholder rapporten desværre ikke ret meget om fysisk aktivitet blandt børn og unge i København.

Læsevejledning

Rapporten præsenterer hovedresultater fra Børnesundhedsprofilen i en række korte kapitler med hver sit tema. Det eller de overordnede resultat(er) præsenteres og kommenteres først. Resultatet er typisk vist i en tabel. Hvor der i undersøgelsen

² For alle fire årgange skulle en af forældrene med sin underskrift give samtykke til, at besvarelsene må samkøres med registeroplysninger om sundhed og socioøkonomiske forhold. Kun skemaer med underskrifter indgår i analyserne.

sen er stillet en lang række enkeltspørgsmål under et tema, for eksempel kost, præsenteres udvalgte resultater. Vil man se samtlige svarfordelinger, henvises til den tidligere nævnte grundrapport.

Der næst er resultatet vist i figur for køn og bydele, hvis det er relevant. Vurdering af relevansen beror dels på, om der ses en statistisk signifikant forskel i resultatet imellem henholdsvis køn eller bydele, dels, om den fundne forskel vurderes som væsentlig og som fortolkelig. I nogle tilfælde er resultatet kun akkurat signifikant, og den fundne forskel i svarfordelingen mellem for eksempel drenge og piger vurderes at være ubetydelig – eller forsvinder ved nærmere analyse af data. I andre tilfælde ses signifikante bydelsforskelle, som ikke er forklarlige ud fra det mønster, vi i øvrigt ser, og derfor vises det ikke. Dette er ikke for at tilbageholde resultater, blot fordi de ikke umiddelbart er logiske. Det er en vurdering af, at resultaterne virker tilfældige og blot vil fylde i rapporten med løbende konstateringer af, at "her er der også forskel". Og igen: Alle resultater fordelt på køn og bydele med angivelse af signifikansværdier kan ses i grundrapporten.

Udover de nævnte analyser, er der i nogle tilfælde foretaget supplerende analyser af sammenhænge i data.

Signifikans ved fordelinger på køn, bydele eller i andre analyser er angivet med et signifikansniveau, som vedr. køn og bydele står angivet under figurene. Signifikansen angives med " $p \leq 0,05$ ", " $p \leq 0,01$ " eller " $p \leq 0,001$ ", hvilket kan tolkes som henholdsvis svag, moderat og stærk signifikans.

Undersøgelsen er en tværsnitsundersøgelse, som beskriver et øjebliksbillede for hver årgang på undersøgelsestidspunktet. Når der alligevel i tolkningen af resultaterne refereres til at der sker et fald eller en stigning i en tilstand eller adfærd (for eksempel fra 11 til 15 år), er det et udtryk for forfatterens overbevisning om, at der ikke er så store forskelle mellem fødselsårgangene eller er sket så store ændringer i børns og unges vilkår, at de 15-årige i undersøgelsen var markant forskellige fra undersøgelsens 11-årige, da de selv var 11 år. Derfor ses forskelle mellem de to årgange generelt som udtryk for aldersbestemte forskelle frem for som forskelle mellem årgang 1994 og årgang 1998.

Præsentation af de 11- og 15-årige

Denne rapport handler om de to ældste årgange i undersøgelsen – de 11- og 15-årige. De omtales i rapporten som "de 11- og 15-årige" eller som (store) "børn og unge".

Er man 11 år, er man stadig et barn, men begynder at orientere sig mod teenagealderen. De 15-årige er i fuld gang med puberteten og teenageårene. De to årgange er derfor ikke blevet spurgt om helt de samme ting. De 11-årige er kun stillet få spørgsmål om risikoadfærd (rygning og alkoholforbrug), og kun de 15-årige er stillet spørgsmål om seksuelle erfaringer. Men på en lang række områder har de to årgange svaret på de samme spørgsmål, og på den måde giver rapporten et godt billede af, hvad der sker, fra man er 11, til man bliver 15-årige.

Tabel 1.2 viser, hvordan de 11- og 15-åriges svar på undersøgelsens baggrundsspørgsmål fordeler sig.

Tabel 1.2. Baggrundsdata for de 11- og 15-årige (procent)

	11-årige	15-årige
Køn	(N=1769)	(N=1437)
Drenge	50,2	50,2
Piger	49,8	49,8
Primært sprog i familien	(N=1766)	(N=1423)
Dansk	75,5	77,9
Et andet sprog	16,7	16,8
Dansk og et andet sprog	7,8	5,3
Bor sammen med	(N=1765)	(N=1424)
Far og mor	62,2	55,2
Kun/mest mor	26,8	32,6
Kun/mest far	2,0	4,5
Lige meget hos begge	8,8	6,4
Hos pleje-/anden familie	-	0,2
Andet	0,2	1,1
Klassetrin/uddannelse	(N=1764)	(N=1427)
11-årige: 4.kl. / 15-årige: 8. kl.	13,1	14,7
11-årige: 5.kl. / 15-årige: 9. kl.	81,0	76,8
11-årige: 6.kl. / 15-årige: 10. kl.	4,9	2,9
11-årige: Andet / 15-årige: Gymnasial/EUD/Andet	0,8	5,4
Går ikke i skole	0,2	0,3
Bydel	(N=1769)	(N=1437)
Indre By	7,8	7,7
Østerbro	13,7	12,6
Nørrebro	14,0	13,3
Vesterbro/Kgs. Enghave	8,0	6,4
Valby	9,9	10,2
Vanløse	8,0	8,9
Brønshøj-Husum	11,4	12,2
Bispebjerg	7,2	8,0
Amager Øst	9,7	9,3
Amager Vest	10,4	11,3

Tak!

Der skal lyde en stor tak til alle de mange børn og unge, der har givet sig tid til at besvare det omfattende spørgeskema. I har medvirket til, at der nu findes en mængde værdifuld viden om børn og unge i København. Vi håber, at I og mange andre vil få glæde af resultaterne, og at denne viden vil blive anvendt til at udvikle børne- og ungelivet i Københavns Kommune.

2 SAMMENFATNING

Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune bygger på en stor spørgeskemaundersøgelse om sundhed i fire årgange af børn og unge i København. Det er fødselsårgangene 2006, 2003, 1998 og 1994, som på tidspunktet for dataindsamlingen var 3, 6, 11 og 15-årige. Denne rapport præsenterer resultater for de 11- og 15-årige. Der skal gives en meget stor tak til alle de mange børn og unge, som har svaret i undersøgelsen.

De fleste trives og oplever at have et godt helbred og leve sundt

De fleste 11- og 15-årige trives og har et godt helbred, men både trivsels- og helbredsbedømmelse ligger lavere blandt de 15-årige end de 11-årige. Dette er i overensstemmelse med resultaterne i de nyeste nationale undersøgelser³.

15 procent af de 15-årige vurderer deres eget helbred som kun "nogenlunde" eller "dårligt". For begge årgange er der en stærkt signifikant sammenhæng mellem selvbedømt helbred og trivsel. Bedre trivsel hænger sammen med en oplevelse af bedre helbred.

Ligeledes mener de fleste 11- og 15-årige, at de lever og spiser sundt. Også her ligger de 15-årige lavere, så hver femte 15-årige siger, at de lever usundt.

Når der spørges til fysisk form, ser det mindre positivt ud. Blandt de 11-årige mener hver tredje, at han/hun kun er i nogenlunde fysisk form eller dårligere. Blandt de 15-årige er det over halvdelen. Således er det kun hver tredje 15-årige pige, der oplever at være i god form.

De fleste på 11 eller 15 år synes, at deres krop er "passende", men 30-40 procent synes, at de er for tykke eller for tynde. Ca. dobbelt så mange oplever at være for tykke end for tynde.

Børnenes og de unges BMI (Body Mass Index) er beregnet på baggrund af deres egne oplysninger om højde og vægt. Der kan derfor forventes en vis underrapportering af overvægt. Resultaterne viser, at der er 11 procent overvægtige eller svært overvægtige blandt de 11-årige og 8 procent blandt de 15-årige. Disse resultater er noget lavere, end resultaterne fra en undersøgelse baseret på kommunallægerens registreringer.

Sammenholdes BMI med børnenes og de unges egen kropsvurdering, fremgår det, at de fleste med et BMI over overvægtsgrænsen også selv synes, at de er for tykke.

Psykisk trivsel og sociale relationer

Psykisk trivsel er belyst ved hjælp af det såkaldte SDQ-instrument (Strengths and Difficulties Questionnaire), som benyttes til kortlægning af symptomer på psykiske problemer og afvigende adfærd hos børn og unge. Undersøgelsen viser, at over 90 procent i begge årgange befinder sig indenfor normalområdet med hensyn til psykisk trivsel. 5-7 procent ligger i grænseområdet til normalområdet og 2-3 pro-

³ *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*, Mai Heide Ottosen et al., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København 2010

Skolebørnsundersøgelsen 2010, Rasmussen og Due (Red.), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2011.

cent ligger udenfor normalområdet. Det vil sige, at en lille gruppe på 2-3 procent må formodes at have betragtelige adfærdsmæssige/psykiske vanskeligheder, men rapporteringen i denne undersøgelse kan ikke stå alene. Resultatet kan tages som et fingerpeg om omfanget af sådanne vanskeligheder. Der er flest 15-årige piger (12 %) med ringe psykisk trivsel, hvilket primært skyldes en høj forekomst på dimensionen "følelsesmæssige vanskeligheder" blandt de 15-årige piger.

