



ANALYSE: SOCIALE FORSKELLE I SUNDHED BLANDT BØRN

SOCIALT OG ØKONOMISK TRÆNGTE BØRN HAR FLERE SUNDHEDSPROBLEMER

Børn fra socialt og økonomisk dårligt stillede familier er oftere syge, får oftere medicin og er mindre tilfredse med deres egen sundhed, end andre børn. Det viser Børnerådets undersøgelse blandt 3.722 elever i 7. klasse. I undersøgelsen har Børnerådet konstrueret fem socialklasser, og undersøgelsen viser, at børnene fra laveste socialklasse sjældnere tror på, at de får et godt liv som voksne sammenlignet med andre børn.

Undersøgelsen viser også en sammenhæng mellem forældrenes sociale og økonomiske status og børnenes besøg og oplevelser hos lægen. Børnene fra laveste socialklasse er oftere til lægen, men oplever alligevel, at de ikke altid kommer til lægen, når de har behov for det. Når disse børn er hos lægen, oplever de i mindre grad end børn fra andre socialklasser, at lægen henvender sig direkte til dem. Børnene fra laveste socialklasse er også oftere usikre på, om deres forældre forstår dét, lægen siger.

UNDERSØGELSENS HOVEDRESULTATER

- 62 pct. af børnene fra laveste socialklasse har haft mindst én sygedag fra skolen den seneste måned, mens det samme gælder for 48 pct. af børnene fra middelklassen og 53 pct. af børnene fra overklassen.
- 29 pct. af børnene fra laveste socialklasse har fået medicin mod mavepine. Det samme gælder for 19 pct. af børnene fra middelklassen og 16 pct. af børnene fra overklassen.
- 71 pct. af børnene fra laveste socialklasse tror på, at de kan klare det, de sætter sig for, mens det samme gælder for 95 pct. af børnene fra overklassen.
- 16 pct. af børnene fra laveste socialklasse er overvægtige eller svært overvægtige mod 9 pct. af børnene fra andre socialklasser.
- 6 pct. af børnene fra laveste socialklasse føler i mindre grad eller slet ikke, at lægen lytter til dem, mens det samme gælder for 3 pct. af børnene fra andre socialklasser.

OM UNDERSØGELSEN

Analysen bygger på en spørgeskemaundersøgelse i Børnerådets Børne- og Ungepanel, hvor 3.722 børn i 7. klasse har besvaret et spørgeskema, samt en række eksplorative og opfølgende gruppeinterviews med i alt 24 børn i 7. klasse. 6 pct. af de børn, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen, var 12 år, 80 pct. var 13 år, 13 pct. var 14 år, og 1 pct. var 15 år. Vi betegner samlet set gruppen som 13-14-årige. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført i november-december 2016. Undersøgelsens metoder er beskrevet bagerst i notatet.

Undersøgelsen er finansieret af

VELUX FONDEN



SOCIALE FORSKELLE I BØRNS SUNDHED ER UDBREDT

Sociale forskelle i sundhed er dokumenteret i mange undersøgelser (Sundhedsstyrelsen, 2011; Holstein m.fl., 2007), og flere samfund er karakteriseret ved, at der er forskelle mellem sociale grupper, når det kommer til levevilkår, livschancer og fordeling af grundlæggende goder, som fx sundhed, fravær af sygdom, adgang til behandling eller forebyggende indsatser i sundhedsvæsenet (Holstein m.fl., 2007; Kjølner m.fl., 2007).

I denne undersøgelse har Børnerådet fokus på børns socioøkonomiske baggrund og deres selvoplevede sundhed og sygdom. Undersøgelsen viser, at der er gennemgående forskelle på børnenes oplevelser af deres egen sundhed afhængigt af familiens økonomi, hvor mange forsørgere barnet har og forsørgernes arbejdsmæssige status. Børnene fra laveste sociale klasse, socialklasse 5, er mere udsatte i forhold til dårlig mental sundhed, fx har de oftere lavt selvværd, de fortæller om lavere livstilfredshed, og de er oftere ensomme. Undersøgelsen viser også, at denne gruppe af børn oftere er syge, og at de har sværere ved at forstå, hvad deres praktiserende læge siger, end børn fra andre familier har. Undersøgelsen skriver sig dermed ind i en række af undersøgelser, der peger på, at sociale forskelle i sundhed er et udbredt fænomen i Danmark (fx Kjølner m.fl., 2007; Groth m.fl., 2013).

I undersøgelsen af sociale forskelle i børns oplevede sundhed og sygdom har vi konstrueret fem

socialklasser, som bygger på antallet af forsørgere i barnets hjem, forsørgernes beskæftigelsesstatus og erhverv samt familiens økonomi. Alle tre indikatorer er baseret på børnenes egne oplysninger.

BØRNERÅDETS FEM SOCIALKLASSER

Socialklasse 1: Overklassen

Fx et barn, der bor med sin mor og far, hvor moren arbejder som tandlæge, og faren er advokat. Barnet vurderer, at familien har mange flere penge end andre familier.

Socialklasse 2: Den højere middelklasse

Fx et barn, der bor med sin mor og far, hvor moren arbejder som pædagog, og faren er journalist. Barnet vurderer, at familien har mange flere penge end andre familier.

Socialklasse 3: Middelklassen

Fx et barn, der bor med sin mor og far, hvor moren arbejder som bankassistent, og faren er selvstændig i et enkeltmandsfirma. Barnet vurderer, at familien har lidt flere penge end andre familier.

Socialklasse 4: Arbejderklassen

Fx et barn, der kun bor med sin far, men har kontakt med sin mor. Moren arbejder som social- og sundhedsassistent, og faren arbejder som tømrer. Barnet vurderer, at familien har samme mængde penge som andre familier.

Socialklasse 5: Underklassen

Fx et barn, der kun bor med sin mor, der ikke har et arbejde. Barnet vurderer, at familien har færre penge end andre familier.

Se metodeafsnittet bagerst for mere information om de fem socialklasser



Det kan være, man næsten ikke gider gå i skole, eller at man bare vil blive derhjemme og spille.

ELIAS 14 ÅR

LIVSTILFREDSHED NU OG SOM VOKSEN

Livstilfredshed kan bruges som en indikator for menneskers mentale sundhed og er et udtryk for en subjektiv vurdering af livet (Due, 2014). I 2014 konkluderede Statens Institut for Folkesundhed, at andelen af børn med høj livstilfredshed er faldet siden 2002, og at flere drenge end piger har høj livstilfredshed (Pedersen, 2015). Denne sammenhæng mellem køn og livstilfredshed findes også i Børnerådets undersøgelse, hvor henholdsvis 45 pct. af drengene og 35 pct. af pigerne har høj livstilfredshed.

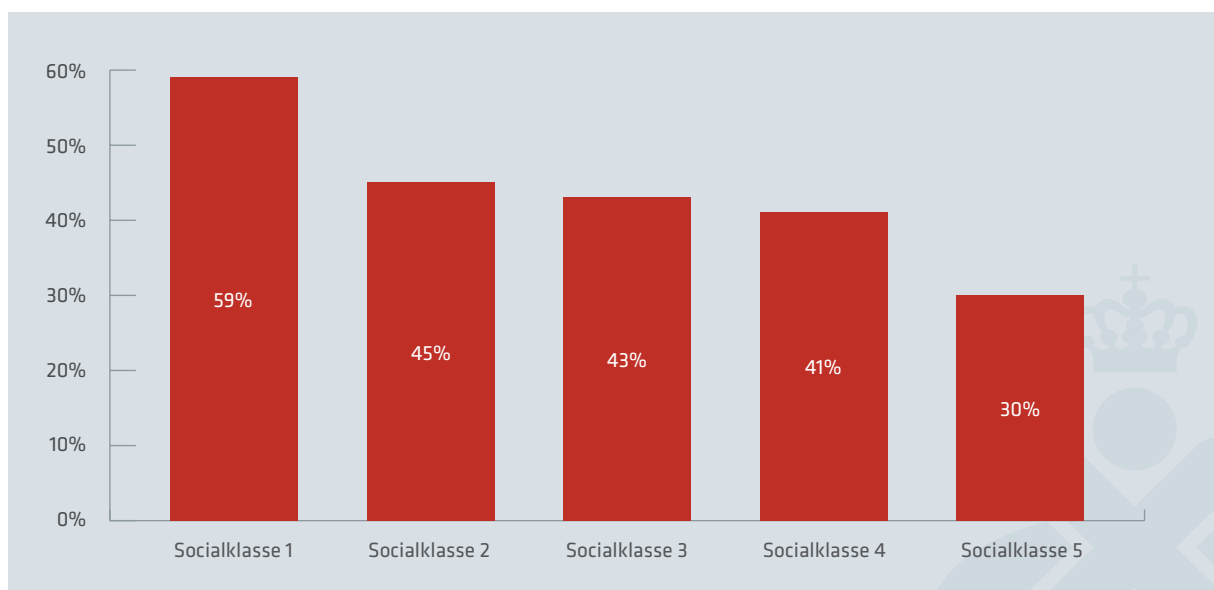
I undersøgelsen er der også en sammenhæng mellem børnenes familiebaggrund og deres nuværende og fremtidige livstilfredshed. Figur 1 viser, at 59 pct. af børnene fra socialklasse 1, har høj livstilfredshed, mens det samme gælder for 30 pct. af børnene fra socialklasse 5. Figuren viser desuden en tendens, der

falder med hver socialklasse. Det er også tidligere vist, at børn fra familier, hvor de voksne har laverestående jobs og lavt uddannelsesniveau, oftere end andre børn angiver, at de ikke er glade for livet (Rayce m.fl., 2007).

Figur 2 viser, at tendensen går igen, når det gælder børnenes tro på fremtiden. Mens 80 pct. af børnene fra socialklasse 1 tror, at de får høj livstilfredshed som voksne, gør det samme sig gældende for 46 pct. af børnene fra socialklasse 5.

Elias på 14 år beskriver, hvordan det kan føles, hvis man ikke er tilfreds med livet: "Det kan være, man næsten ikke gider gå i skole, eller at man bare vil blive derhjemme og spille. Eller det kan være, man får det så dårligt, at man hellere vil dø end at gå i skole og have et liv. Eller at blive voksen."