De fleste 11- og 15-årige har flere fortrolige venner såvel som voksne, de kan henvende sig til, hvis de har brug for at tale om noget, der virkelig plager dem. Men omkring en femtedel kan være sårbare i forhold til fortrolige sociale relationer. En lille gruppe på 3 procent i begge årgange er ofte ensomme. Der er flere, som ofte/af og til er ensomme blandt de, der har ingen eller få fortrolige venner/voksne.

Flere 11- end 15-årige bliver mobbet. Ca. hver fjerde på 11 år er blevet mobbet en eller flere gange indenfor et par måneder. For de 15-årige er det 13 procent. Til gengæld mobber de 15-årige lige så meget som de 11-årige. I begge årgange mobber drengene mere end pigerne.

Det viser sig, at børn og unge med dårlig psykisk trivsel samtidig har det svært i deres sociale liv: De trives mindre godt i skolen, flere af dem har ingen fortrolige venner eller voksne, flere af dem er ensomme og markant flere – især 11-årige – bliver mobbet i skolen.

Mere sunde kostvaner når man er 11 end 15 år

Der er tydelige forskelle mellem 11- og 15-årige i måltids- og kostvaner. Mens de fleste på 11 år (71 %) spiser både morgenmad, frokost og aftensmad dagligt, så er det kun halvdelen på 15 år. Morgenmad og frokost spises kun af to ud af tre 15-årige.

De 11-årige har stadig madpakke med til frokost, mens de 15-årige benytter sig af en langt bredere palet: Madpakke, købe mad på eller udenfor skolen eller gå hjem til sig selv eller andre for at spise.

På kostområdet spiser de 11-årige mere frugt og grønt end de 15-årige, mens de 15-årige indtager mere slik/is, fastfood og sodavand.

Det er dog ikke sådan, at de 15-årige lever af fastfood. Det er stadig halvdelen af de 15-årige, som spiser fastfood sjældnere end en gang om ugen, og 4 ud af 10 spiser det 1-3 dage om ugen. Slik/is og sodavand indtages hyppigere af flere.

Det ser ud til, at både de 11-årige og de 15-årige får for lidt frugt og grønt i forhold til anbefalingerne. I undersøgelsen er der ikke spurgt om, hvor meget frugt og grønt, man spiser, men hvor hyppigt, man spiser frugt og grønt. Ud fra de angivne kostvaner er det rimeligt at antage, at knap halvdelen af de 11-årige og 60 procent af de 15-årige ikke får de 600 g frugt og grønt dagligt, som anbefales af Sundhedsstyrelsen.

11-år og stadig barn: De 11-årige ryger og drikker ikke endnu

3 procent af de 11-årige har prøvet at ryge og 10 procent har prøvet at drikke alkohol, men kun 3 procent siger, at de har drukket en hel genstand.

15 år og mange er på vej ind i en ungdomskultur med alkohol og rygning

4 af 10 på 15 år har prøvet at ryge, og 10 procent er faste rygere (ryger dagligt/ugentligt). De fleste har prøvet at drikke alkohol, halvdelen har været fulde,

og mere end hver fjerde angiver at have været fulde mindst én gang inden for den seneste måned.

Erfaringer med alkohol og rygning er lige fordelt mellem piger og drenge. Den eneste forskel er, at dobbelt så mange piger (14 %) som drenge er faste rygere.

Der er lige så mange 15-årige, der har prøvet at ryge vandpibe, som der har prøvet at ryge "almindeligt", og hver fjerde har prøvet det flere gange. 15 procent har røget hash, 10 procent flere gange, men kun 1 procent har prøvet andre stoffer såsom ecstasy eller kokain.

Knap hver femte dreng og pige på 15-årige har haft samleje. Mere end 10 procent af de seksuelt aktive bruger ikke prævention, og 7 procent af pigerne har brugt fortrydelsespille.

15-årige piger generes af smerter, træthed og søvnbesvær

En stor andel af børn og unge er generet af forskellige symptomer. I undersøgelsen er der spurgt, om man har været meget, lidt eller ikke generet af en række symptomer inden for en 14-dages periode. For de 11-årige er de almindeligste symptomer forkølelse, hovedpine og ondt i maven. Minimum 40 procent havde haft disse gener/symptomer. For de 15-årige er de almindeligste symptomer forkølelse, hovedpine og smerter i ryg/nakke/skuldre. Over halvdelen havde været generede. Yderligere er mange 15-årige generede af ondt i maven, træthed og søvnbesvær – omkring 40 procent havde været lidt eller meget generede.

Det er især piger, og især de 15-årige piger, som klager over symptomer: 16 procent af pigerne på 15 år havde været meget generede af hovedpine, 20 procent af ryg/nakke/skulder-smerter, 15 procent af øget/usædvanlig træthed og 16 procent af søvnbesvær inden for den seneste 14-dages periode.

Den fysiske aktivitet i skolen og mulighederne herfor kan forbedres

3 ud af 4 på 11 år mener, at der gode (en del eller mange) muligheder for at bevæge sig og være fysisk aktiv udendørs i skolen. Knap 2/3 mener, at mulighederne er gode indendørs. Denne oplevelse deles ikke af de 15-årige, hvor kun omkring halvdelen mener, at mulighederne er gode, såvel udendørs som indendørs.

Langt flere af de 11-årige bevæger sig hyppigt i frikvartererne. Det gælder næsten 90 procent, at de bevæger sig (f.eks. spiller bold, klatrer, løber) dagligt eller næsten dagligt. Det samme gælder kun godt halvdelen af de 15-årige, hvor spørgsmålsformuleringen var modificeret til "f.eks. spille bold, gå eller løbe". Knap halvdelen af de 15-årige må dermed anses for at være meget stillesiddende i frikvartererne.

Samtidig viser det sig, at især blandt de 15-årige er der klart flere, der bevæger sig dagligt/næsten dagligt i frikvartererne, når de samtidig vurderer mulighederne for fysisk aktivitet som gode. Her ser således ud til at kunne høstes en umiddelbar gevinst på de unges aktivitetsniveau, hvis mulighederne kunne forbedres.

Flere 11- end 15-årige angiver, at de ofte er fysisk aktive i timer, hvor der ikke står idræt eller svømning på skemaet. Da fysisk aktivitet i timerne må antages at være lærer-/skoleinitieret (og resultaterne tyder på dette), så ligger her en opgave for skolen, hvis det dalende aktivitetsniveau fra 11 til 15 år skal imødegås.

Samtidig ses det, at over halvdelen af både 11-årige og 15-årige ønsker at bevæge sig mere, og ønsket stiger, jo dårligere den selvvalgte fysiske form er. Her ligger et potentiale for mere fysisk aktivitet.

Nærmiljøet

Med hensyn til muligheder for at bevæge sig og dyrke sport i nærmiljøet, mener 3 ud af 4 i begge årgange, at der er en del eller mange gode steder til dette.

De 11- og 15-årige har taget stilling til en række udsagn om det sted, hvor de bor, som belyser oplevelsen af tillid og tryghed i nærmiljøet. Det er spørgsmål, der belyser den sociale kapital i nabolaget, og det kan konstateres, at de store børn og unge på tidspunktet for undersøgelsen oplevede denne meget forskelligt i bydelene. Hvordan dette i øvrigt påvirker børns og unges liv, ligger udenfor rammerne af analyserne i denne rapport.

3 PERSPEKTIVER

3.1 DISKUSSION AF RESULTATERNE

Udvalget af resultater

Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune er en meget omfattende undersøgelse af sundhed, helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt københavnske børn og unge. Undersøgelsen rummer således flere data end præsenteret i denne temarapport og den tilsvarende temarapport for 3- og 6-årige, ligesom der vil kunne analyseres yderligere på de præsenterede data.

Undersøgelsens data er opgjort i forhold til køn og bydele, hvilket er præsenteret i *Børnesundhedsprofil 2009 for Københavns Kommune. Grundrapport*⁴. Disse indledende analyser er en del af grundlaget for udvælgelsen af resultater, som er præsenteret i temarapporterne.

Til grund for temarapporternes udvalg ligger flere kriterier:

- De globale selvvurderinger – mål som selvvurderet helbred, selvvurderet sundhed, trivsel i almindelighed, psykisk trivsel, selvvurderet fysisk form og kropsvurdering – giver en vigtig måling af, hvordan børnebefolkningen har det.
- Udvalgte resultater inden for temaet sundhedsadfærd – kost, og for de store børn risikoadfærd – præsenteres for at beskrive adfærd hos børn og unge, som kan påvirke helbredet på kort eller lang sigt. Især i forhold til kost er kun udvalgte spørgsmål præsenteret. Disse er valgt ud fra indikatorværdien og ud fra, hvorvidt svarfordelingerne i særlig grad giver anledning til bekymring eller det modsatte.
- En stor del af undersøgelsen beskæftiger sig med sygdomme (primært astma/allergi), sygelighed, symptomer og medicinforbrug. Dertil kommer spørgsmål om medfødte misdannelser og handicaps for de mindste. Af disse emner er kun præsenteret enkelte resultater, som er vurderet som de vigtigste af almen interesse.
- For de mindste børn er spørgsmål om motoriske milepæle medtaget.
- For de store børn er medtaget en række spørgsmål om deres sociale relationer og velbefindende.
- Endelig er spørgsmål om dagligdag og nærmiljø medtaget.