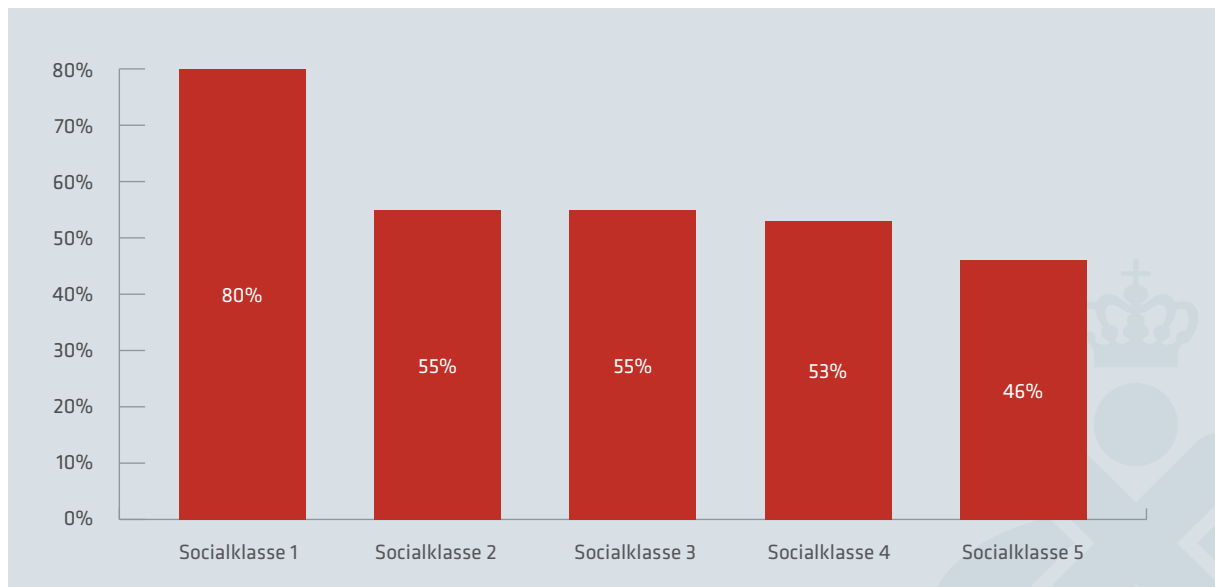
FIGUR 1: FÆRREST BØRN FRA SOCIALKLASSE 5 HAR HØJ LIVSTILFREDSHED



Antal svar: 3.293

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Her er en skala. 10 betyder 'det bedst mulige liv for dig', og 0 betyder 'det værst mulige liv for dig'. Hvor på skalaen synes du selv, du er for tiden?* Søjlerne i figuren viser børn, der har en høj livstilfredshed. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

FIGUR 2: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 TROR SJÆLDNERE END ANDRE BØRN, AT DE FÅR HØJ LIVSTILFREDSHED SOM VOKSNE



Antal svar: 3.293

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Tænk på, når du bliver voksen. Her er en skala. 10 betyder 'det bedst mulige liv for dig', og 0 betyder 'det værst mulige liv for dig'. Hvor på skalaen tror du, du er, når du er voksen?* Søjlerne i figuren viser børn, der tror, de får en høj livstilfredshed som voksne. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

Deniz på 14 år forklarer, hvordan det kan påvirke børns liv, hvis troen på et godt, fremtidigt liv er begrænset: "Jeg tænker, at de giver lidt op på forhånd, inden det er sket, hvis de siger, de ikke får et godt liv som voksne. Så prøver de måske lidt mindre i skolen, og så er der mindre sandsynlighed for, at de får et godt liv."

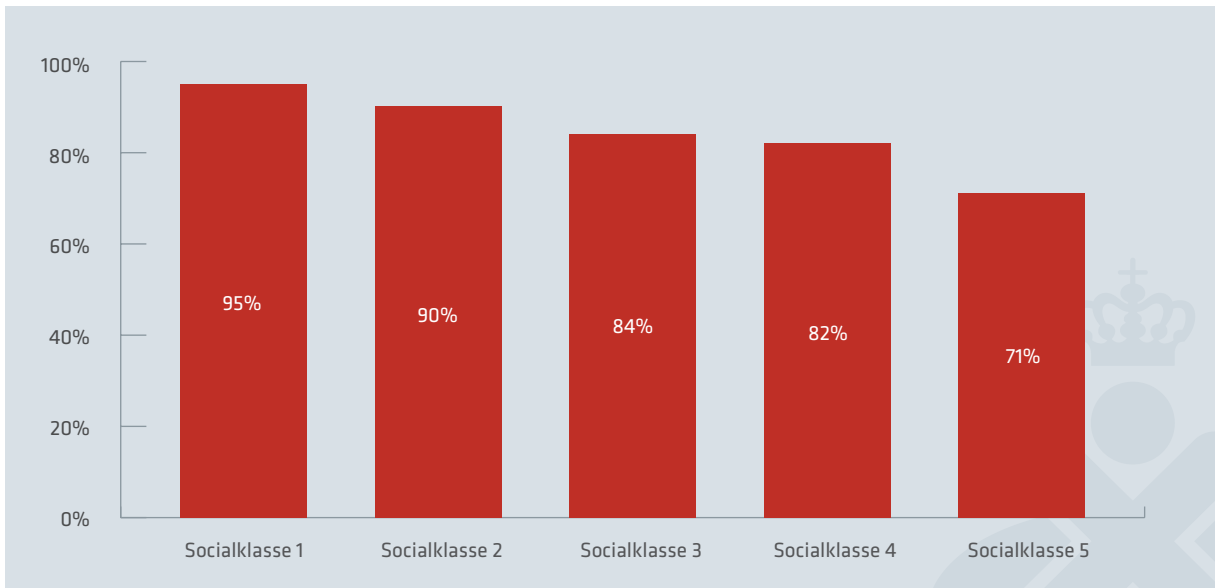
KAN JEG KLARE DET, JEG SÆTTER MIG FOR?

Én måde at måle børns mentale sundhed er ved at se på begrebet *self-efficacy*. Begrebet handler om barnets oplevelse af at have kontrol over sit eget liv, det vil sige, at barnet oplever at kunne sætte sig mål og gennemføre det på en måde, som barnet synes er tilfredsstillende (Holstein m.fl., 2015; Gallagher, 2012). Begrebet siger altså ikke noget om, hvorvidt barnet opnår målet, men om barnets vurdering af om det kan udføre de nødvendige handlinger (Gallagher, 2012).

Børnerådets undersøgelse viser, at børnene fra socialklasse 5 ikke har lige så høj grad af *self-efficacy* som andre børn. Figur 3 viser, at 71 pct. af børnene fra socialklasse 5 vurderer, at de for det meste kan klare det, de sætter sig for, mens det samme gælder for 95 pct. af børnene fra socialklasse 1. Igen er der en faldende tendens for de fem socialklasser.

Et andet mål for *self-efficacy* er, hvorvidt barnet føler, det kan løse de udfordringer, det møder i livet. Figur 4 viser, at færre børn fra socialklasse 5 har en høj grad af *self-efficacy*. Mens 90 pct. af børnene fra socialklasse 1 mener, at de for det meste kan finde en løsning på deres problemer, hvis de prøver hårdt nok, har 66 pct. af børnene fra socialklasse 5 samme oplevelse.

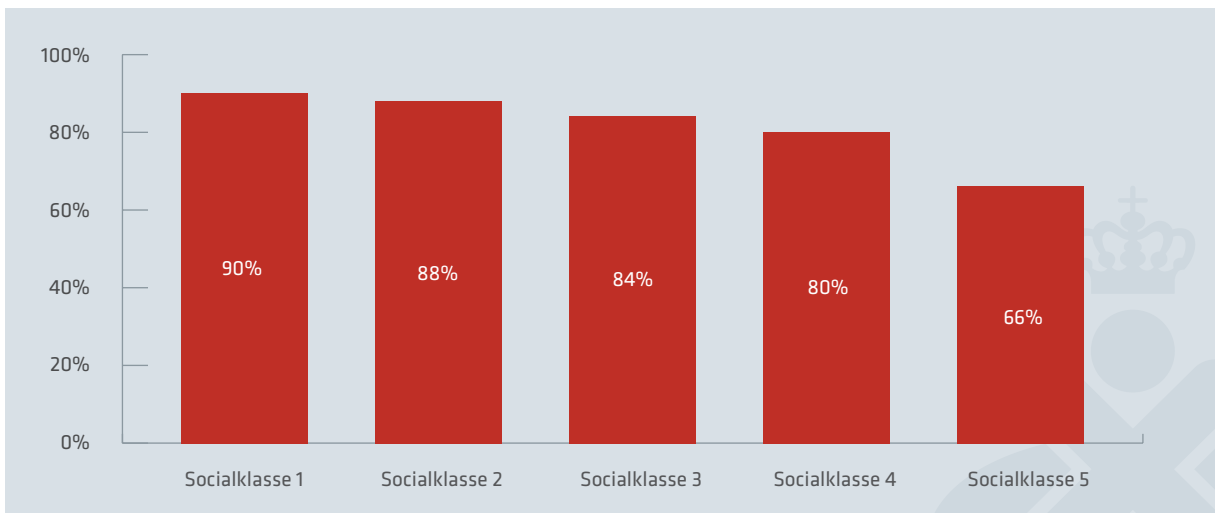
FIGUR 3: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 OPLEVER SJÆLDNERE END ANDRE BØRN, AT DE KAN KLARE DET, DE SÆTTER SIG FOR



Antal svar: 3.239

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Hvor tit klarer du det, som du sætter dig for?* Søjlerne i figuren viser børn, der oplever at kunne klare dét, de sætter sig for. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

FIGUR 4: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 OPLEVER SJÆLDNERE END ANDRE BØRN, AT DE KAN FINDE EN LØSNING PÅ DERES PROBLEMER



Antal svar: 3.293

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Hvor tit kan du finde en løsning på problemer, hvis du prøver hårdt nok?* Søjlerne i figuren viser børn, der føler, de kan finde en løsning på deres problemer. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

13-årige Carl har et bud på, hvordan familiebaggrund kan spille ind på et barns tanker om egne evner: "Hvis man er et barn fra en velstillet familie, så tænker man sikkert, 'min far er rig, han er dygtig, han kan sikkert finde ud af det'. Så er det ens syn på verden." Ifølge Carl spejler barnet sig altså i forældrenes evner i forhold til at forfølge sine mål. Denne pointe stemmer overens med teori om self-efficacy, hvor det at være vidne til andres succesoplevelser er en effektiv måde at udvikle tro på sine egne evner (Gallagher, 2012).

Blandt de børn, vi har interviewet, er der enighed om, at det er vigtigt at opleve, man kan klare de mål, man sætter sig for. 13-årige Kimmie siger fx: "Jeg tænker, at det er hårdt hele tiden at få en følelse af, at man er dårligere, end hvad man burde være." Villads på 13 år mener, at hvis man som barn ikke føler, man kan klare det, man sætter sig for, så får man det svært. Han mener, det kan påvirke et barns evne til at handle: "Det er lidt det, de voksne tit siger, at hvis du siger til dig selv, at du ikke kan, så kan du ikke." Det er også en teoretisk pointe, at et menneskes tillid til egne evner er en af de mest afgørende faktorer for succes (Gallagher, 2012).

BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 TRIVES DÅRLIGERE END ANDRE BØRN

Undersøgelsen viser også tendenser på sociale forskelle i forhold til andre indikatorer for mental sundhed. Fx har 71 pct. af børnene fra socialklasse 1 et højt selvværd, mens det samme gælder for 43 pct. af børnene fra socialklasse 5. Desuden fortæller 11 pct. af børnene fra socialklasse 5, at de oplever 5-8 fysiske og psykiske mistrivselssymptomer mindst ugentligt mod 4 pct. af alle andre børn.

DE OTTE MISTRIVSELSSYMTOMER I BØRNERÅDETS UNDERSØGELSE

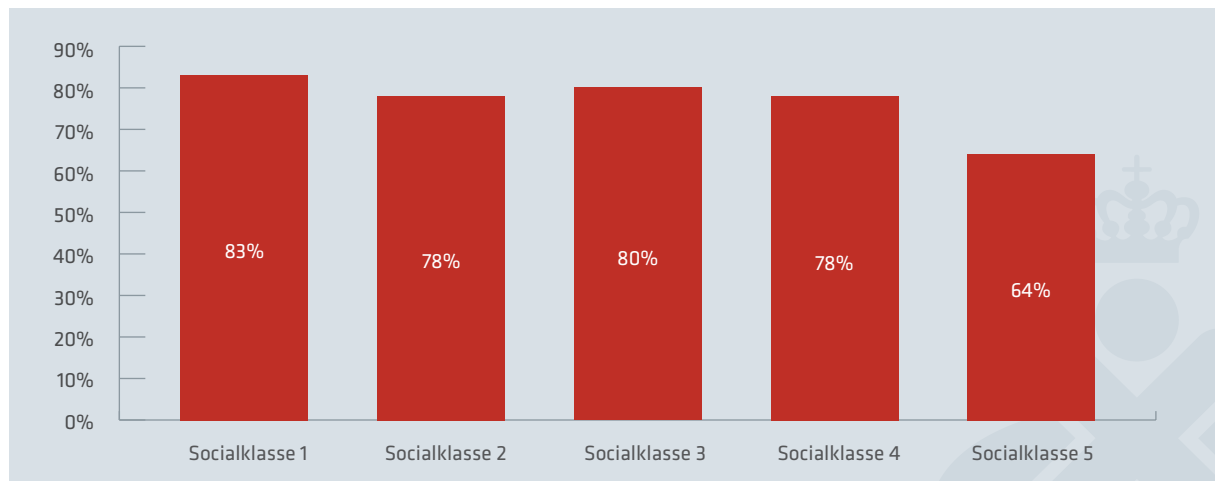
- Hovedpine
- Mavepine
- Ondt i ryggen
- Ked af det
- Irritabel/i dårligt humør
- Nervøs
- Svært ved at falde i søvn
- Svimmel

Se metodeafsnittet bagerst for yderligere information om mistrivselssymptomerne.

” Hvis man er et barn fra en velstillet familie, så tænker man sikkert, 'min far er rig, han er dygtig, han kan sikkert finde ud af det'. Så er det ens syn på verden.

CARL 13 ÅR

FIGUR 5: FLEST BØRN FRA SOCIALKLASSE 1 SVARER, AT DE SJÆLDENT ELLER ALDRIG FØLER SIG ENSOMME



Antal svar: 3293

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Føler du dig ensom?* Søjlerne i figuren viser børn, der sjældent eller aldrig føler sig ensomme. Se metodeafsnittet for information om socialklassevariablen.

Figur 5 viser, at 64 pct. af børnene fra socialklasse 5 sjældent eller aldrig føler sig ensomme, mens 83 pct. af børnene fra socialklasse 1 har samme oplevelse.

For 14-årige Elias er det en nærliggende tanke, at familiens økonomi kan have betydning for børns sociale liv: "Det kan være, fordi at børnene i den velstillede familie fx kan få den nye PlayStation eller Xboks, og de andre børn så vil hjem til den person. Hvor børn, der måske ikke lige har de nyeste ting, så er der ikke nogen, der vil hjem til dem, for det har de garanteret selv, og så synes de bare, det er kedeligt." Undersøgelser fra Børnerådet og SFI – Det Nationale Forskningscenter For Velfærd har også tidligere konkluderet, at familiens socioøkonomiske position er forbundet med sociale afsavn for barnet (Benjaminen m.fl., 2016; Børnerådet, 2016b).

Ensomheden hos børnene fra socialklasse 5 kan også hænge sammen med, at ledighed ofte er forbundet med lav social status (Christoffersen, 2002). Tine på 13 år mener, at børn måske skammer sig over, at forældrene står uden for arbejdsmarkedet: "Hvis man

synes, det er lidt pinligt, at ens forældre ikke har et arbejde, så kan det godt være, man ikke vil have, at folk ved det. Så kan det være, man ikke vil have, at de andre skal komme hjem til én."

"DET HANDLER MEGET OM KROP"

Når det handler om børnenes vægt, viser undersøgelsen, at selvom størstedelen af børnene, 83 pct., har et BMI, der svarer til normalvægt, er kun 70 pct. af børnene tilfredse med deres vægt (læs mere om BMI-variablen i metodeafsnittet). Det ligger i tråd med andre undersøgelser, der viser, at der ikke nødvendigvis er overensstemmelse mellem børns faktiske vægt og deres kropstilfredshed. Skolebørnsundersøgelsen fra 2011 viste fx, at også normalvægtige børn kan føle sig for tykke (Due & Rasmussen, 2011). Vores undersøgelse viser dog, at det særligt er de børn, som er overvægtige eller svært overvægtige, der er utilfredse med vægten. 32 pct. af de overvægtige eller svært overvægtige børn er slet ikke tilfredse med deres vægt, mens 8 pct. af de normalvægtige børn svarer det samme.

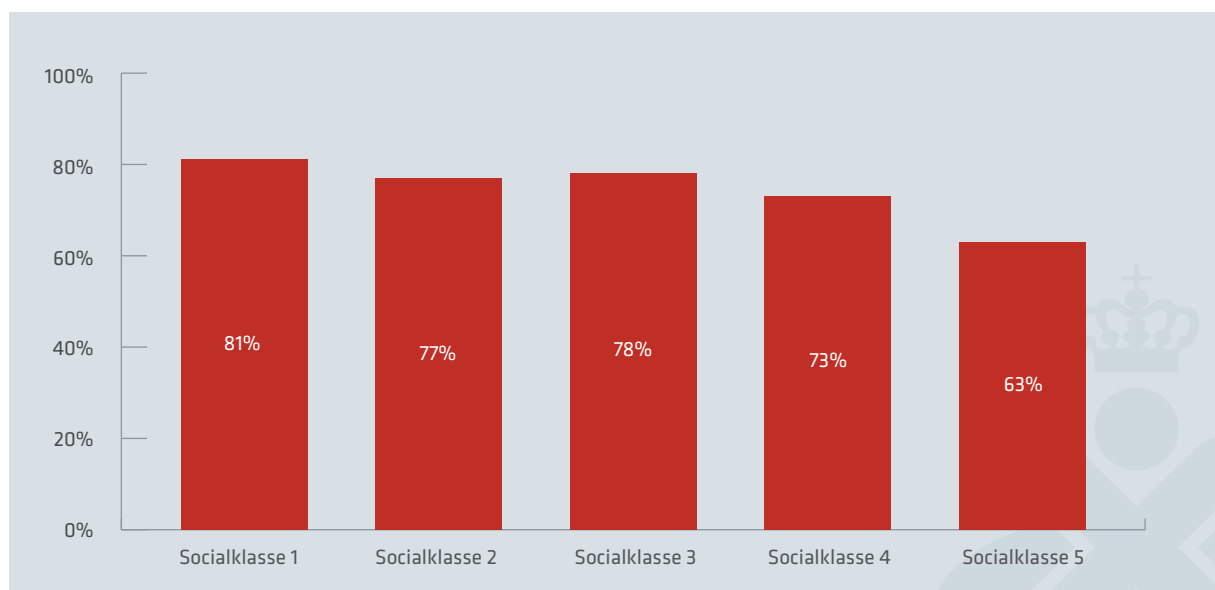
Lucy på 14 år mener, det påvirker et barns syn på sig selv, når man spejler sig i vennernes vægt og udseende. Hvis vennerne er tilfredse med dem selv, kan barnet overtage dén måde at betragte sig selv på: "Så kan man også godt selv begynde at tænke, at der er noget galt med ens egen krop." 13-årige Alfred kender også til at sammenligne sig med andre, fx på de sociale medier: "Det er den digitale verden, vi lever i nu. Der er rigtig meget af det der med modeller og skønhed og meget med billeder af én selv. Det handler meget om krop. At man gerne vil være som andre."

De sociale forskelle, som undersøgelsen viser i forhold til mental sundhed, kommer også til udtryk i forhold til børnenes oplevelser af deres fysiske sundhed og velbefindende. Figur 6 viser, at mens 81 pct.

af børnene fra socialklasse 1 i nogen eller høj grad er tilfredse med deres vægt, gælder det samme for 63 pct. af børnene fra socialklasse 5.

Vores undersøgelse viser desuden, at 16 pct. af børnene fra socialklasse 5 er overvægtige eller svært overvægtige mod 9 pct. af alle andre børn. En tidligere undersøgelse viser ligeledes, at flere børn af forældre med en kort uddannelse er overvægtige (BMI ≥ 25) eller lider af fedme (BMI ≥ 30) sammenlignet med andre børn (Groth m.fl., 2013). At børnene fra socialklasse 5 i vores undersøgelse er mere tilfredse med deres kroppe end andre børn, kan dog også være et udtryk for, at denne gruppe børn hyppigere end andre børn føler sig utilstrækkelige og derfor mistrives (Pedersen, 2015b).