Temaer vedrørende sprogudvikling for de 3-årige samt sundhedsopfattelse, sundhedsdemokrati og sundhedsundervisning i skolen for de 11- og 15-årige er ikke medtaget. De to sidstnævnte temaer giver vigtig information om de unges syn på sundhed samt oplevelse af at have indflydelse herpå. Disse resultater vil blive behandlet i en selvstændig publikation på et senere tidspunkt.

Diskussionen og perspektivering i det følgende er foretaget på grundlag af de resultater, der fremgår af temarapporten for de 11- og 15-årige.

⁴ Dog er en række spørgsmål om daglige/ugentlige aktiviteter (tv, computer, organiseret og ikke-organiseret idræt m.m.) ikke opgjort, idet det har vist sig, at spørgsmålene har været for svære for respondenterne at svare på. Resultaterne er derfor forbundet med for stor usikkerhed til, at det er rimeligt at bruge dem.

Vurdering af resultaterne

Deltagelsen i undersøgelsen på tværs af de fire årgange er på 50 procent, jf. afsnit 1.3. Lavest er svarprocenten for de 15-årige, hvor svar fra 36 procent indgår i undersøgelsen. I alle fire årgange er ca. 10 procent af de indkomne svar (5-7 procent af hele populationen) udgået af undersøgelsen, fordi besvarelserne på grund af manglende underskrifter ikke kan samkøres med registerdata. Indhentning af sådanne underskrifter er ikke almindelig praksis i denne type undersøgelser, når disse foretages af forskningsinstitutioner, men de er fundet nødvendige i dette tilfælde, hvor undersøgelsen gennemføres af en kommune. Datagrundlaget udgør derefter 45 procent af populationen.

For nogle personer og familier kan det spille ind på villigheden til at deltage i undersøgelsen, at spørgeskemaet kommer fra en kommune, som måske ikke opfattes som lige så neutral som en forskningsinstitution. Den gennemsnitlige svarprocent på godt 50 – inklusive svar uden underskrifter – giver imidlertid ikke anledning til at konkludere, at det i væsentligt omfang har afholdt personer fra at svare.

Som det fremgår af afsnit 1.3, er data vægtet af Danmarks Statistik for at opregne for skævheder i frafaldet, men det må formodes, at der er skævheder, som vægtningen ikke kan rette op på. Der er vægtet for uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning, familieforhold m.v., men vægtning kan ikke tage højde for variationer i befolkningen, som ikke er opgjort i registre. Især må det formodes, at et omfattende spørgeskema om sundhed i højere grad vil blive besvaret af "de i forvejen motiverede" end af personer med mindre interesse for sundhedsspørgsmål. På denne baggrund er der en risiko for, at resultaterne undervurderer omfanget af lav trivsel og dårlig sundhedsadfærd.

Det må dog samtidig antages, at vægtningen tager højde for de fleste skævheder, og at tendenserne i resultaterne er korrekte. Generelt svarer resultaterne i denne undersøgelse da også til resultater fra andre undersøgelser⁵. Der er de samme tendenser i køns- og aldersforskelle i forbindelse med selvvurderet helbred og psykisk trivsel (SDQ), som andre undersøgelser viser. I denne undersøgelse viser selvvurderet sundhed, selvvurderet fysisk form og kropsvurdering endvidere sammen tendens: At selvvurderet helbred m.v. er lavere hos 15-årige end hos 11-årige, og at kønsforskellen samtidig skærpes således, at hvor der kun er en lille eller ingen kønsforskel for de 11-årige, så vurderer flere 15-årige piger end drenge deres eget helbred m.v. som dårligt. Resultaterne vedrørende symptomer viser samme tendens og ligger også i tråd med det, som andre undersøgelser viser.

Hvad angår alkoholforbrug, rygning og brug af stoffer, bekræfter denne undersøgelse også tendenserne i andre undersøgelser – samtidig med, at vi får et godt fingerpeg om hvilken type risikoadfærd, der er mest udbredt blandt de 15-årige. Uanset eventuelle underrapporteringer, står det klart, at erfaringer med alkohol, rygning, vandpiberygning og hash er udbredte blandt de unge, hvorimod langt færre har erfaringer med andre stoffer.

Selvrapporeret højde og vægt fører ofte til underestimering af omfanget af overvægt, idet der er en tendens til, at børn og unge i lighed med voksne angiver for

⁵ *Skolebørnsundersøgelsen 2010*, Rasmussen og Due (red.), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2011.
Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2008, Sundhedsstyrelsen, København 2010.
Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010, Mai Heide Ottosen et al., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København 2010.

høj højde og for lav vægt, hvorved den beregnede BMI bliver for lav. Sammenligning af BMI fra denne undersøgelse med andre resultater for kommunens børn og unge indikerer imidlertid, at der ud over denne underestimering også er en skævhed i, hvem der svarer. Sammenholdes resultaterne for BMI fra denne undersøgelse med målinger fra kommunens sundhedspersonale⁶, fremgår det, at gruppen af børn med højest BMI er dårligt repræsenteret i denne undersøgelse. Vægtningen i forhold til andre faktorer tager sandsynligvis højde for en del af denne underrepræsentation, men vi kan ikke vide præcis hvor meget. Da gruppen af svært overvægtige børn trods alt er lille, anfægter det stadig ikke de overordnede tendenser i resultaterne.

3.2 PERSPEKTIVER

Børnesundhedsprofiler fremover

Metoden i børnesundhedsprofilen, hvor der spørges i fire årgange mellem 3 og 15 år, er et samlet koncept, hvorfor dette afsnit omhandler hele undersøgelsen.

Udsendelse af spørgeskemaer til alle børn i en årgang er ressourcekrævende såvel i dataindsamling som i den efterfølgende dataklargøring. Da der for hver årgang skal sikres tilstrækkelig repræsentativitet i alle bydele, vil der – især i de to ældste årgange – næppe kunne reduceres nævneværdigt i antallet af skemaer, som skal udsendes, ved at vælge udsendelse ud fra stratificerede CPR-udtræk, såfremt den postale undersøgelsesmetode fastholdes. Derimod bør det overvejes, om indsamlingsmetoden kan effektiviseres ved at benytte en anden indsamlingsmetode eventuelt kombineret med et stratificeret sample.

For de 11- og 15-årige kan der overvejes en metode, hvor spørgeskemaet besvares elektronisk, for eksempel forud for sundhedssamtalerne med sundhedsplejersken eller som en samlet klasseaktivitet. Indsamling forud for indskolingsundersøgelsen kan måske også være aktuel for de 6-årige.

For de 3-årige skal der findes en anden indsamlingsmetode. Det vil i givet fald skulle ske gennem et samarbejde med for eksempel daginstitutionerne, sundhedsplejen og børnetandplejen, som ser børnene i de relevante aldersgrupper regelmæssigt.

Samtidig bør der arbejdes med et forenklet koncept med et kortere spørgeskema, ligesom de enkelte spørgsmål med fordel kan gøres lettere at forstå og besvare. Blandt de 11-årige børn havde selv børn med gode læsekundskaber ifølge flere forældre henvendelser behov for hjælp til at forstå og udfylde skemaerne.

Ændringer i spørgsmålsformulering og spørgemåde er i særdeleshed relevant for spørgsmålene om fysisk aktivitet, hvor intensiv fejlretning afslørede så omfattende variationer i svar og tolkning af spørgsmålene, at det ikke er forsvarligt at anvende besvarelsene.

Den forebyggende og sundhedsfremmende indsats

Faldet i selv vurderet helbred, fysisk form og sundhed fra 11 til 15 år er markant. Samtidig ses en stigning fra 11 til 15 år i symptomer som træthed, hovedpine og smerter i ryg, nakke og skuldre. Den negative udvikling gælder både piger og drenge, men er mest markant hos pigerne.

⁶ Seija Pearson et al. (2010), Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007, *Acta Pædiatrica* 99: 1675-1678.

I opgørelsen af SDQ sker der en stigning i andelen af piger med lav psykisk trivsel, især i dimensionen "følelsesmæssige vanskeligheder", som dækker over, at man er trist og ked af det. Der er også flest 15-årige piger, som føler sig ensomme af og til eller ofte.

Der er grund til at være opmærksom på den del af de store børn, som har sårbare sociale relationer. Ud fra undersøgelsens spørgsmål er det svært at komme med et præcist bud på omfanget, men en lille femtedel kan være socialt sårbare. Blandt disse vil være en stor del med lav psykisk trivsel. Analyserne viser, at der blandt børn/unge med lav psykisk trivsel er markant flere, som trives dårligt i skolen, mangler fortrolige relationer, føler sig ensomme og bliver mobbet, end blandt de øvrige børn/unge. Denne undersøgelses resultater peger ligesom SFIs undersøgelse om børn og unges velfærd og trivsel⁷ på, at det er relevant at overveje, hvilke kommunale tiltag der kan iværksættes eller styrkes for at støtte de socialt sårbare unge.