FIGUR 6: BØRNENE FRA SOCIALKLASSE 5 ER SJÆLDNERE TILFREDSE MED DERES VÆGT



Antal svar: 3.186

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *I hvilken grad er du tilfreds med, hvor meget du vejer?* Søjlerne i figuren viser børn, der i høj eller i nogen grad er tilfredse med hvor meget, de vejer. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

DE UTILFREDSE PIGER

Børnenes svar viser også en sammenhæng mellem køn og kropstilfredshed. 41 pct. af drengene er i høj grad tilfredse med deres vægt, mens det samme er tilfældet for 22 pct. af pigerne. 15 pct. af pigerne er slet ikke tilfredse med deres vægt, hvilket gælder for 6 pct. af drengene. Tidligere undersøgelser har vist, at også normalvægtige børn mener, at de bør tabe sig, og at særligt piger forsøger at efterleve et ideal om at være tynd (Pedersen, 2015b; Børnerådet 2016). Flere børn mener, at det betyder noget, om man er pige eller dreng, når det gælder kropstilfredshed. Villads og Isabella på 13 år tror især, piger bliver påvirket af idealer. Villads siger: "Der er mange piger, der ser op til nogle modeller eller et idol, og de vil gerne være lige så tynde som den person." Isabella er enig: "Jeg tror, det er noget med skønhedsidealene. Især på de sociale medier. Der er rigtig mange, der lægger billeder op af sig selv, hvor de har en flot krop. Der er mange piger, der tænker, 'gid det var mig, der

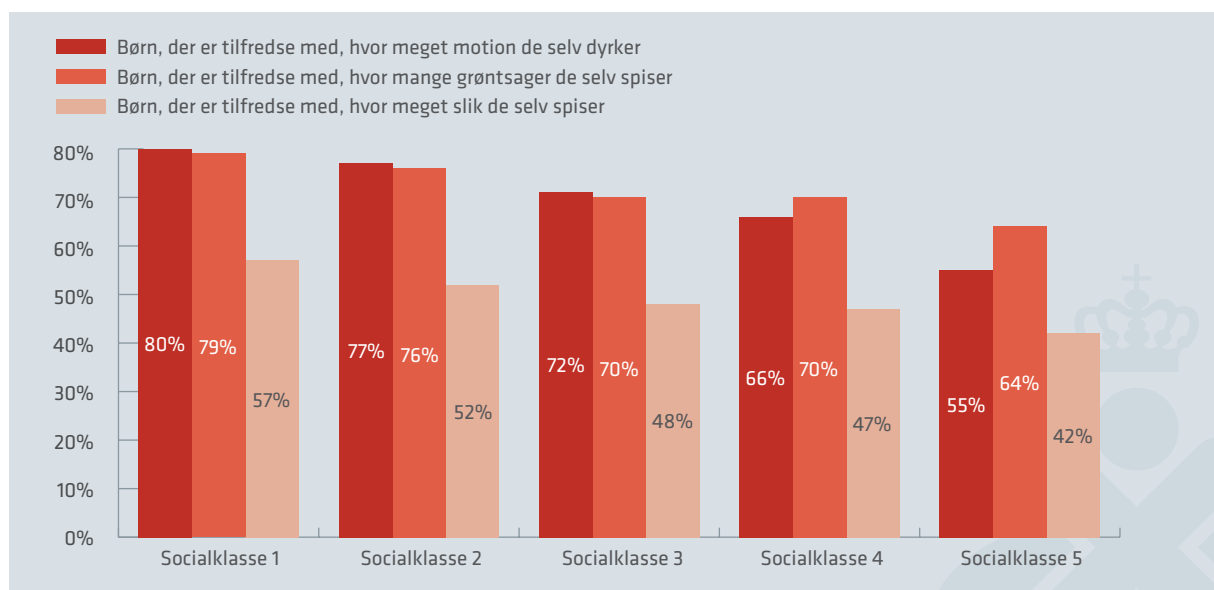
havde den krop,' og så tænker man, at ens egen krop ikke er okay, fordi den ikke er ligesom deres krop."

BØRN FRA VELSTILLEDE FAMILIER ER MERE TILFREDSE MED DERES SUNDHED

Børnenes tilfredshed med deres spise- og motionsvaner ligger langt hen ad vejen op ad den almindelige opfattelse af, hvad der er sundt, dvs. mange grøntsager, kun lidt slik og tilstrækkeligt med motion. Figur 7 viser, at børnene fra socialklasse 1 er mere tilfredse end andre børn med, hvor mange grøntsager og hvor meget slik de spiser, og hvor meget motion de dyrker.

Det ligger i tråd med en tidligere undersøgelse, der konkluderer, at der er sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesniveau og børns kost- og motionsvaner. Kostvanerne er mindst sunde blandt børn af forældre med en kort uddannelse, og jo højere uddannelse forældrene har, desto mere motion dyrker deres børn (Groth m.fl., 2013).

FIGUR 7: BØRNENE FRA SOCIALKLASSE 5 ER MINDST TILFREDSE MED DERES EGEN SUNDHED



Antal svar: 3.293

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Hvor tilfreds eller utilfreds er du med... Hvor mange grøntsager du spiser?, Hvor meget slik du spiser?, Hvor meget motion du dyrker?* Søjlerne i figuren viser børn, der er meget tilfredse eller tilfredse i forhold til de tre sundhedsindikatorer. Se metodeafsnittet for information om figuren og socialklassevariablen.

Figur 7 viser også, at 55 pct. af børnene fra socialklasse 5 er tilfredse med, hvor meget motion de dyrker, mens den tilsvarende andel for børnene fra socialklasse 1 er 80 pct.

Kübra på 14 år tror, børnenes motionsvaner kan hænge sammen med familiens økonomi: "Hvis ens familie ikke har så mange penge, så tror jeg, det er svært at gå til en sport, for det koster jo okay meget, tænker jeg. Måske har man ikke penge nok til det."

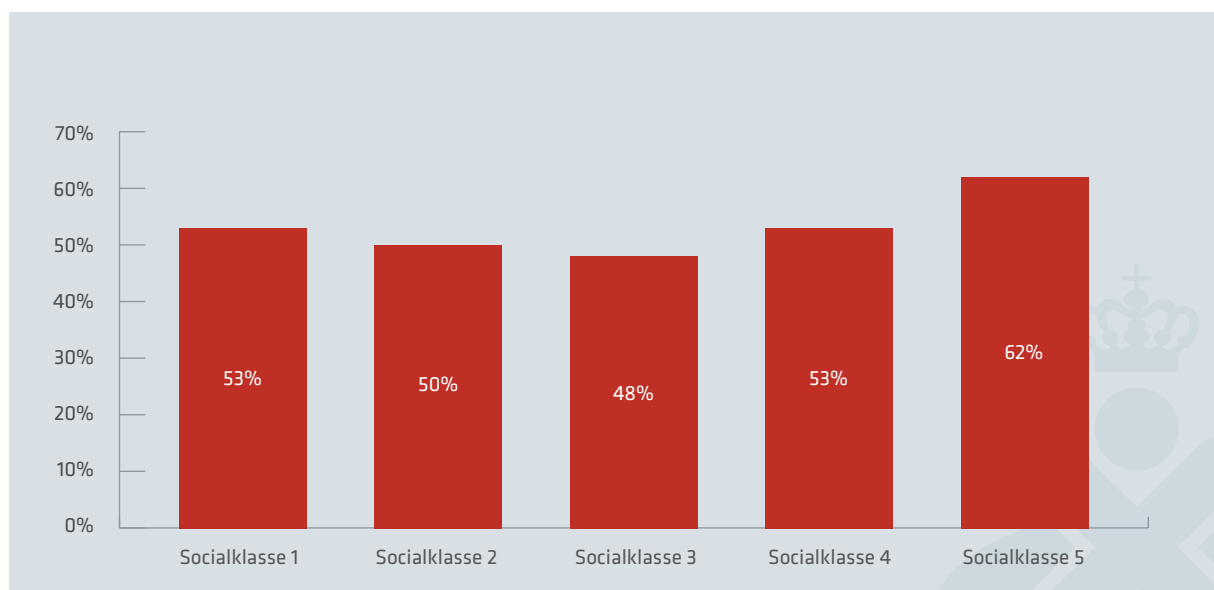
FOR SYG TIL SKOLE

Børnene fra socialklasse 5 angiver oftere end andre børn, at de har haft dage i løbet af den seneste måned, hvor de har været for syge til at komme i skole. 62 pct. af børnene fra socialklasse 5 har haft sygedage, mens mellem 48 og 53 pct. af børnene fra socialklasse 1-4 har haft sygedage inden for den

seneste måned. Tendenserne i figur 8 ligger på linje med samfundsmedicinsk forskning, som peger på, at børn fra socialt dårligere stillede familier har højere sygelighed end andre børn (Johansen m.fl., 2007).

Der kan være flere årsager til, at børnene fra socialklasse 5 oftere end andre børn må blive hjemme fra skole pga. sygdom. Andre undersøgelser peger fx på, at børn fra lavere socialklasser er mere sårbare over for belastninger, såsom stress eller usunde boligforhold (Holstein m.fl., 2007).

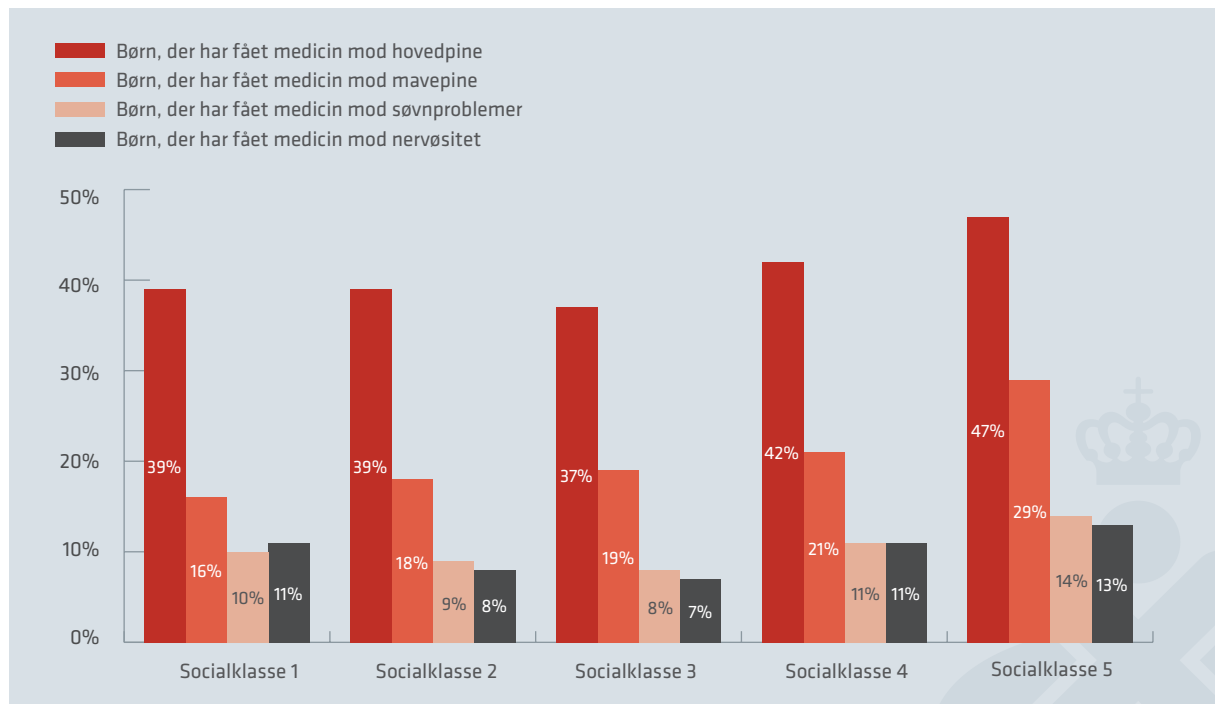
FIGUR 8: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 ER OFTERE FRAVÆRENDE FRA SKOLEN PGA. SYGDOM