Hos de 15-årige piger ses en kropsovfattelse, som virker ude af trit med den faktiske forekomst af overvægt. Tendensen i resultaterne er, at mens der faktisk er flere overvægtige drenge end piger i 15-års-alderen, så er det pigerne, der synes, at de er for tykke. Knap 40 procent af de normalvægtige 15-årige piger mener selv, at de er for tykke. Disse resultater indikerer, at pigerne kæmper med deres egen selvopfattelse.

Der ses også en negativ udvikling i kostvaner fra 11 til 15 år, idet der springes flere hovedmåltider over og spises mere usundt blandt de 15-årige. Men hvor det især er pigerne, der springer måltider over, spiser de mere frugt og grønt og indtager mindre fastfood og sodavand end drengene. Igen måske et signal om, at pigerne er mere centrerede omkring deres udseende, om end de ikke nødvendigvis "gør det rigtige".

I denne undersøgelse findes 8 procent overvægtige eller svært overvægtige blandt de 15-årige. Resultatet bygger på selvrapporeret højde og vægt. Til trods for, at undersøgelsen finder en lidt lavere forekomst af overvægt og svær overvægt end forventet, er der fortsat behov for at fokusere på at forebygge overvægt ved at rådgive forældre om betydningen af sund mad og bevægelse samt ved, at der i kommunens institutioner systematisk skabes rammer for børnene, som sikrer bevægelse og fysisk aktivitet igennem leg og træning. Der kan også være muligheder i at støtte foreninger og klubber i at tilbyde sportstilbud til gruppen af børn, som ikke oplever at passe ind i de eksisterende tilbud.

Den kommunale sundhedstjeneste arbejder med en evidensbaseret metode beskrevet i "Vejen til sund vægt – et tilbud i sundhedsplejen", hvor sundhedsplejersken arbejder ud fra en evidensbaseret metode med det overvægtige barn og familien.

Udover forebyggelse og tidlig opsporing af overvægt er der behov for tilbud til børn, der har udviklet svær overvægt. Det foregår i BørnevægtsCentret, som gennem målrettede tilbud hjælper svært overvægtige børn og unge i alderen 8-15 år i at ændre sundhedsvaner.

Ovenstående antydede sammenhænge kan måske bestyrkes ved yderligere analyser af sammenhænge i resultaterne, men uanset dette, peger resultaterne

⁷ *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*, Mai Heide Ottosen et al., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København 2010.

samlet set på, at der er behov for at se på, hvordan man kan støtte pigerne ved indgangen til teenagealderen.

Resultaterne peger også på, at der er brug for en indsats generelt i forhold til sund kost og fysisk aktivitet. For drengene med fokus på at undgå udvikling af for usunde vaner med for meget fastfood og sodavand og for lidt frugt/grønt. De viste resultater vedrørende fysisk aktivitet tyder på, at der med fordel kunne gøres en øget indsats i skolen for at fremme denne.

Hvor "egen fysisk aktivitet" er mere udbredt blandt drenge end piger, svarer de næsten ens, når de skal bedømme, hvor fysisk aktive de er i timer, som ikke er idræt eller svømning. Til gengæld svares der forskelligt i bydelene. Og resultaterne peger på, at 11-årige oftere end de 15-årige tilbydes fysisk aktivitet i timer udenfor idræt/svømning.

Når en meget stor del af de 15-årige samtidig er stillesiddende i frikvartererne, er der basis for en indsats. Blandt de 15-årige piger er det knap 30 procent, som svarer, at de sjældnere end ugentligt bevæger sig i frikvarteret, "f.eks. ved at spille bold, gå eller løbe". Move@school og Skolesport er eksempler på indsatser rettet mod at øge elevernes fysiske aktivitetsniveau.

Med hensyn til de unges risikoadfærd peger resultaterne på, at der er brug for indsatser i forhold til såvel alkoholadfærd som rygning, vandpiberygning og hash. Andre undersøgelser⁸ viser, at der generelt er sket et markant fald de senere år i alkoholforbruget blandt 15-årige målt på andelen, som drikker alkohol ugentligt, men der er stadigvæk for mange unge, som drikker for meget. I denne undersøgelse er det 29 procent af de 15-årige, som har været fulde inden for den seneste måned. Skolerne i Københavns Kommune har adgang til et evidensbaseret undervisningsmateriale "Tackling", som kan bruges i 7., 8. og 9. klasse med det formål at forebygge brug af alkohol, tobak, hash og andre stoffer ved kombination af træning af personlige og sociale kompetencer med undervisning om alkohol, tobak, hash og andre stoffer. Skolerne i Københavns Kommune benytter Tackling hyppigst i 7. klasse, men indsatsen kan med fordel bruges i et 3-årigt forløb. Ligeledes er der udviklet et nyt undervisningsmateriale Reality Check, som har fokus på unges gensidige forventninger og misforståelser om alkohol og tobak.

⁸ *Skolebørnsundersøgelsen 2010*, Rasmussen og Due (red.), Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2011.

4 ALMEN TRIVSEL OG VURDERING AF EGEN SUNDHED

Indledningsvist præsenteres de store børn og unges generelle trivsel og vurdering af egen sundhed. Hvordan har du det? Hvordan synes du selv, at dit helbred er? Disse spørgsmål beskæftiger sig med personens basale oplevelse og vurdering af egen almentilstand. På den måde er de nogle af undersøgelsens centrale indikatorer for børn og unges sundhed.

4.1 DE STORE BØRN OG UNGE TRIVES OG FØLER SIG SUNDE

De fleste 11- og 15-årige har det godt og føler sig sunde, om end der ses et fald i både trivsel og helbredsbedømmelse fra de 11 til de 15 år. For begge årgange er der en stærkt signifikant sammenhæng mellem trivsel og selvbedømt helbred. Bedre trivsel hænger sammen med en oplevelse af bedre helbred.

Almen trivsel

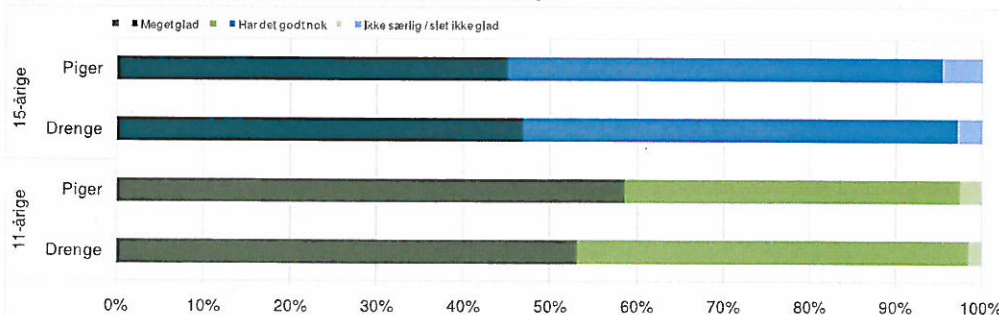
Den almene trivsel er blevet undersøgt med spørgsmålet om, hvordan man "har det for tiden".

Tabel 4.1. Hvordan har du det for tiden? (procent)

	11-årige (N=1753)	15-årige (N=1405)
Jeg er slet ikke glad	0,1	0,3
Jeg er ikke særlig glad	1,9	3,4
Jeg har det godt nok	42,1	50,3
Jeg er meget glad	55,9	46,0
I alt.....	100	100

Der sker et fald fra 11 til 15 år i den almene trivsel. Det vil fremgå undervejs i rapporten, at der generelt sker et fald i vurderingen af egen trivsel og velbefindende fra 11- til 15-årige. Faldet i trivsel er i overensstemmelse med fundene i SFI-undersøgelsen *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*.⁹

Figur 4.1. Hvordan har du det for tiden? Piger og drenge



11-årige: $p \leq 0,01$; 15-årige: NS

⁹ *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*, Mai Heide Ottosen et al., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København 2010.

Blandt de 11-årige trives flere piger end drenge rigtig godt, mens der ikke er signifikant kønsforskel i trivsel blandt de 15-årige. Der er ikke signifikant forskel på tværs af bydelene.

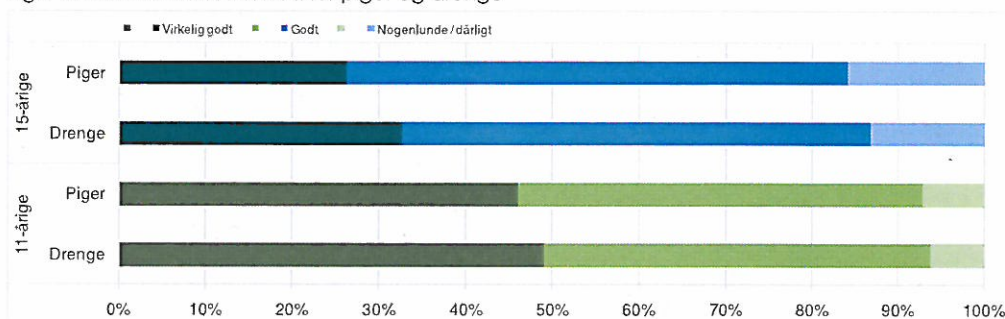
Selvurderet helbred

Den generelle helbredsmæssige trivsel er undersøgt ved hjælp af et spørgsmål, hvor svarpersonen bedes vurdere sit helbred. Der ses et markant fald fra 11 til 15 år i andelen, der vurderer deres helbred som "virkelig godt". Faldet er større for pigerne end for drengene.

Tabel 4.2. Synes du, at dit helbred er...? (procent)

	11-årige (N=1757)	15-årige (N=1424)
Dårligt.....	0,5	0,8
Nogenlunde	6,1	13,7
Godt.....	45,8	56,0
Virkelig godt.....	47,6	29,6
I alt.....	100	100

Figur 4.2. Selvurderet helbred for piger og drenge



11-årige: NS; 15-årige: p<0,05

4.2 "VI LEVER OG SPISER SUNDT!"

Nogenlunde sådan kan svarene fra såvel 11- som 15-årige sammenfattes. Langt de fleste i begge årgange oplever, at de både lever og spiser sundt. Samtidig er der et betydeligt mindretal på omkring 20 procent af de 15-årige, som ikke mener, at de lever sundt eller spiser sundt.

Der er en meget klar sammenhæng mellem svarene på de to spørgsmål. Således er det i begge årgange mellem 93 og 99 procent af dem, der angiver at leve sundt eller meget sundt, der også siger, at de spiser sundt eller meget sundt. Tilsvarende er det omkring 75 procent af dem, der mener, at de ikke lever særlig sundt, der heller ikke angiver at spise særlig sundt.

Almen sundhed

92 procent af de 11-årige og 81 procent af de 15-årige vurderer, at de lever sundt/meget sundt. Et tilsvarende billede ses i forhold til, om man spiser sundt. 90 procent af de 11-årige og 79 procent af de 15-årige oplyser, at de spiser sundt/meget sundt.

Tabel 4.3. Lever du et sundt liv? (procent)

	11-årige (N=1745)	15-årige (N=1421)
Jeg lever slet ikke sundt.....	0,3	0,5
Jeg lever ikke særlig sundt	7,9	18,5
Jeg lever sundt	70,5	67,1
Jeg lever meget sundt.....	21,3	14,0
I alt.....	100	100

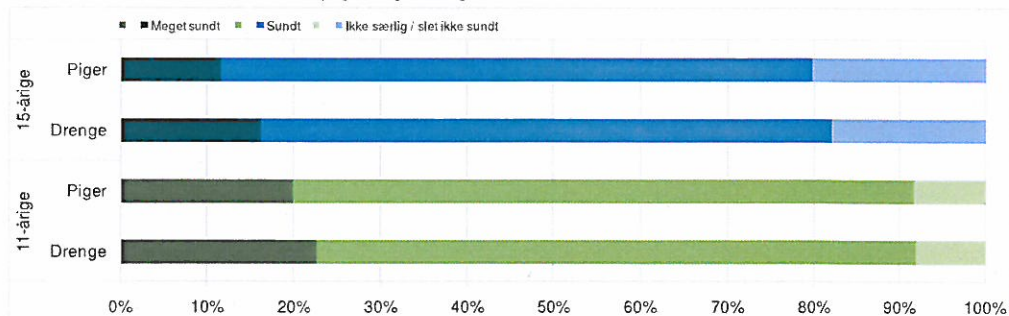
Tabel 4.4. Hvor sundt spiser du? (procent)

	11-årige (N=1752)	15-årige (N=1422)
Slet ikke sundt	-	0,3
Ikke særlig sundt.....	9,7	20,4
Sundt	74,0	69,5
Meget sundt.....	16,3	9,9
I alt.....	100	100

Blandt de 11-årige er der ikke signifikant forskel mellem kønnene på, om de mener, at de lever og spiser sundt, men der er forskel mellem bydelene.

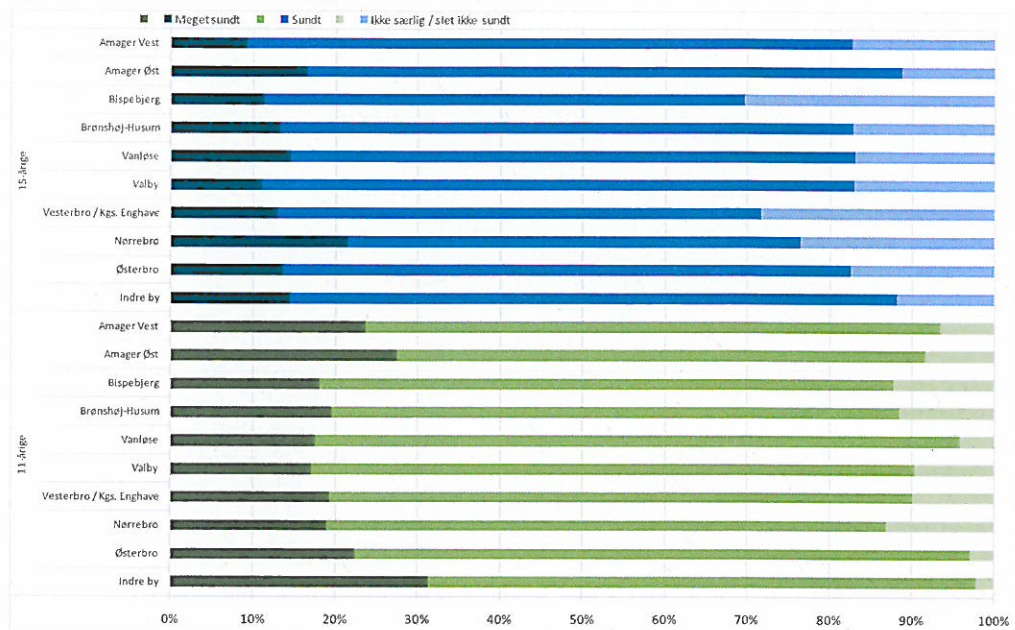
Blandt de 15-årige er der flere drenge end piger, der svarer, at de lever sundt. Der er ikke forskel i forhold til, om man spiser sundt. Også her er der signifikant forskel mellem bydelene.

Figur 4.3. "Lever et sundt liv" for piger og drenge



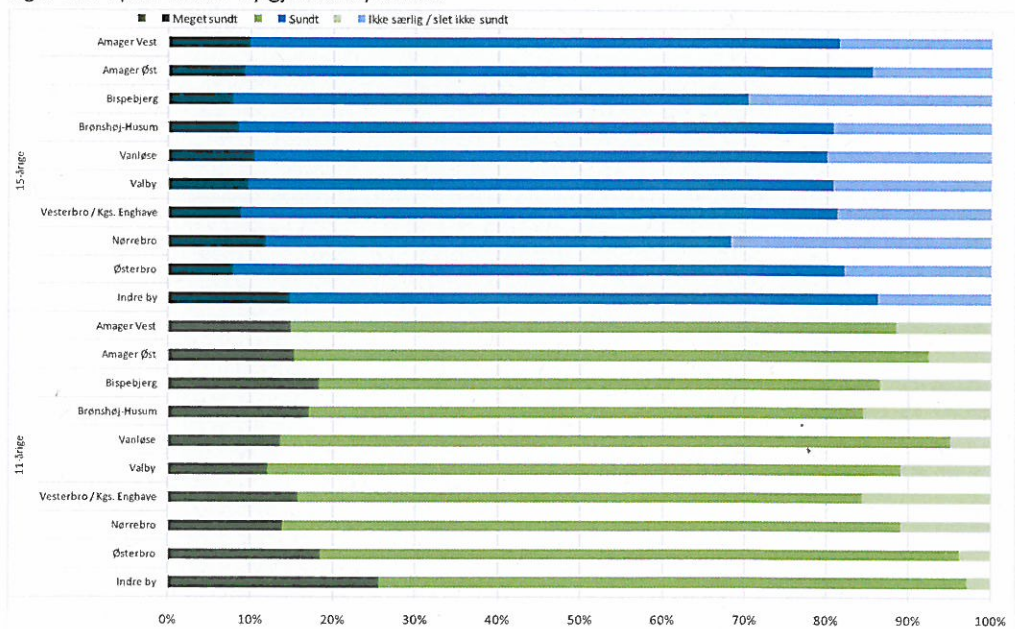
11-årige: NS; 15-årige: p<0,05

Figur 4.4. "Lever et sundt liv" opgjort for de 10 bydele



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

Figur 4.5. "Spiser sundt" opgjort for bydelene



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

Fysisk form

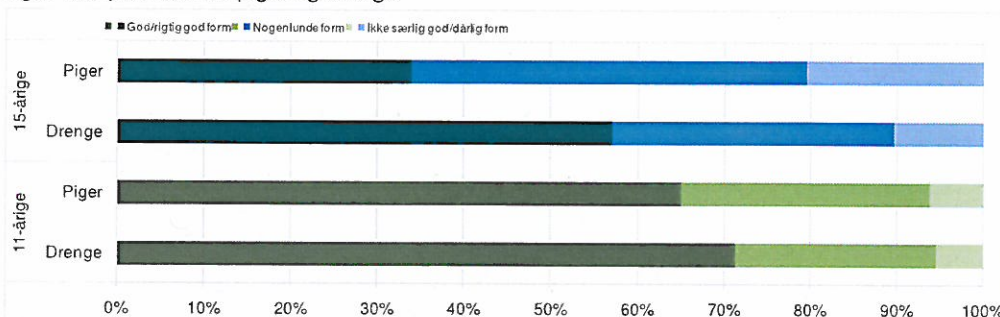
Tabel 4.5. Føler du dig i god eller dårlig form? (procent)

	11-årige (N=1750)	15-årige (N=1424)
I dårlig form.....	1,2	2,8
Ikke i særlig god form.....	4,6	12,5
I nogenlunde form.....	26,0	39,1
I god form.....	44,9	33,8
I rigtig god form.....	23,3	11,9
I alt.....	100	100

Der sker et drastisk fald i vurderingen af egen fysisk form fra 11-årige, hvor 68 procent føler sig i god eller rigtig god form, til 15-årige, hvor kun 46 procent angiver at være i god/rigtig god form.