Antal svar: 3.242

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Tænk på den seneste måned. Hvor mange dage har du været så syg, at du ikke kunne komme i skole? (Fx på grund af feber, influenza eller symptomer fra en langvarig sygdom).* Søjlerne i figuren viser børn, der har haft sygedage den seneste måned. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

FIGUR 9: BØRN FRA SOCIALKLASSE 5 FÅR OFTERE END ANDRE BØRN MEDICIN



Antal svar: 3.293

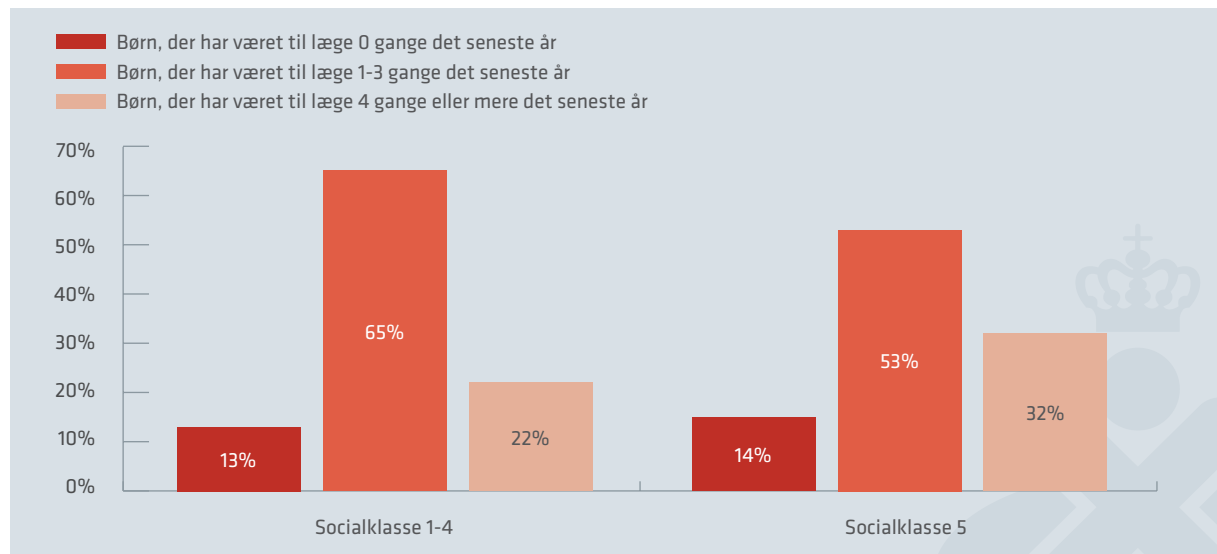
Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Tænk på den seneste måned. Har du fået medicin mod [hovedpine, mavepine, søvnproblemer, nervøsitet]?* Søjlerne i figuren viser børn, der har fået de viste former for medicin den seneste måned. Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

ULIGE FORDELING AF BØRNS MEDICINFORBRUG

Børnenes medicinforbrug varierer også i forhold til deres socialklasse. Figur 9 viser, at 47 pct. af børnene fra socialklasse 5 den seneste måned har fået medicin mod hovedpine; 29 pct. har fået medicin mod mavepine; 14 pct. har fået medicin mod søvnproblemer; og 13 pct. har fået medicin mod nervøsitet. For alle fire typer medicin gælder, at børnene fra socialklasse 5 oftest har fået det. En undersøgelse fra 2007 peger på de samme tendenser (Johansen m.fl., 2007).

Det er tidligere vist, at børns lægemiddelforbrug hænger sammen med både helbredsproblemer og sociale belastninger, fx at børn fra de familier, hvor de voksne har lavtlønnet arbejde og lavt uddannelsesniveau, har et højere forbrug af lægemidler, sammenlignet med børn fra familier, hvor de voksne i familien har højere lønnet arbejde og længere uddannelse (Johansen m.fl., 2007).

FIGUR 10: FLERE BØRN FRA SOCIALKLASSE 5 FORTÆLLER, AT DE KOMMER HYPPIGT TIL LÆGE



Antal svar: 3.069

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Tænk på det seneste år. Hvor ofte har du været hos en almindelig læge?* Se metodeafsnittet for information om figuren og om socialklassevariablen.

KOMMER DU TIL LÆGE, NÅR DU HAR BEHOV FOR DET?

Børnene fra socialklasse 5 har et andet mønster end andre børn, når det gælder lægebesøg. Figur 10 viser, at mens 32 pct. af børnene fra socialklasse 5 har været til lægen mindst fire gange det seneste år, gælder det for 22 pct. af alle andre børn. Samme mønster ses hos voksne, hvor personer fra socialklasse 5 oftere går til lægen end andre voksne (Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, 2012). Det er dog bemærkelsesværdigt, at flere af børnene fra socialklasse 5 også har angivet, at de slet ikke har været til læge det seneste år.

På trods af at børnene fra socialklasse 5 oftere er så syge, at de ikke kan komme i skole, og oftere fortæller om hyppige lægebesøg, er der alligevel flere børn fra socialklasse 5, som mener, de ikke kommer til lægen, når de har behov for det. 6 pct. af børnene fra socialklasse 5 svarer, at de ikke kommer til lægen, når de har behov for det, mens det kun gælder for 3 pct. af alle andre børn. I et åbent skrivefelt i spørge-

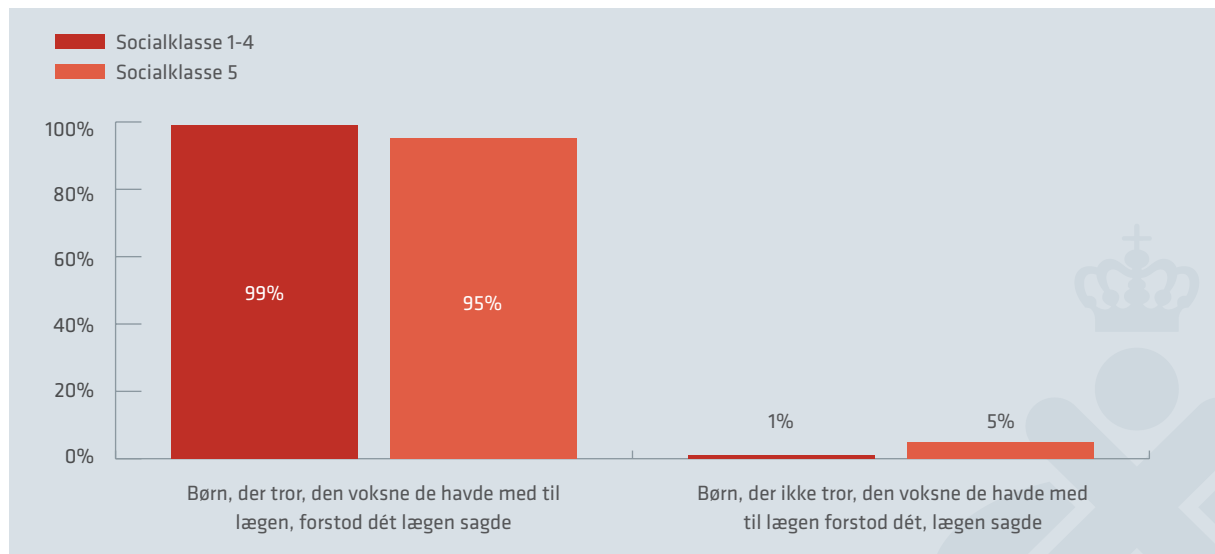
skemaet har en pige på 14 år fra socialklasse 5 skrevet, hvorfor hun ikke kommer til lægen, når hun har behov for det: "Mine forældre tror ikke på mig, når jeg siger, jeg har ondt eller har det skidt." En anden 14-årig pige fra socialklasse 5 skriver: "Fordi mine forældre ikke har så meget tid."

14-årige Elias peger også på sammenhængen mellem forældrenes tid og børnenes lægebesøg: "Forældre skal tjene penge. Det kan jo godt være, de bliver nødt til at skaffe penge, så de kan få aftensmad, i stedet for at tage til lægen."

FORSTÅR BÅDE BØRN OG VOKSNE DÉT, LÆGEN SIGER?

Stort set alle børn (97 pct.) i Børnerådets undersøgelse har en voksen med, hvis de skal til en læge. Som figur 11 viser, vurderer langt de fleste af børnene i undersøgelsen, at den voksne, de havde med til lægen, forstod det, lægen sagde. Børnene fra socialklasse 5 vurderer dog oftere end andre børn, at den voksne, de havde med, ikke forstår det, lægen siger.

FIGUR 11: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 VURDERER OFTERE, AT DEN VOKSNE, DE HAR MED TIL LÆGEN, IKKE FORSTÅR, HVAD LÆGEN SIGER



Antal svar: 2.546

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Tror du, den voksne, du havde med til lægen, forstod, hvad lægen sagde om det, du var der for?* Børnene fik svarnøglen: I høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke og ved ikke. I høj grad og i nogen grad samt i mindre grad og slet ikke er slået sammen, mens ved ikke er frasorteret. Se metodeafsnittet for information om socialklassevariablen.