Drengene oplever at være i bedre form, end pigerne oplever at være. Især hos de 15-årige er der forskel på drenge og piger. Der er ikke signifikant forskel mellem bydelene.

Figur 4.6. Fysisk form for piger og drenge



11-årige: $p \leq 0,05$; 15-årige: $p \leq 0,001$

Kropsvurdering

Børnene blev bedt om at vurdere egen krop med hensyn til vægt – er man for tyk, passende eller for tynd. I umiddelbar forbindelse hermed blev de spurgt, om de i øjeblikket prøver at tabe sig.

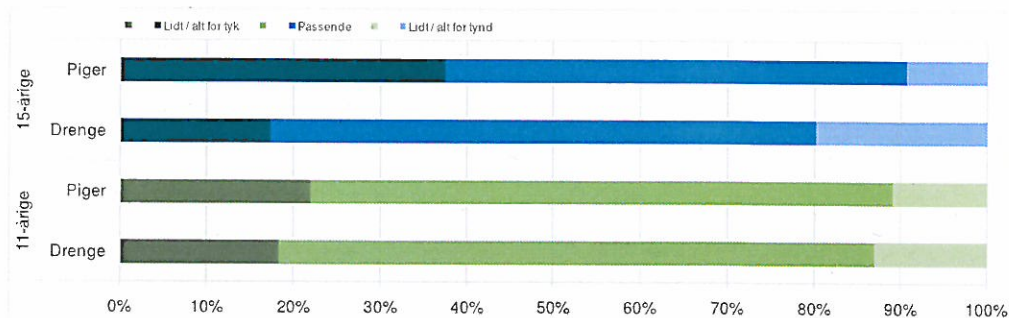
Tabel 4.6. Synes du, at din krop er...? (procent)

	11-årige (N=1752)	15-årige (N=1418)
Alt for tynd.....	2,1	2,4
Lidt for tynd.....	9,8	12,2
Passende.....	67,8	58,0
Lidt for tyk.....	18,2	25,7
Alt for tyk.....	2,0	1,8
I alt.....	100	100

Andelen med kropsvurderingen "passende" falder fra 11 til 15-årige. Især er der flere 15-årige, som vurderer egen krop som for tyk.

Det er især de 15-årige piger, der synes, at de er for tykke. Det gælder næsten 4 af 10, mens hver femte 15-årige dreng mener, at han er for tynd. Der er ikke signifikant kønsforskell blandt de 11-årige.

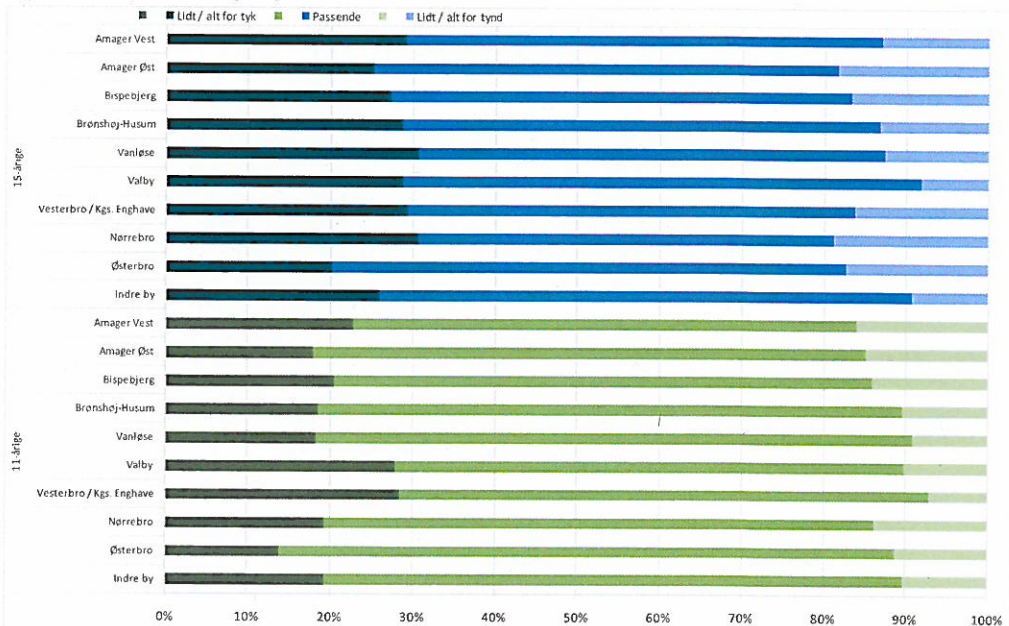
Figur 4.7. Kropsvurdering for piger og drenge



11-årige: NS; 15-årige: $p \leq 0,001$

Der er signifikant forskel mellem bydelen på de 11-åriges vurdering af egen krop. Der er færrest på Østerbro, som vurderer at være for tyk, og flest i Valby, på Vesterbro og Amager Vest. Mønsteret for de 15-årige ligner det for de 11-årige, men forskellene er ikke signifikante.

Figur 4.8. Kropsvurdering i bydelene



11-årige: $p \leq 0,05$; 15-årige: NS

Der er ikke overraskende sammenhæng imellem svarene på spørgsmålet om kropsvurdering og om man forsøger at tabe sig.

For de flestes vedkommende svarer de overensstemmende på de to spørgsmål. Blandt de 15-årige svarer 78 procent af dem, der har vurderet sig selv som "passende", at "min vægt er fin". 9 procent forsøger at tabe sig, og yderligere 11 procent ønsker at tabe sig. Blandt dem, der vurderer sig selv som henholdsvis "for tyk" eller "for tynd", er der også primært overensstemmelse. Knap halvdelen af de for tykke forsøger at tabe sig, og ligeså mange ønsker at tabe sig. To ud af tre af de for tynde forsøger at tage på. Samme mønster ses for de 11-årige.

Tabel 4.7. "Gør du noget for at tabe dig for tiden?" set i forhold til kropsvurdering (procent)

	11-årige (N=1750)			15-årige (N=1416)		
	For tynd	Passende	For tyk	For tynd	Passende	For tyk
Ja, jeg prøver at tabe mig.....	2,4	8,3	55,8	0,5	9,0	46,0
Nej, for jeg skal tage på.....	51,7	1,3	-	66,5	2,6	0,5
Nej, men jeg vil gerne tabe mig.....	2,4	7,7	35,1	4,4	10,9	48,1
Nej, min vægt er fin.....	43,5	82,8	9,1	28,6	77,5	5,4
I alt.....	100	100	100	100	100	100

11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

5 OVER- OG UNDERVÆGT

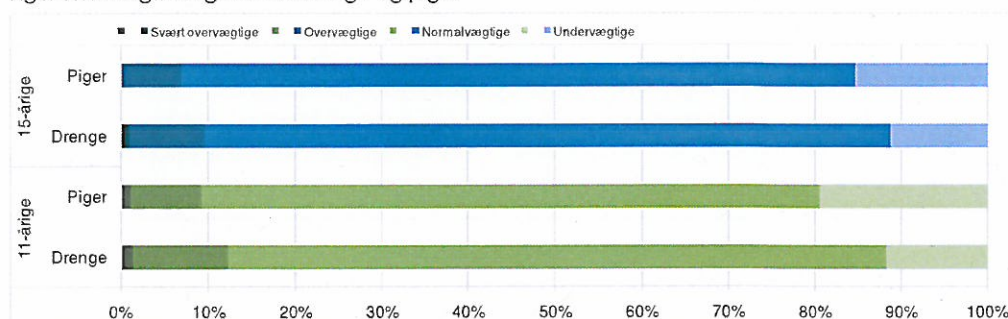
5.1 HVOR MANGE ER OVERVÆGTIGE?

8 procent overvægtige eller svært overvægtige blandt de 15-årige er markant færre, end det ses i andre opgørelser af overvægt blandt unge i København. Således viser en undersøgelse fra 2010 baseret på kommunallægernes registreringer, at der blandt de 14- til 16-årige skoleelever i København er ca. 25 procent overvægtige piger og 19 procent overvægtige drenge.¹⁰ I denne undersøgelse er de tilsvarende andele henholdsvis 7 og 10 procent.