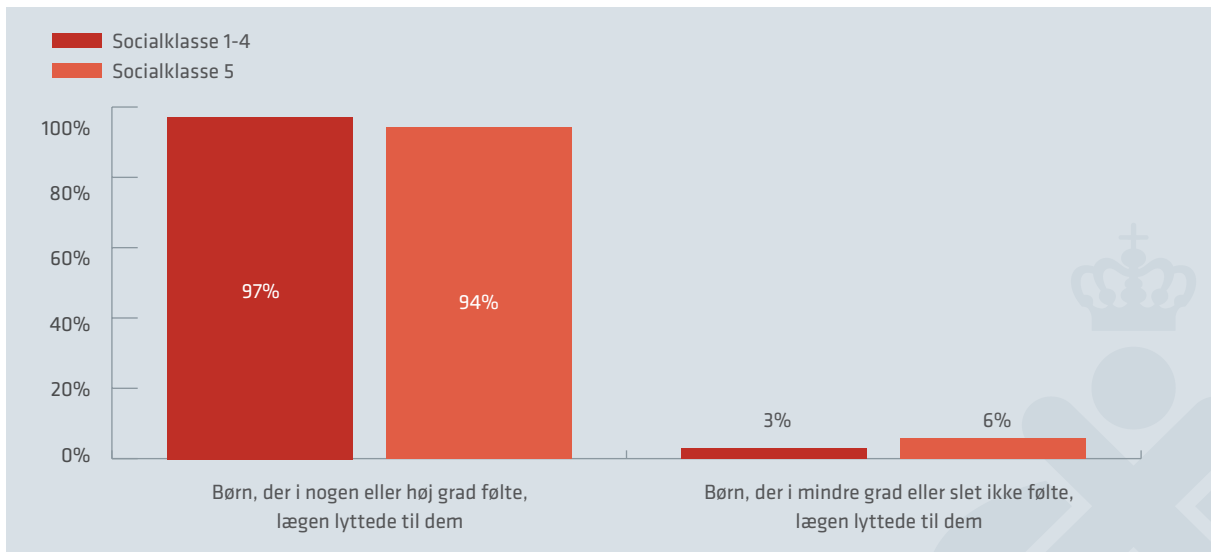
” Hvis forældrene ikke forstår, hvad lægen siger, så kan forældrene heller ikke gøre noget ved det.

ISABELLA 13 ÅR

Isabella på 13 år synes, det er problematisk for barnet, hvis den voksne ikke forstår lægen: ”Hvis forældrene ikke forstår, hvad lægen siger, så kan forældrene heller ikke gøre noget ved det. Og hvis de ikke ved, hvad der er galt, og hvad der skal gøres, så bliver der heller ikke gjort noget.” 13-årige Kimmie tror, det har betydning for barnets oplevelse af besøget hos lægen, om forældrene forstår lægen: ”Jeg tror, det bliver en bedre oplevelse, hvis forældrene forstår, hvad lægen siger. Så føler man ikke, man kommer forgæves.”

Undersøgelsen viser også, at 9 pct. af børnene fra socialklasse 5 ikke selv forstod dét, lægen sagde, mens det samme gælder for 5 pct. af børnene fra de andre socialklasser. Det er tidligere vist, at der er sociale forskelle i, hvilket udbytte børn får fra samtaler med sundhedspersonale. En undersøgelse har fx vist, at børn af forældre med højtstående jobs og højt uddannelsesniveau har større udbytte af sundhedssamtaler med sundhedsplejersken, end andre børn har (Nielsen m.fl., 2007).

FIGUR 12: BØRNE FRA SOCIALKLASSE 5 FØLER SJÆLDNERE END ANDRE BØRN, AT LÆGEN LYTTETIL DEM



Antal svar: 2.596

Figuren illustrerer et kryds mellem en socialklassevariabel og spørgsmålet: *Følte du, at lægen lyttede til dig, da I snakkede om det, du var der for?* Børnene fik svarnøglen: I høj grad, I nogen grad, I mindre grad, Slet ikke og Ved ikke. I høj grad og i nogen grad samt i mindre grad og slet ikke er slået sammen, mens ved ikke er frasorteret. Se metodeafsnittet for information om socialklassevariablen.

BØRNE NES OPLEVELSE AF AT BLIVE INDDRAGET HOS LÆGEN

Undersøgelser har vist, at det er vigtigt, at barnet oplever, at det sundhedsfaglige personale lytter til barnet, for at barnet får en god oplevelse af et læge-, sundhedsplejerske- eller hospitalsbesøg (Børnerådet, 2017; Nielsen m.fl., 2007). Som figur 12 illustrerer, føler børnene fra socialklasse 5 sjældnere end andre børn, at de bliver inddraget hos lægen. Således svarer 6 pct. af børnene fra socialklasse 5, at lægen ikke lyttede til barnet, hvor det kun gælder for 3 pct. af børn fra andre socialklasser.

Der kan være mange grunde til, at en læge ikke lytter til et barn. Tine på 13 år siger: "Måske vil lægen hellere lytte til forældrene. Måske tror lægen bare, det er noget, børnene siger. Måske tror de, forældre-

ne ved mere om, hvad barnet fejler." Tolgahan på 13 år supplerer: "Hvis forældrene ved mere om det, skal man stadigvæk lige lytte til, hvad barnet har at sige og så spørge forældrene. Det er problematisk, hvis lægen ikke tror på barnet." Naja på 13 år mener også, at barnet bør inddrages af lægen: "Hvis barnet skal til lægen, så er det jo barnet, der er syg, og barnet, der bedst ved, hvordan han eller hun har det. Så skal lægen jo lytte til barnet."

De fleste børn i undersøgelsen oplever, at deres læge er venlig og imødekommende. Dog er 5 pct. af børnene fra socialklasse 5 uenige i dette. Den tilsvarende procentdel for børnene fra de øvrige socialklasser er 3. Mange børn synes også godt om de speciallæger, de har mødt. Dog er der her også en lille gruppe, der er uenig: 8 pct. af børnene fra socialklasse 5 synes



Man skal have fat i politikerne. De kan måske sætte noget fokus på det. Måske ved at se det fra børnenes synspunkt.

ALFRED 13 ÅR

ikke, speciallægen var venlig og imødekommende, mens 4 pct. af børnene fra de andre socialklasser deler denne opfattelse. 13-årige Villads fortæller, hvorfor det er vigtigt, at man har en god oplevelse hos lægen: "Hvis det er en dårlig oplevelse hos lægen, så har man ikke lyst til at komme der igen. Hvis det har været en god oplevelse, så har man det fint med at tage til lægen igen, hvis man er syg."

"MÅSKE SKULLE LÆGEN HAVE EN FORM FOR PÆDAGOGISK UDDANNELSE"

Flere af de interviewede børn i undersøgelsen er utilfredse med de sociale forskelle i sundhed, som svarene i Børne- og Ungepanelet peger på. Alfred på 13 år mener, der skal være lige muligheder for alle børn: "Alle skal jo have de samme lægemuligheder. Det er jo derfor, vi betaler skat. Jeg synes ikke, det er i orden." 13-årige Carl bakker ham op: "Det er jo ikke ligestilling. Alle skal jo have lige meget. Familierne skal jo have adgang til den samme læge. Det er jo bare ligestilling."

Børnene har mange bud på, hvordan børn og unges sundhed kan forbedres, så de sociale forskelle mindskes eller udlignes. 13-årige Naja mener, at en pædagogisk uddannelse til lægerne kunne komme børnene til gode: "Så kan lægerne tale med børnene på en måde, så børnene forstår det, i stedet for at de taler det der voksne sprog, som kan være svært at forstå." Alfred mener også, at det er en god ide, hvis lægerne har en grundlæggende indsigt i børns

udvikling: "Måske skulle lægen have en form for pædagogisk uddannelse. Sådan en halv børne- eller pædagoguddannelse. Måske skal man have noget erfaring med børn, hvis man skal være børnelæge."

Forældrene kan også hjælpe i forhold til kommunikationen mellem læge og barn, mener 14-årige Lucy: "Hvis man snakker med sine forældre om, at man ikke forstår, hvad lægen siger, så kan de måske tænke over at sige til lægen: 'Kan du ikke lige prøve at forklare det lidt bedre' eller sådan noget. Så man ikke selv behøver at sige, at man ikke forstår det."

Børnene peger også på strukturelle ændringer. 13-årige Alfred foreslår, at politikerne skal sætte sig i børnenes sted: "Man skal have fat i politikerne. De kan måske sætte noget fokus på det. Måske ved at se det fra børnenes synspunkt. Hvis de [mindre velstillede familier] har det dårligt, så skal folk se det fra dén vinkel." 13-årige Tine peger på, at der kan ske kommunale tiltag: "Måske kan kommunen give de mindre velstillede familier ekstra penge. Eller man kunne fx lave lektiecafé til de børn, som har det hårdt derhjemme. Eller lave noget sport, som var gratis." Nogle børn kender allerede til gratis motionsmuligheder. 14-årige Kübra siger: "Nede ved parken er der fx nogle aktiviteter, som er gratis, og hvor alle kan være med." Tine synes også, børnene kan hjælpe hinanden til at få rørt sig: "Hvis man laver et eller andet udenfor eller spiller et eller andet, så kan man lige spørge, om der er nogen, der vil være med, så

METODE

HVORDAN HAR VI LAVET UNDERSØGELSEN?

man ikke bare sidder indenfor.”

Analyserne er baseret på data fra en undersøgelse i Børnerådets Børne- og Ungepanel og på en række interviews med børn i samme aldersgruppe som børnene i panelet.

BØRNE- OG UNGEPANELET

Panelet er etableret ved en simpel tilfældig stikprøve på baggrund af Danmarks Pædagogiske Universitets oversigt over alle 7.-klasser i Danmark. Panelet består af 5.115 børn fordelt på 233 skoler. 3.722 børn har besvaret spørgeskemaet, hvilket giver en svarpct. på 73.

500 skoler blev udtrukket til at deltage i panelet. Heraf er 261 skoler udgået, hvilket svarer til 52,2 pct. 56 af skolerne i udtrækket (11,2 pct.), havde ikke en syvende klasse, da de blev indbudt til at deltage i panelet, fordi skolen var et 10.-klassecenter eller ikke havde en udskolingsdel. Disse skoler er dog inkluderet i beregningerne af bortfaldet. Bortfaldet er opgjort i forhold til skoletype og geografisk placering af skolerne. Der er ikke voldsomme udsving i forhold til bortfaldet på tværs af skoletype og regioner, hvilket betyder, at stikprøven ikke er blevet skævvredet ved bortfald.