Tabel 5.1. Børn og unge inddelt i vægtkategorier (procent)

	11-årige (N=1675)	15-årige (N=1362)
Svært overvægtige ¹¹	1,3	0,7
Overvægtige ¹¹	9,5	7,7
Normalvægtige ^{11,12}	73,6	78,4
Undervægtige ¹²	15,6	13,2
I alt.....	100	100

Figur 5.1. Vægtkategorier for drenge og piger



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

Inddelingen i vægtkategorier for normalvægtige, overvægtige, svært overvægtige og 3 grader af undervægtige er baseret på alders- og kønsspecifikke grænseværdier for body mass index (BMI)^{11,12}. BMI er beregnet ud fra højde og vægt, som respondenterne selv har angivet i spørgeskemaet.

I undersøgelser af voksne ses det, at kvinder generelt gør sig lettere, og mænd gør sig højere, når de selv skal angive højde og vægt. Begge dele fører til, at det beregnede BMI bliver lavere, end det faktisk er tilfældet. Det er rimeligt at antage, at denne tendens også vil gøre sig gældende blandt respondenterne i denne undersøgelse, ikke mindst blandt de 15-årige.

¹⁰ Seija Pearson et al. (2010), Overweight and obesity trends in Copenhagen schoolchildren from 2002 to 2007, *Acta Pædiatrica* 99: 1675-1678.

¹¹ Tim J Cole et al. (2000), Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, *BMJ* 320: 1240.

¹² Tim J Cole et al. (2007), Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey, *BMJ* 335: 194.

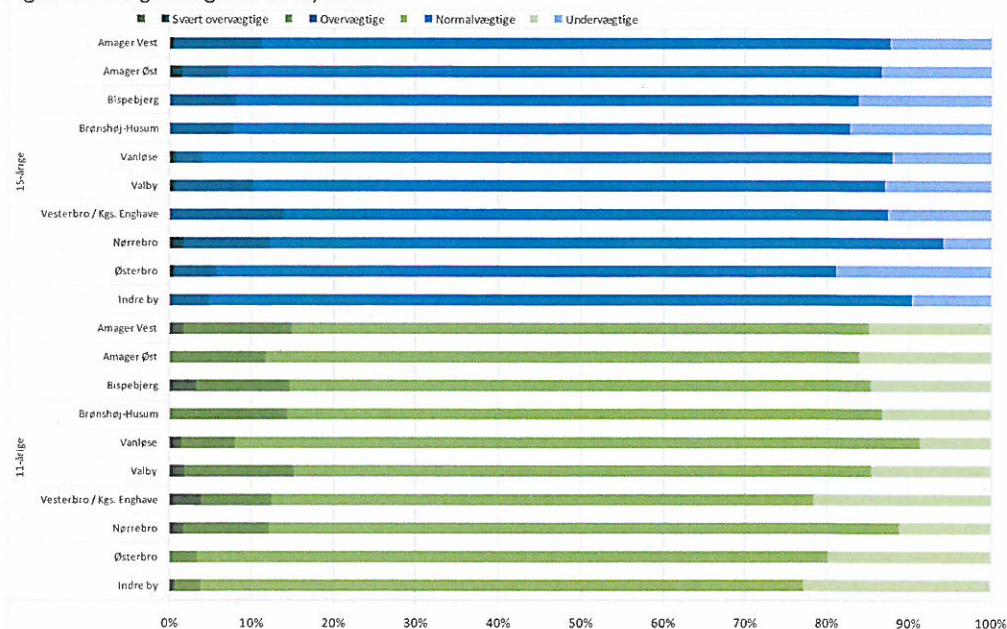
Gennemsnit af BMI i denne undersøgelse er 20,0 for både piger og drenge. Dermed er gennemsnittet 1,5 lavere for pigerne og 1,6 lavere for drengene end i kommunallægernes data. Tilsvarende forskelle ses i medianen¹³, hvorimod 95 percentilerne¹⁴ på 24,9 for drengene og 24,5 for pigerne i denne undersøgelse er betydeligt lavere end de værdier på henholdsvis 28,4 og 28,3 som findes ud fra kommunallægernes data.

Det indikerer, at det især er de overvægtige, som enten angiver for høj højde eller for lav vægt, eller som helt fravælger at deltage i undersøgelsen. En sammenligning af BMI fra denne undersøgelse parret med BMI fra kommunens elektroniske børnejournal indikerer, at en ulige fordeling i, hvem der fravælger at deltage, er en del af forklaringen.

I Sundhedsstyrelsens rapport *Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 – 2008*¹⁵ beskrives på landsplan 7 procent overvægtige piger blandt de 15-årige, mens andelen af overvægtige drenge er 16 procent. Blandt de 11-årige er de tilsvarende andele i Sundhedsstyrelsens undersøgelse 12 procent for pigerne og 10 procent for drengene. I denne undersøgelse er det henholdsvis 9 og 12 procent.

For pigerne og de 11-årige drenge ligner resultaterne af denne undersøgelse således resultaterne fra Sundhedsstyrelsen, mens det ser ud som om, at der er færre overvægtige drenge i denne undersøgelse end i Sundhedsstyrelsens undersøgelse, som også er en spørgeskemaundersøgelse. I Sundhedsstyrelsens undersøgelse af børn og unges sundhedsvaner udfyldes spørgeskemaerne anonymt i skolen.

Figur 5.2. Vægtkategorier for bydelene



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

¹³ Medianen er den BMI-værdi, som halvdelen af pigerne hhv. drengene ligger under og halvdelen over.

¹⁴ Den BMI-værdi, som 95 procent ligger under og 5 procent over.

¹⁵ *Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997 - 2008*, Sundhedsstyrelsen, København 2010.

Der er stærkt signifikante forskelle på fordelingen på vægtkategorier i de 10 bydele for begge årgange. De laveste andele af overvægtige findes i Indre by, på Østerbro og i Vanløse i begge årgange.

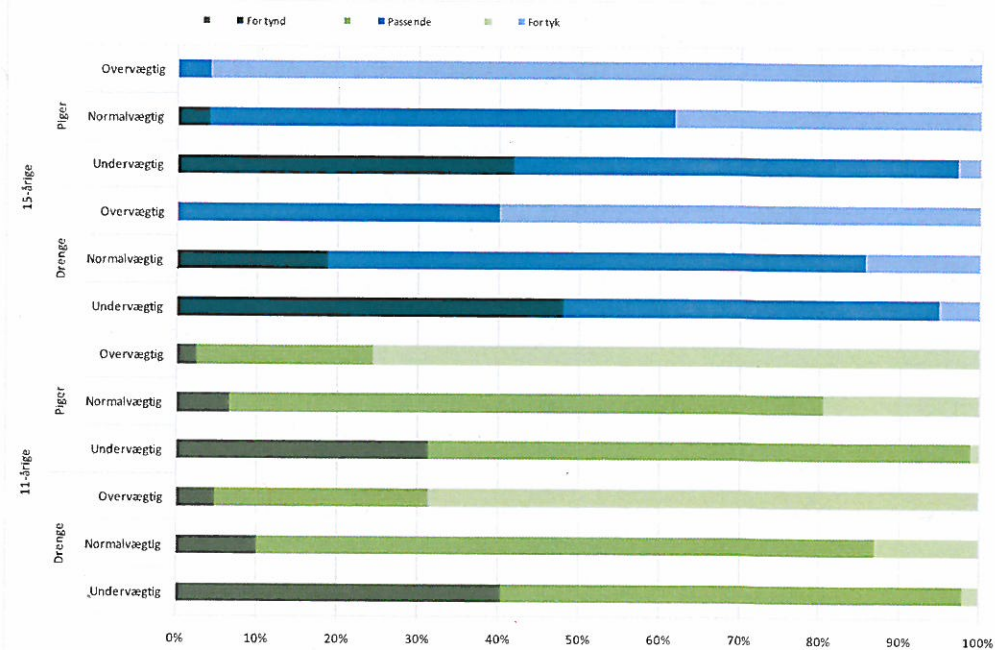
Fordelingen af undervægtige er mindre entydig på tværs af de to årgange. Hos de 11-årige er der flest undervægtige i Indre by og Vesterbro/Kgs. Enghave og færrest i Vanløse og på Nørrebro. For de 15-årige er der flest på Østerbro og i Brønshøj-Husum og færrest på Nørrebro og i Indre by.

5.2 DE OVERVÆGTIGE VED DET GODT SELV

De overvægtige 11- og 15-årige ved godt selv, at de vejer for meget. Sammenholdes vægtkategorierne 'overvægtig', 'normalvægtig' og 'undervægtig' med respondenternes egen kropsvurdering, fremgår det, at mellem 60 procent (15-årige drenge) og 96 procent (15-årige piger) af de overvægtige selv vurderer, at de er for tykke. Andelen for de 11-årige falder mellem disse to yderpunkter.

For de undervægtige er billedet knapt så tydeligt, idet der her er flere, der vurderer deres kropsvægt som 'passende' end som 'for tynd'. Et nærmere kig på tallene for undervægt viser dog, at der er sammenhæng med egen kropsvurdering. Langt de fleste af de undervægtige er i den mindst alvorlige kategori 1 'undervægtig' men vurderer deres krop som 'passende'. Der er nogle børn og unge, som falder i kategori 2 'moderat undervægtig'. De fleste af disse vurderer selv, at de er lidt for tynde. I kategori 3 'alvorlig undervægt'/'underernæret' er der meget få børn og unge. Til gengæld vurderer de fleste i begge aldersgrupper og begge køn deres vægt som 'passende', enkelte endda som 'lidt for tyk'. Begge dele tyder på et usundt forhold til egen krop.

Figur 5.3. Sammenhæng mellem vægtkategori og egen kropsvurdering



$p < 0,001$ for begge køn i begge aldersgrupper.

6 TANDBØRSTNING

Tandbørstning anses for at være en indikator for sundhedstilstanden generelt.

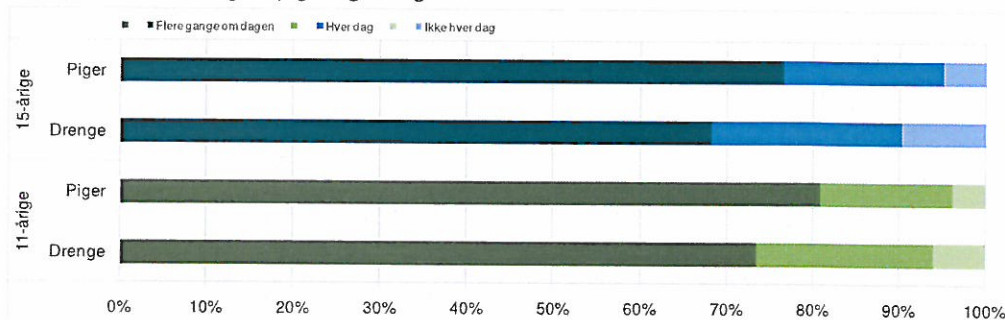
Tabel 6.1. Hvor ofte børster du tænder? (procent)

	11-årige (N=1760)	15-årige (N=1432)
Flere gange om dagen.....	77,3	72,5
En gang om dagen.....	17,9	20,3
4-6 gange om ugen.....	2,3	3,5
1-3 gange om ugen.....	2,4	3,2
Sjældnere.....	0,1	0,5
I alt.....	100	100

Det anbefales at børste tænder (mindst) to gange om dagen. Både andelen, der børster tænder flere gange dagligt, og andelen, der børster tænder dagligt, falder fra 11 til 15 år. Ser vi på, hvor mange der ikke børster tænder hver dag, er andelen henholdsvis 5 og 7 procent.

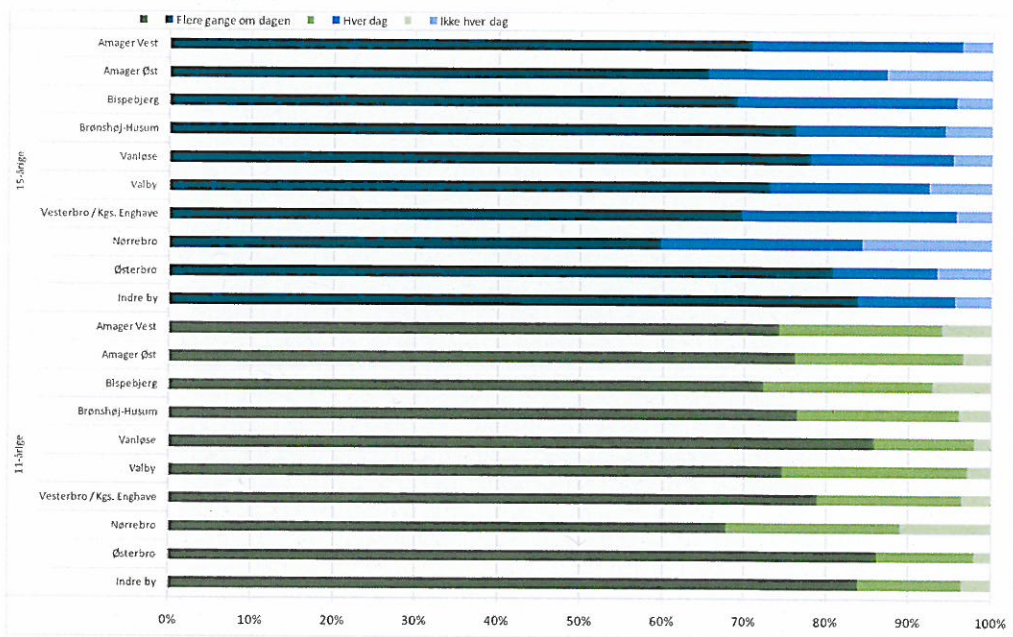
Blandt både 11- og 15-årige er det især pigerne, der børster tænder flere gange dagligt. Der er signifikant forskel på tandbørstningen mellem bydelene, og mønstret er ens for de 11- og de 15-årige.

Figur 6.1. Tandbørstning for piger og drenge



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

Figur 6.2. Tandbørstning i bydelene



11-årige: $p \leq 0,001$; 15-årige: $p \leq 0,001$

7 SELVVURDERET PSYKISK TRIVSEL

I Børnesundhedsprofilen belyses den psykiske trivsel ved hjælp af det såkaldte SDQ-instrument (Strengths and Difficulties Questionnaire).¹⁶

SDQ er et spørgeskemabaseret screeningsværktøj, som kortlægger symptomer på psykiske problemer og afvigende adfærd hos børn og unge samt belastningen af disse symptomer (3-16 år).

Det kan bruges som indledning til en klinisk vurdering af barnet/den unge, hvor det udfyldes af forældre og fagpersonale og evt. af barnet/den unge selv (11-16 år). Den kliniske orientering mod afdækning af afvigende adfærd gør, at screeningen ikke nuancerer "den gode ende" af spektret af psykisk trivsel, og det er lidt en tilsnigelse at kalde resultatet for selvvurderet psykisk trivsel. Dette til trods anvendes SDQ i dag også i større forskningsbaserede undersøgelser. Denne undersøgelse lægger sig i forlængelse af disse.¹⁷

Et batteri bestående af 25 udsagn belyser følgende fem dimensioner:

- Følelsesmæssige vanskeligheder
- Adfærdsproblemer
- Hyperaktivitet/opmærksomhedsproblemer
- Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende
- Sociale styrkesider.

Ved anvendelse i praksis er det en vigtig pointe, at kortlægningen af symptomer er suppleret med en række spørgsmål om, hvor vidt barnet faktisk oplever/opleves at være belastet af de givne symptomer ud fra en antagelse om, at omgivelserne har en betydning for, hvor vidt en adfærd er problematisk.

SDQ-resultatet opgøres som en score for "vanskeligheder" og en score for "sociale styrkesider". På baggrund af den første kan populationen inddeles i børn/unge, der falder indenfor normalområdet, i grænseområdet til eller udenfor normalområdet. Anskuet på denne måde fordeler de 11- og 15-årige sig som angivet i Tabel 7.1.

Tabel 7.1. Psykisk trivsel ud fra SDQ (procent)

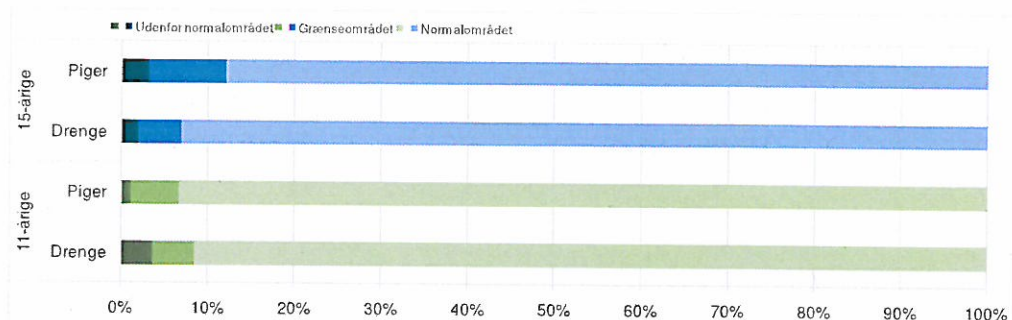
	11-årige (N=1731)	15-årige (N=1413)
Normalområdet.....	92,4	90,5
Grænseområdet til normalområdet.....	5,2	6,8
Udenfor normalområdet.....	2,4	2,7
I alt.....	100	100

Der er signifikant forskel mellem drenge og piger; mens flest drenge scorer sig selv udenfor normalområdet blandt de 11-årige, gælder det flest piger blandt de 15-årige.

¹⁶ Se f.eks. www.sdqinfo.org

¹⁷ Bl.a. i *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*, Mai Heide Ottosen et al., SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, København 2010.

Figur 7.1. Psykisk trivsel for piger og drenge



11-årige: $p \leq 0,01$; 15-årige: $p \leq 0,01$

I *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010* finder SFI, at flere drenge end piger har dårlig psykisk trivsel gennem den første del af barndommen, indtil det vender ved 15-års-alderen, "hvor piger begynder at få det værst". Samme tendens ses på tværs af alle fire årgange i denne undersøgelse. Ser man på scorene på de fem dimensioner på tværs af årgange og køn, skyldes det primært to forhold: Drengene scorer højere end pigerne på hyperaktivitet/opmærksomhedsproblemer indtil 15-årsalderen, hvor pigerne scorer lige så højt som drengene på denne dimension. Samtidig scorer de 15-årige piger højt på følelsesmæssige vanskeligheder.