REPRÆSENTATIVITET

De børn, der har besvaret spørgeskemaet, er repræsentative i forhold til køn og etnicitet, men ikke i forhold til alder, hvor der er en statistisk signifikant forskel. Da forskellen mellem de to grupper er forholdsvis lille, har vi valgt ikke at vægte data i ana-

lyserne. Tabellen nedenfor sammenligner de procentvise fordelinger i henholdsvis Børne- og Ungepanel og populationen.

Etnicitet er målt ved at spørge børnene, i hvilket land de selv er født; i hvilket land deres mor er født; samt i hvilket land deres far er født. Vi benytter Danmarks Statistiks definition, idet vi kategoriserer barnet som etnisk dansk, hvis mindst én forælder er født i Danmark. Danmarks Statistik anvender desuden statsborgerskab som en variabel, hvilket vi dog ikke har mulighed for. Vi har arbejdet med følgende tre kategorier:

- Dansk baggrund: Barnet er selv født i Danmark, og minimum én forælder er født i Danmark.
- Indvandrere: Barnet er selv født i udlandet, og begge forældre er født i udlandet.
- Efterkommere: Barnet er selv født i Danmark, og begge forældre er født i udlandet.

Betegnelsen 'anden etnisk baggrund end dansk' rummer både indvandrere og efterkommere.

PILOTTESTS OG BESVARELSE

Inden spørgeskemaet blev udsendt, er der foretaget to pilottests i 7.-klasser, som ikke er en del af Børne- og Ungepanelet. Hensigten var dels at sikre, at børnene forstod spørgsmålene og kunne finde relevante svarkategorier til alle spørgsmål, dels at undersøge hvor lang tid børnene brugte på at besvare spørgeskemaet. Pilottestene viste, at besvarelsen gennemsnitligt tager ca. 20 min. med et samlet spænd på ca.

| | | 7. klasse | |
|------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------|
| | | Børne- og Ungepanelet | Populationen |
| Køn | Dreng | 49,35 pct. | 50,27 pct. |
| | Pige | 50,65 pct. | 49,73 pct. |
| Aldersgennemsnit | | 13,08 år | 12,91 år |
| Etnicitet | Etnisk dansk | 89,44 pct. | 88,74 pct. |
| | Anden etnisk baggrund end dansk | 10,56 pct. | 11,26 pct. |

15-25 min. Spørgeskemaet har en oplæsningsfunktion, så læsesvage børn kan vælge at få oplæst alle spørgsmål og svar.

Børne- og Ungepanelets besvarelse af det elektroniske spørgeskema er foregået med hjælp fra klasse-læreren. Det er således læreren, der har afsat tid til, at børnene kunne besvare spørgeskemaet. I og med at besvarelsen er foregået i skoleregi, er der en risiko for, at nogle grupper af børn er underrepræsenterede i undersøgelsen. Det kan være socialt udsatte børn, som kan være oftere fraværende end andre børn, og det kan være børn, der pga. langvarige eller livstruende sygdomme ikke er i skole. Vi har ikke haft mulighed for at teste, om det reelt er tilfældet og i hvilket omfang, og man må som læser derfor blot have det i tankerne, når analyserne læses.

SÆRLIGT OM DEN KVANTITATIVE DATABEARBEJNING

Alle sammenhænge, som indgår i analyserne er testet ved hjælp af χ^2 . Kun statistisk signifikante sammenhænge ($p < 0,05$) indgår og omtales i analyserne.

SOCIALKLASSER

Inddeling i socialklasser

For at undersøge om der er forskelle mellem børns opfattelse af deres egen sundhed og sygdom, alt efter hvilken socioøkonomisk klasse de lever i, har vi konstrueret fem socialklasser inspireret af Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (Sabiers & Larsen, 2014).

Mål for socialklasser

De fem socialklasser er konstrueret ud fra tre parametre: indkomst, forsørgerstatus og erhvervsgruppe.

Indkomst er målt på spørgsmålet: *Tænk på, hvor mange penge din familie har. Og hvor mange penge andre familier i Danmark har. Tror du, din familie har flere eller færre penge end de fleste andre familier i Danmark? Hvis du bor på skift hos din mor og far, så tænk på der, hvor du er mest, eller der, hvor du er i denne uge.* Børnene har fået svarkategorierne: *Mange flere penge, lidt flere penge, samme mængde*

penge, lidt færre penge, meget færre penge og ved ikke. Vi har efterfølgende frasorteret *ved ikke*.

Forsørgerstatus bygger på barnets angivelse af, hvilke voksne det bor sammen med derhjemme. Barnet har haft mulighed for at vælge mellem ti familietyper og en andet-kategori. De ti familietyper var: *Min mor og far, min mor og mor, min far og far, på skift hos mor og far, bor kun hos mor, men kommer hos far, bor kun hos far, men kommer hos mor, bor kun hos mor og kommer IKKE hos far, fx fordi der ingen kontakt er, eller du ikke har en far, bor kun hos far og kommer IKKE hos mor, fx fordi der ingen kontakt er, eller du ikke har en mor, plejeforældre, voksne på institution/opholdssted og bedsteforældre eller andre familie-medlemmer (som ikke er din mor eller far).* Børn, der bor sammen med eller har kontakt til to voksne, har vi anset som familier med to forsørgere.

Erhvervsgruppe er konstrueret ud fra tre spørgsmål til barnet om de voksne, barnet bor sammen med eller har kontakt til. Fx har det første spørgsmål for et barn, der bor sammen med sin mor og ikke har kontakt med sin far, lydt: *Har din mor et arbejde?* med svarkategorierne: *Hun har et arbejde, hun har ikke et arbejde (fx arbejdsløs, hjemmegående, langtidssyg), hun er på barsel, hun er i gang med en uddannelse, hun er pensioneret, ved ikke, og andet (skriv hvad).* Har barnet svaret, at moren har et arbejde, er barnet derpå blevet spurgt: *Her kan du skrive, hvor din mor arbejder (fx børnehave, restaurant, hospital, bank).* Hvis du er i tvivl, så prøv at beskrive, hvad det er for et sted. Dernæst er barnet blevet spurgt: *Her kan du skrive, hvilket arbejde hun har der (fx pædagog, sekretær, læge, konsulent).* Hvis du er i tvivl, så prøv at beskrive, hvad hun laver der. Alle børn har fået tilpassede spørgsmål afhængigt af, hvilke voksne de bor sammen med og har kontakt til.

Ved gennemlæsning af alle svar har vi efterfølgende dannet ni erhvervsgrupper:

- Selvstændige i byerhverv med 21 underordnede og derover, godsejere, funktionærer med 51 underordnede og derover samt alle med jobs, der

- kræver akademisk uddannelse (fx læge, tandlæge, advokat, civilingeniør, minister, topchef, oberst, godsejer, ejer af stor virksomhed).
- Selvstændige i byerhverv med 6-20 underordnede, funktionærer med 11-50 underordnede og alle med jobs, der kræver en mellemlang uddannelse (fx journalist, skolelærer, socialrådgiver, salgschef, officer, bankfuldmægtig, handelsfaglærer, proprietær).
 - Selvstændige i byerhverv med 0-5 underordnede, gårdejere og funktionærer med 1-10 underordnede (fx sygeplejerske, pædagog, bankassistent, fysioterapeut, sergent, murermester, selvstændig, elektriker, gårdejer).
 - Medhjælpende ægtefæller, husmænd, funktionærer uden underordnede og faglærte arbejdere (fx sekretær, sælger, social- og sundhedsassistent, smed, landmand, arbejdsformand, konstabel, mekaniker).
 - Personer med job, som ufaglærte kan varetage (fx chauffør, altmuligmand, fabriksarbejder, portør, hjemmehjælper, rengøringsassistent, tømrerlærling)
 - Forældre, der ikke er erhvervsaktive eller er pensionerede.
 - Studerende ved en uddannelse
 - Forældrene er erhvervsaktive, men børnenes oplysninger er for mangelfulde til at klassificere efter (fx 'arbejder hos DSB').
 - Restgruppen (fx børn, der har svaret 'ved ikke', useriøse eller ulæselige svar).

Kategori 8 og 9 indgår ikke videre i analysen, fordi informationerne om forældrenes beskæftigelse er for begrænsede i forhold til at blive kategoriseret i en erhvervsgruppe.

Børn, der bor i familier med to voksne – eller har kontakt til to voksne – er blevet kodet efter den voksne i husstanden med den højeste erhvervsgruppeplacering. Det betyder, at hvis et barn bor sammen med en mor, der er pædagog (erhvervsgruppe 3), og en far, der er salgschef (erhvervsgruppe 2), kodes barnet som erhvervsgruppe 2. De ni grupper har vi efterfølgende omdannet til syv med udgangspunkt i, hvilken

uddannelsesmæssig baggrund det kræver at varetage beskæftigelsesfunktionen: Akademiker og topledere, mellemlang videregående uddannelse eller leder, kort videregående uddannelse, faglært, ufaglært, arbejdsløs og studerende. Både kodningen vedrørende voksnes beskæftigelse og erhvervsgruppekodningen er inspireret af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærds fem socialgrupper samt målinger ved Statens Institut for Folkesundhed (Krølner & Johansen, 2007). Hvis oplysningerne for den ene forælder er kodet i erhvervsgruppe 8 eller 9 – for mangelfulde informationer, eller hvis barnet ikke ved, om den voksne har et arbejde – kodes erhvervsgruppen efter det individ, der har været muligt at kode, såfremt barnet har angivet, at den voksne har et arbejde. De resterende børn, hvis erhvervsgruppe er 8 eller 9, er efterfølgende frasorteret beregningerne.

Konstruktion af de fem socialklasser

Ud fra de tre parametre 'indkomst', 'forsørgerstatus' og 'erhvervsgruppe' har vi til slut konstrueret fem socialklasser. I den proces har vi vægtet de voksnes tilknytning til arbejdsmarkedet højere end familiens indkomst ud fra en betragtning om, at forældres aktive deltagelse i samfundet har en betydning for barnets dagligdag og opvækst.

For at være i socialklasse 1 skal barnet have angivet, at familien har mange flere penge end andre familier i Danmark, og at det har to forsørgere. Derudover skal barnet være indplaceret i erhvervsgruppe 1. I socialklasse 1-3 er det en forudsætning, at der er to forsørgere.

Socialklasse 5 består af børn, der har angivet, at familien har meget færre penge end andre familier i Danmark, eller af børn, hvor barnet er indplaceret i erhvervsgruppe 5 eller 6 for hhv. ufaglærte og ikke erhvervsaktive. Socialklasse 5 rummer også børn, der har angivet, at familien har lidt færre penge end andre familier og en forsørger (uanset erhvervsgruppe). Derudover rummer socialklasse 5 også børn, der har lidt færre penge, to forsørgere og er placeret i erhvervsgruppe 3-7. Socialklasse 5 består også af børn, der har angivet, at familien har lidt flere penge

end andre familier, men som kun har én forsøger og er placeret i erhvervsgrupperne 4-7, samt børn der vurderer, at familien har samme mængde penge som andre, har én forsøger og er placeret i erhvervsgrupperne 3-7.

Børn fra erhvervsgruppe 7 (studerende) har vi placeret over børn fra erhvervsgrupperne 5 og 6 for hhv. ufaglærte og ikke-erhvervsaktive i socialklasse 4 frem for socialklasse 5, såfremt barnet har angivet, at familien har mange flere penge end andre, eller hvis familien har lidt flere eller samme mængde penge som andre og har to forsørgere.

LIVSTILFREDHED

I afsnittet 'Livstilfredshed nu og som voksen' måles børns livstilfredshed nu og deres forventninger til fremtidig livstilfredshed. Spørgsmålene er udarbejdet med inspiration fra *Candrell's Ladder*. Børnene har vurderet deres liv på en skala fra 0-10. Børn med 'høj livstilfredshed' har vi defineret som børn, der har vurderet, at deres liv ligger på 9 eller 10 på skalaen. Figur 1 og 2 viser kun børn med høj livstilfredshed.

SELF-EFFICACY

I afsnittet 'Kan jeg klare det, jeg sætter mig for?' måles børns self-efficacy ved at spørge ind til, hvor ofte børn føler, de kan klare det, de sætter sig for, og om de føler, de kan finde en løsning på problemer, hvis de prøver hårdt nok. Statens Institut for Folkesundhed har tidligere brugt lignende spørgsmål i *Skolebørnsundersøgelserne* (Holstein m.fl., 2015). Børnene har fået følgende svarnøgle: *Altid, tit, hverken eller, sjældent eller aldrig*. Høj grad af self-efficacy defineres i denne undersøgelse som børn, der altid eller tit kan klare det, de sætter sig for, eller kan løse deres problemer. Figur 3 og 4 viser børn med en høj grad af self-efficacy.

SELVVÆRD

I afsnittet 'Børn fra socialklasse 5 trives dårligere end andre børn' nævnes det, at børn fra socialklasse 5 ikke lige så ofte har højt selvværd som andre børn. I vores måling af selvværd har vi anvendt fire indikato-

rer, som er konstrueret ud fra Rosenbergs Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965).

MISTRIVSEL

I afsnittet 'Børnene fra socialklasse 5 trives dårligere end andre børn' beskrives, at børn fra socialklasse 5 oftere end andre børn oplever at have 5-8 former for mistrivsel mindst ugentligt. De otte former for mistrivsel er: *Haft hovedpine, haft mavepine, haft ondt i ryggen, været ked af det, været irriteret/i dårligt humør, været nervøs, haft svært ved at falde i søvn og været svimmel*. Børnene har fået følgende svarnøgle: *Næsten hver dag, mere end en gang om ugen, næsten hver uge, næsten hver måned og sjældent eller aldrig*. Spørgsmålene stammer fra Skolebørnsundersøgelsen, det danske bidrag til det internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Brugen er aftalt med ledelsen af Skolebørnsundersøgelsen lektor Mette Rasmussen og professor Pernille Due fra Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet.

BMI OG TILFREDSHED MED EGEN VÆGT

I afsnittet 'Det handler meget om krop' bruges en variabel for børns Body Mass Index (BMI). BMI-variablen er korrigeret efter køn og alder ud fra Sundhedsstyrelsens BMI-skalaer for børn over fem år (Sundhedsstyrelsen, 2014). Variablen er inddelt i fire kategorier: *Undervægtig, normalvægtig, overvægtig og svært overvægtig*. Det er tidligere vist, at børn og unge har tendens til at overrapportere deres højde og underrapportere deres vægt, ligesom det er tilfældet blandt voksne (Rasmussen & Due, 2011). I denne undersøgelse betyder det, at børnenes BMI højest sandsynligt er underestimeret.

I samme afsnit viser figur 6, hvor mange børn, der er tilfredse med deres vægt. Børnene har fået følgende svarnøgle: *I høj grad, i nogen grad, i mindre grad, slet ikke og ved ikke*. I høj grad og i nogen grad samt i mindre grad og slet ikke er slået sammen, mens ved ikke er frasorteret. Figuren viser børn, der har svaret i høj grad eller i nogen grad.

BØRNS TILFREDSHED MED DERES EGEN SUNDHED

I afsnittet 'Børn fra velstillede familier er mere tilfredse med deres sundhed' viser figur 7 børns tilfredshed med deres eget indtag af grøntsager, slik og med, hvor meget de motionerer. Børnene har fået følgende svarnøgle: *Meget tilfreds, tilfreds, hverken eller, utilfreds eller meget utilfreds*. De børn, der er tilfredse, består af børn, som har svaret, at de er meget tilfredse og tilfredse med ovenstående parametre og er de eneste svar, der fremgår af figur 7.

BØRNS SYGEDAGE

I afsnittet 'For syg til skole' viser figur 8, hvor mange børn fra hver socialklasse, der den seneste måned har haft dage, hvor de har været så syge, at de ikke kunne komme i skole. Svarene til dette spørgsmål var: *0 dage, 1 dag, 2-3 dage, 4-7 dage, 8-13 dage, 14 dage eller flere eller ved ikke*. I figuren vises de børn, der har været væk fra skolen pga. sygdom mindst én dag den seneste måned.

BØRNS MEDICINFORBRUG

I afsnittet 'Ulige fordeling af børns medicinforbrug' er figur 9 baseret på spørgsmål om børns brug af lægemidler, som er inspireret af metoden Symptom Specific Medicine Use (HBSC-SSMU) (Johansen m.fl., 2007). Til spørgsmålet om hvor mange gange den seneste måned, børnene har fået medicin mod hovedpine, mavepine, nervøsitet eller søvnproblemer, har de fået svarene: *Ja, mange gange, ja, en del gange, ja, nogle få gange, ja, én gang eller nej, aldrig*. I figur 9 fremgår kun svar for de børn, der har fået de forskellige typer medicin mindst én gang den seneste måned.

BØRNS LÆGEBESØG

I afsnittet 'Kommer du til læge, når du har behov for det' viser figur 10, hvor ofte børn har været til en almindelig læge den seneste måned. Svarene til dette spørgsmål var: *0 dage, 1 dag, 2-3 dage, 4-7 dage, 8-13 dage, 14 dage eller flere og ved ikke*. Vi har sammenlagt de tre sidstnævnte svarkategorier og fraserteret ved ikke.

DEN KVALITATIVE DEL

Forud for udarbejdelsen af spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen gennemførte vi i vinteren 2016 fire gruppeinterviews med i alt 12 elever på to forskellige skoler, der ikke er en del af Børne- og Ungepanelet. Interviewene var eksplorative, og hensigten med dem var at få et nuanceret indblik i 7.-klasse-elevens forståelse af sundhed og sygdom for dermed at kvalificere spørgeskemaundersøgelsen.

I foråret 2017 gennemførte vi tre gruppeinterviews med i alt 12 elever i 7. klasse på tre forskellige skoler, som ligeledes ikke er en del af panelet. Interviewene fandt sted efter spørgeskemaundersøgelsen og havde til formål at få de unges forklaringer på udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen samt at bidrage med eksempler fra børnenes eget liv. Interviewene varede 30-45 min. og tog udgangspunkt i semistrukturerede interviewguides.

De 24 børns alder svarer til alderen på de unge i Børne- og Ungepanelet. Alle navne er ændrede af hensyn til anonymitet. Citater kan være tilpasset af hensyn til læsbarhed.

KILDER

Arbejderbevægelsens Erhvervsråd (2012): *Sundhed i de sociale klasser*

Benjaminsen, L., Enemark, M.H. & Birkelund, J.F. (2016): *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Børnerådet (2016): *Hver fjerde pige i 9. klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse*. Børneindblik 5/16

Børnerådet (2016b): *Børn og unge, der lider afsavn, udelukkes fra fællesskabet*. Børneindblik 6/16

Børnerådet (2017): *Jeg er ikke min sygdom*
Christoffersen M. (2002): *Social støtte til børn. En undersøgelse af børn, der modtog forebyggende hjælp iht. Serviceloven for første gang i 1998*.

5. delrapport i evaluering af den forebyggende indsats over for børn og unge Børn. Arbejdsrapport 9. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Due, P. & Rasmussen M. (red.) (2011): *Skolebørnsundersøgelsen 2010*. Statens Institut for Folkesundhed

Due, P. m.fl. (2014): *Børn og unges mentale helbred – forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelsesindsatser*. Vidensråd for forebyggelse

Gallagher, M.W. (2012): "Self-Efficacy" i *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd edition, University of Kansas

Groth, M., Christensen, L., Knudsen, V., Sørensen, M., Fagt, S. & Matthiesen, M. (2013): *Sociale forskelle – børns kostvaner, fysiske aktivitet, overvægt & voksnes kostvaner*. Danmarks Tekniske Universitet, Fødevarer-instituttet

Holstein, B.E., Johansen, A. & Andersen A.N. (2007): "Introduktion" i *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed

Holstein, B.E., Nielsen, L., Madsen, K.R., Meilstrup, C., Koushede, V. & Damsgaard, M.T. (2015): "Self-efficacy" i *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Statens Institut for Folkesundhed

Johansen, A., Holstein, B.E. & Madsen, M. (2007): "Social ulighed i helbred" i *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed

Kjøller M., Juel K. & Kamper-Jørgensen F. (2007): "Sociale forskelle" i *Folkesundhedsrapport 2007*. Statens Institut for Folkesundhed

Krølner, R. & Johansen, A. (2007): "Social ulighed i sundhed – måling og begreber" i *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed

Nielsen, A., Borup, I. & Storr-Paulsen, A. (2007): "Social ulighed: Sundhedsvæsenets og forebyggende ordningers betydning" i *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed

Pedersen, T. (2015): "Livstilfredshed" i *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Statens Institut for Folkesundhed

Pedersen, T. (2015b): "Kropsovfattelse" i *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. Statens Institut for Folkesundhed

Rayce, S.L. & Damsgaard, M.T. (2007): "Social ulighed i trivsel" i *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. Statens Institut for Folkesundhed

Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press

Sabiers, S.E. & Larsen, H.B. (2014): *De sociale klasser i Danmark 2012*. Arbejderbevægelsens Erhvervsråd

Sundhedsstyrelsen (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*

Sundhedsstyrelsen (2014): *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen*