

Indsatser mod social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige

- et inspirationsmateriale



Indsatser mod social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige

© Sundhedsstyrelsen 2023

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Hannah Ahrensberg

Pernille Due

Katrine Rich Madsen

Line Nielsen

Martin Marchman Andersen

Intern reviewer: Rikke Krølner

Version: 1.0

Versionsdato: 25. marts 2023

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Fotos: Adobe Stock

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-473-5

Forord

Ulighed i sundhed har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, dårligere livskvalitet og kortere liv. Ulighed i sundhed er ikke retfærdigt, og Sundhedsstyrelsen arbejder målrettet på at sikre sundhed for alle.

Ulighed i sundhed skyldes forskellige faktorer. Vi fødes og vokser op med ulige betingelser for en god sundhedstilstand. Forskelle i arv, fysisk miljø, sociale og økonomiske forhold samt sundhedsadfærd har betydning for ulighed i sundhed.

Det er Sundhedsstyrelsens opgave at synliggøre, hvordan ulighed i sundhed kommer til udtryk, og hvad der kan gøres for at skabe mere lighed i sundhed. Ulighed i sundhed skal løses på tværs af sektorer og politikområder (health in all policies).

I denne rapport præsenteres først den tilgængelige viden om forekomsten af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn, og dernæst 15 igangværende eller afprøvede indsatser som kan give danske kommuner eller andre lokale aktører inspiration til arbejdet med at påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn. Rapporten henvender sig til praktikere, embedsmænd og beslutningstagere, som beskæftiger sig med børns sundhed i et kommunalt regi i Danmark.

I søgningen efter indsatser er det blevet klart, at der mangler viden om 6-11-åriges sundhed og trivsel, viden om uligheden heri og viden om, hvordan denne kan påvirkes. Der findes ingen nationale monitoreringsundersøgelser af den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige i Danmark, mens der heller ikke kendes til mange effektevaluerede indsatser. Ikke desto mindre ved vi, at den sociale ulighed i sundhed er stigende i Danmark, og vi ved, at uligheden opstår allerede i barndommen, fordi børn vokser op under forskellige vilkår allerede fra fostertilstanden. I et forebyggelsesøjemed er alderen 6-11 år vigtig. Her begynder skole- og foreningslivet, og her skal man lære at stå på egne ben, finde fodfæste i livet og få skabt forudsætningerne for en sund unge- og voksertilværelse. Her bliver man i stigende grad opmærksom på betydningen af de sociale relationer, man indgår i. Det er således Sundhedsstyrelsens forhåbning, at rapporten vil inspirere til ikke bare udvikling, men også effektevaluering af flere sundhedsindsatser målrettet 6-11-årige børns sundhed og den sociale ulighed heri.

Det er Sundhedsstyrelsens ønske at indsamle viden om, hvilke indsatser der kan påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn. Rapporten er således et svar på dette ønske, idet rapporten afdækker og beskriver indsatser, der er relevante i en kommunal kontekst, men ikke indsatser på regionalt og statsligt niveau, som også kan påvirke uligheden i sundhed blandt børn.

Jeg vil gerne takke forskerne fra Statens Institut for Folkesundhed på Syddansk Universitet for det store arbejde med at udarbejde denne rapport.

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse og Ulighed
Sundhedsstyrelsen

Indhold

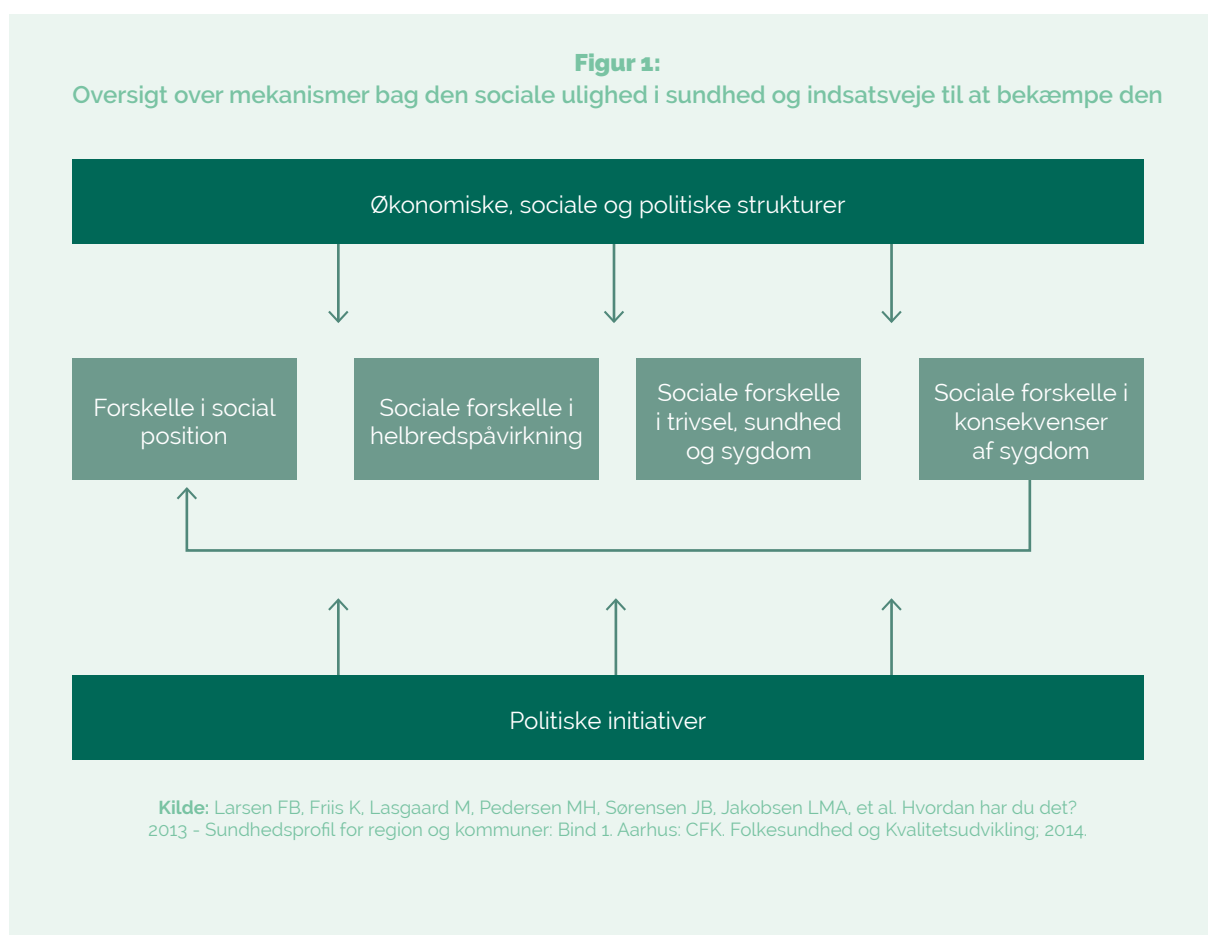
Formål	5
Baggrund	5
Forebyggelse af social ulighed i sundhed blandt børn	7
Forekomst af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige	9
Afrunding	15
Metode	16
Indsatser	20
1. Skole og fritid	20
2. Udsatte boligområder	32
3. Tværgående samarbejde	36
Diskussion	46
Referencer	48
Bilag 1: Datakilder brugt til beskrivelse af forekomst af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige	59
Bilag 2: Oversigt over fundne indsatser	60

Formål

I denne rapport præsenteres først den tilgængelige viden om forekomsten af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn og dernæst 15 igangværende eller afprøvede indsatser, som danske kommuner og andre lokale aktører kan lade sig inspirere af i arbejdet med at påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn.

Baggrund

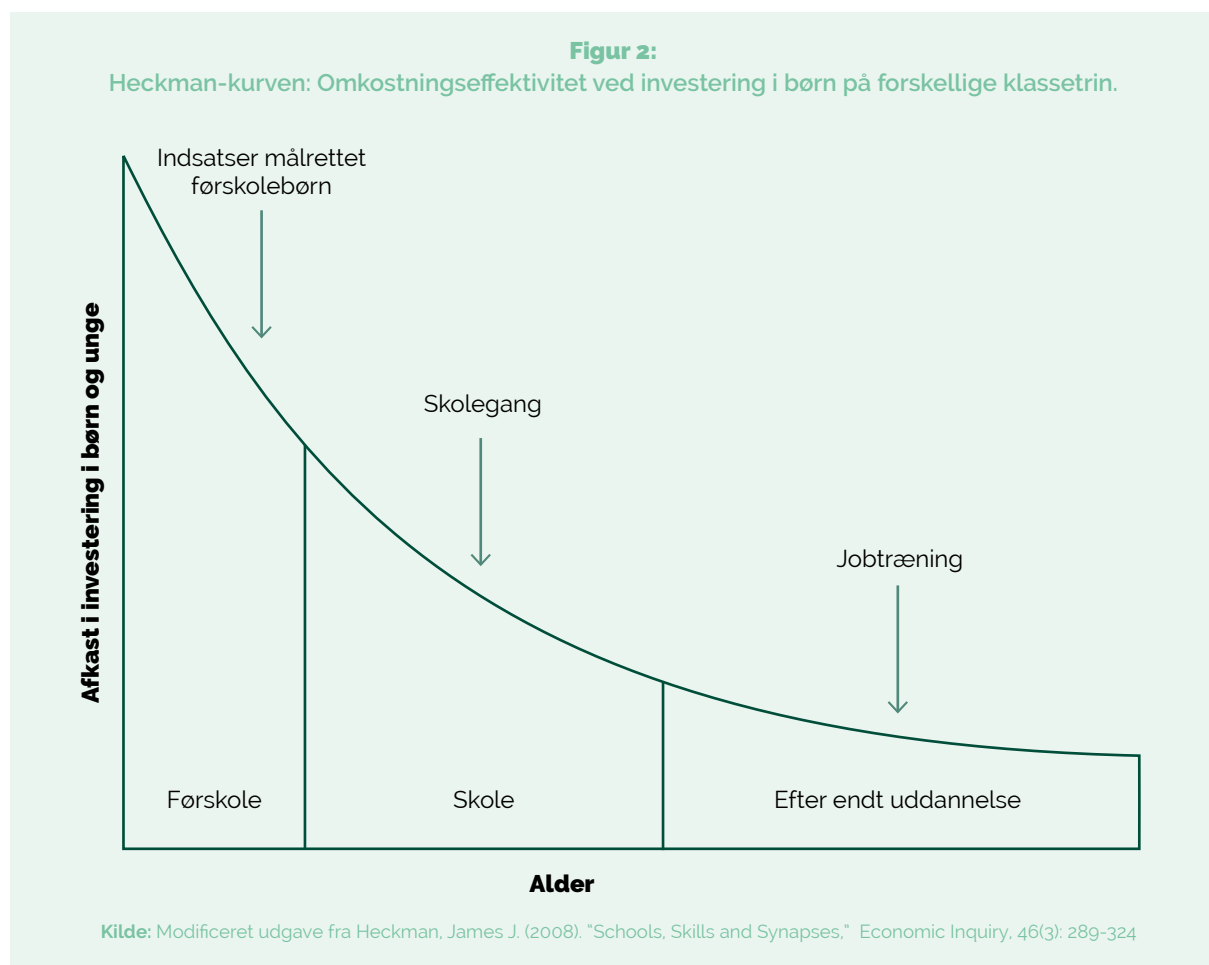
Social ulighed i sundhed refererer til, at der er systematiske forskelle i sundhed, sygelighed, konsekvenser af sygdom og dødelighed mellem forskellige socialgrupper i samfundet, og til at disse forskelle er forårsaget af forskelle i sociale omstændigheder socialgrupperne imellem. Som det fremgår af figur 1, leder forskelle i social position til forskelle i helbreds påvirkninger og konsekvenser af sygdom, og forskelle i konsekvenser af sygdom leder igen til forskelle i social position. Men social ulighed i sundhed kan reduceres gennem politiske initiativer (1, 2).



Vores sundhed påvirkes gennem hele livet, og udviklingen af sociale forskelle i sundhed kan derfor med fordel anskues i et livsperspektiv. Social ulighed i sundhed og trivsel viser sig allerede fra fostertilstanden og op igennem barndommen, fordi børn vokser op under forskellige vilkår. Forskelle mellem forældres sociale position er sammenfaldende med forskelle i børnenes sundhed allerede tidligt i livet. Forskellene i børnenes sundhed viser sig også ofte som forskelle i sundhed senere i livet, fordi sundhedskonsekvenserne kan akkumulere og ophobe sig over tid (1, 2). Den sociale ulighed i sundhed og trivsel følger således børnene videre i livet, hvor den resulterer i og forstærkes af ulighed i skolegang, i uddannelse og i tilknytning til arbejdsmarkedet (3, 4). På grund af denne akkumulerende effekt er det bedre med interventioner tidligt i livet end senere, alt andet lige. Professor James J.

Heckman har vist, at indsatsers omkostningseffektivitet er større, jo yngre målgruppen er. Dette vises i den såkaldte Heckman-kurve i figur 2 (5). Forskelle i færdigheder hos 18-årige, eksempelvis forskelle i motivation, selvregulering og evnen til at samarbejde, kan spores tilbage til forskelle i 5-6-årsalderen (6-8). Ifølge Heckman bør vi derfor sætse stærkt på de tidlige indsatser og dermed påvirke børnene i den alder, hvor de første tegn på forskelle udvikler sig, og hvor påvirkningen får størst betydning (5).

I litteraturen bruges børnenes forældres sociale position som udtryk for børnenes sociale position (9, 10). I dette kapitel angives børnenes sociale position derfor gennem forældrenes uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk herkomst (indvandrere eller efterkommere)¹ eller som en kombination heraf (1).



1. Indvandrere er født i udlandet, mens efterkommere er født i Danmark.

Der er kommet øget sundhedspolitisk fokus på social ulighed i sundhed, herunder et større fokus på målrettede sundhedsindsatser, som kan forebygge mistrivsel og fremme sundhed blandt børn (1, 11). Senest i 2020 har Sundhedsstyrelsen sat fokus på ulighed i sundhed i rapporterne *Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017* (12), *Indsatser mod ulighed i sundhed* (13) og *Veje til social ulighed i børn og unges sundhed – teoretiske perspektiver* (9).

Alderen 6-11 år er en afgørende tid i børns liv, fordi der markeres en overgang ved skolestart. Her begynder skolelivet og meget af foreningslivet, hvor børn i stigende grad bliver opmærksomme på hinanden og de sociale relationer, de indgår i. Det er også en tid, hvor de i højere grad bliver overladt til sig selv og de skal finde fodfæste i livet og lære at stå mere på egne ben. De begynder at finde deres egen identitet og spejle sig i deres kammerater og omgangskreds (14). De 6-11-årige er desværre også en aldersgruppe, der ofte er overset i epidemiologiske undersøgelser i Danmark. Det skyldes blandt andet, at denne aldersgruppe falder indimellem sundhedsplejerskernes lovpligtige indskolingsundersøgelse og lovpligtige udskolingsundersøgelse². Der findes derfor ikke nationale monitoreringsundersøgelser af den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige i Danmark, mens der heller ikke kendes til særligt mange dokumenterede indsatser i regi af skolesundhedsplejen.

I det følgende præsenteres sundhedsbegrebet, ulighed i sundhed blandt børn ifølge loven og forskellige perspektiver på forebyggelse af social ulighed i sundhed. Dernæst præsenteres den tilgængelige viden om forekomsten af social ulighed i sundhed blandt 6-11 årige børn.

2. Skolesundhedstjenestens øvrige ydelser bestemmes af den enkelte kommunalbestyrelse og det monitoreres ikke, hvad der tilbydes og hvilke fund, sundhedsplejerskerne gør.

Forebyggelse af social ulighed i sundhed blandt børn

Sundhedsbegrebet

Sundhed er et bredt begreb, som ifølge Sundhedsstyrelsen er en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker. Sundhed dækker således både over menneskets fysiske sundhed, men også over mental sundhed og trivsel. Derudover betragtes sundhed som et grundlag for det daglige liv, og ikke som livets formål (15). Definitionen er inspireret af WHO, som arbejder ud fra en forståelse af, at der ofte er mange årsager bag sygdom og sundhed (16).

Børn og ulighed i sundhed ifølge loven

Forebyggelse går på tværs af en række statslige myndigheder, regionerne og ikke mindst kommunerne. Sundhedsloven regulerer og understøtter forebyggelsesarbejdet (1). Her beskrives de forskellige aktørers ansvarsområder for at få et helhedsbillede af forebyggelsesarbejdet.

Ifølge sundhedsloven (LBK nr. 903 af 26/08/2019) §121 stk. 2 skal alle børn tilbydes en undersøgelse ved sundhedsplejerske eller læge det første skoleår, kaldet indskolingsundersøgelsen. Det fremgår af *Veiledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge* (17), at formålet med undersøgelsen er at vurdere barnets sundhed, trivsel og skolemæssige parathed, samt at vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at undersøgelsen foretages sammen med barnets forældre. Såfremt barnet har symptomer på sygdom, eller ved mistanke herom, henvises til praktiserende læge. Ved behov for tværfaglig indsats eller udredning henvises barnet og familien til kommunens lovbestemte tværfaglige gruppe, jf. §123 i sundhedsloven. Sundhedsplejersken har ansvaret for at følge op på både fysiske, mentale og sociale forhold, jf. §122. Ifølge bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge §10, stk. 3 skal sundhedsplejersken gennem hele skolealderen tilbyde regelmæssige kontakt, hvor man gennem funktionsundersøgelser og samtaler skal afdække eventuelle almene og individuelle sundhedsproblemer. Sundhedsplejersken har således en unik tilgang til alle børn i målgruppen for denne rapport, og det kan derfor anbefales at styrke sundhedsplejerskens indsatser og tilgængelighed i fremtidige indsatser for børn i den undervisningspligtige alder.

Kommunernes ansvar

Ifølge sundhedslovens kapitel 36 §120 om forebyggende sundhedsindsatser til børn og unge er kommuner retsligt forpligtet på at tilrettelægge sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende indsatser, som bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst, og som skaber gode forudsætninger for en sund voksentilværelse senere i livet. §§ 120-126 bestemmer sundhedsplejens ansvar, hvilket uddybes i Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge og yderligere i *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. Derudover står der i servicelovens kapitel 11 § 46, at kommunerne særligt er forpligtede på at yde støtte til børn og unge, der har særlige behov, så de har samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (18). Således har kommunerne et stort ansvar for forebyggelsen af social ulighed i sundhed, men forvaltningen af dette ansvar er i høj grad op til kommunerne selv (1). Nogle kommuner har reduktion af social ulighed i sundhed som et politisk mål og har etableret indsatser med dette sigte. Alle kommuner er jf. §§ 120-126 i sundhedsloven forpligtet på at have en sundhedsplejeordning. Almen praksis har ansvaret for børneundersøgelser og vaccinationer i henhold til børnevaccinationsprogrammet, og her er det muligt at opspore udsatte børn, hvis de udebliver fra undersøgelse og vaccination (19).

I det følgende beskriver vi forskellige perspektiver, som kommunerne med fordel kan indtænke i planlægning og udførelse af det lovbestemte forebyggelsesarbejde med børn, unge og deres familier.

Perspektiver på forebyggelse af social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed kan enten beskrives ud fra et bredt gradientperspektiv eller et mere snævert udsathedsperspektiv. I gradientperspektivet stiger sygelighed og dødelighed i takt med lavere socialgruppe. Der er således ulighed mellem alle socialgrupper. I udsathedsperspektivet fokuseres der derimod alene på forskellene i sundhed mellem de mest udsatte (f.eks. børn af kontanthjælpsmodtagere, forældre med misbrug eller psykisk syge forældre) og resten af befolkningen. Her er uligheden ikke en gradient, men forholdet mellem to grupper (11).

Valget af forebyggelsesindsatser kan afhænge af, hvilket perspektiv man betragter uligheden i. Målrettede indsatser retter sig mod socialt marginaliserede og udsatte grupper af børn og deres familier, mens universelle indsatser retter sig mod alle børn og deres familier uanset deres sundhedsprofil og socioøkonomiske placering i samfundet

(1). Her lægger udsathedsperspektivet måske mere op til målrettede indsatser, som retter sig mod socialt marginaliserede og udsatte grupper. Gradient- og udsathedsperspektivet er dog begge relevante for at påvirke den sociale ulighed i sundhed (11, 13).

Valget af forebyggelsesindsatser kan enten motiveres i et ønske om at reducere den relative forskel i sundhed mellem de sunde og de mindre sunde børn, eller i at forbedre de mindre sunde børns sundhed i absolut forstand (11). Hvis en indsats medfører, at de mindre sunde børns sundhed forbedres, så er der tale om en absolut forbedring, uanset hvad der sker med de mere sunde børns sundhed, f.eks. uanset at de mere sunde børns sundhed er forbedret endnu mere. Hvis en indsats medfører, at de mindre sunde børns sundhed forbedres mere end de mere sunde børns sundhed, så reduceres den relative forskel i sundhed.

I forebyggelsesarbejdet skelnes der ofte mellem forskellige forebyggelsesniveauer; primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Nogle indsatser bliver sat i værk for at forhindre potentielle problemer i at opstå (primær forebyggelse), mens andre indsatser iværksættes for at sikre, at et eksisterende problem ikke udvikler sig yderligere (sekundær forebyggelse) eller for at imødegå tilbagefald for børn og unge, der allerede har dårlig sundhed eller mistrives (tertiær forebyggelse) (20). I praksis er grænserne mellem de tre forskellige forebyggelsesniveauer dog ofte flydende, hvorfor mange indsatser også vil indeholde flere niveauer af forebyggelse (21).

I forebyggelsesarbejdet blandt børn er forældreinddragelse særlig relevant. Forskning viser, at inddragelsen af forældre ofte er afgørende for succes af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser målrettet børn (22). I 2009 opfordrede WHO til, at både børn og deres mødre blev inddraget i sundhedstiltag for at skabe mere lighed i sundhed (22). Senere har flere studier fundet evidens for, at forældre støttende programmer for udsatte familier er et vigtigt led i at reducere den sociale ulighed i børnenes sundhed. Forældreinddragende indsatser er særligt gavnlige, blandt andet fordi forældrene herigennem bliver bedre til at fortolke og forstå barnets adfærd (23-25).

Forekomst af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige

I dette afsnit præsenterer vi forekomsten af social ulighed i sundhed, målt på forskellige sundhedsparametre, for at vise, hvor der kan sættes ind for at påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt de 6-11-årige. Som tidligere nævnt findes der ingen landsdækkende befolkningsundersøgelser, som har undersøgt forekomsten af social ulighed i sundhed i den specifikke aldersgruppe 6-11 år. Derfor anvendes primært et udpluk af data fra sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed (6-7 år) (26), sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden (6-7 år) (27) og Skolebørnsundersøgelsen 2018 (11 år) (28). Se bilag 1 for nærmere beskrivelse af datakilderne. Herudover inddrages en række forskellige temarapporter og danske videnskabelige studier. Nogle undersøgelser dækker et større aldersspænd end 6-11-årige, men det antages, at relevante tendenser er de samme inden for aldersgruppen 6-11 år alene.

Social ulighed i sundhed blandt børn generelt set

Helt overordnet set er de fleste børn og unge sunde og raske, trives godt og udvikler sig, som de skal. Der er dog et betydeligt mindretal af børn og unge, som ikke udvikler sig, som de skal, trives dårligt eller som har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Her gives et overblik over uligheden målt på parametre inden for 1) færdigheder, 2) sociale relationer, 3) mental sundhed og trivsel, og 4) fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og vægtstatus.

1. Færdigheder

I dette afsnit beskrives børn og unges motoriske og sproglige vanskeligheder, som på sigt kan forringe den enkeltes livsvilkår, da disse vanskeligheder tidligt i livet kan forhindre børn og unge i at deltage i samfundslivet på lige vilkår med deres jævnaldrende (29).

1.1. Motoriske vanskeligheder

Udviklingen af motoriske færdigheder, såvel fin- som grovmotorisk (f.eks. skrive, tegne eller kaste en bold) er vigtig for børns sundhed, da de er vigtige kompetencer i leg og sport, men også i forhold til at skrive og tegne mm. Motoriske vanskeligheder har derfor stor betydning for børn og unges fysiske og psykiske trivsel. For eksempel er børn med motoriske vanskeligheder i indskolingen i højere grad overvægtige, når de går ud af folkeskolen, og samtidig kan børn med motoriske vanskeligheder have svært ved at deltage i leg og dermed danne sociale relationer (30).

En temarapport fra Databasen Børns Sundhed har undersøgt forekomsten af motoriske vanskeligheder

blandt børn i indskolingsalderen og den sociale ulighed heri (30). At have motoriske vanskeligheder defineres i denne undersøgelse ud fra antallet af bemærkninger, som sundhedsplejersken har registreret for det enkelte barns motoriske udvikling ved indskolingsundersøgelsen. Dette er bemærkninger til gang, hoppe, balance, gadedrengeløb, stå på højre ben og venstre ben, gribe bold, valgt hånd og håndgreb. Børn med tre bemærkninger eller flere betegnes som havende motoriske vanskeligheder. Det fremgår af undersøgelsen, at 6,3 % har mindst tre bemærkninger, typisk til gang, hoppefærdigheder og balance. Den største andel af børn med mindst tre bemærkninger til motorisk udvikling ses blandt børn af forældre, der hverken er i erhverv eller under uddannelse (8,6 %), blandt børn af forældre, der har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (7,4 %), og børn af forældre, der er indvandrere eller efterkommere af indvandrere (6,7 %). Andelen af børn med bemærkninger er derimod mindst blandt børn af forældre, der har en lang videregående uddannelse (6,2 %), er af dansk herkomst (6,2 %), eller blandt børn af forældre, som har et arbejde eller er under uddannelse (5,9 %) (30).

1.2. Sproglige vanskeligheder

Veludviklede sprog- og læsefærdigheder skaber bedre forudsætninger for at klare sig godt i skolen og senere på uddannelses- og arbejdsmarkedet (31-33). Blandt andet ses en højere arbejdsløshed blandt personer med sprogvanskeligheder i barndommen end i den samlede befolkning (32, 34). Gode sproglige færdigheder er også vigtige for børn og unges sociale liv, da gode sprogkunderskaber skaber bedre muligheder for at indgå i sociale fællesskaber (31). Der findes kun få undersøgelser af børn og unges sproglige færdigheder og ingen landsdækkende. Sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden viser, at sundhedsplejersken har bemærkninger til sproget ved 8,6 % af indskolingsbørnene. En bemærkning kan eksempelvis gives, hvis barnet har svært ved at udtale ord, eller at barnets ordforråd ikke er alderssvarende. Der er en højere forekomst af sproglige vanskeligheder blandt børn, hvis forældre begge to er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere (14,1 %), hvis forældre har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (11,9 %), hvis én (11,2 %) eller begge (11,7 %) er uden arbejde eller begge har en erhvervsfaglig uddannelse (9,6 %), end der er blandt børn af forældre, der er af dansk herkomst (7,2 %), begge er i arbejde (7,2 %) eller begge har en lang videregående uddannelse (6,3 %) (27).

2. Sociale relationer

Relationer til jævnaldrende og voksne har stor betydning for børns trivsel. Undersøgelser viser blandt andet, at begrænset kontakt med venner øger risikoen for mistrivsel, ensomhed og mobning (35). Ligeledes er støttende forældrerelationer af stor betydning, da familien danner ramme for, hvordan barnets opfattelse og forståelse af sig selv og andre udvikles (28, 35, 36). Også omsorg fra forældrene spiller en rolle i forhold til barnets kognitive og følelsesmæssige udvikling (28, 37-39) og i etableringen af sundhedsadfærd og sundhedsrelaterede vaner (28).

2.1. Relationer med venner

I indskolingsundersøgelsen blev forældrene bedt om at vurdere deres barns forhold til jævnaldrende ved at svare på en række udsagn. I sundhedsprofilen fra Databasens Børns Sundhed er det beskrevet, at størstedelen (94,3 %) af forældrene svarede "passer godt" til udsagnet om, at deres barn generelt er vellidt af andre børn, mens 2,8 % angav, at deres barn har tegn på problemer i forhold til deres jævnaldrende (26). I sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden er det beskrevet, at 6,7 % af forældrene angav, at deres børn har problemer med jævnaldrende. Forekomsten er højere blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere (14,7 %), har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (13,9 %) eller ikke er i erhverv (11,1 %) end forekomsten er blandt børn, hvis forældre er af dansk herkomst (4,6 %), begge er i job eller under uddannelse (4,7 %) eller har en lang videregående uddannelse (4,3 %) (27).

I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er børnene blevet spurgt, hvorvidt de har en bedste ven eller veninde at betro sig til. I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er det vurderet vigtigt at have nogen, man kan tale fortroligt med, når livet synes besværligt. Af de 11-årige vurderer 76 % af drengene og 82 % af pigerne, at de har nemt eller meget nemt ved at tale fortroligt med en bedste ven eller -veninde. Andelen af 11-15-årige, der har det nemt eller meget nemt med dette, er dog større blandt børn med forældre fra høj (85 %) og mellem socialgruppe (83 %) end blandt børn med forældre fra lav socialgruppe (78 %) (28).

2.2. Forældre-barn relation

I indskolingsundersøgelsen har sundhedsplejerskerne registreret bemærkninger til kontakten mellem barn og forældrene forstået som kontakt/samspil, fysisk omsorg, psykisk omsorg eller andet. En bemærkning kan eksempelvis gives, hvis forældrene ikke reagerer hensigtsmæssigt på barnets signaler, eller hvis barnet er ikklædt snavset tøj eller tøj, der ikke passer til årstiden. I Sundhedsprofilen fra Databasens Børns Sundhed har sund-

hedsplejerskerne givet 3,9 % af børnene mindst én bemærkning til forældre-barn relationen (26). I Region Hovedstadens sundhedsprofil er der 5,6 % af indskolingsbørnene, som har en bemærkning til forældre-barn relationen, og der er en højere forekomst af bemærkninger, hvis barnets forældre ikke er i erhverv (11,3 %), har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (10,6 %), eller hvis forældrene er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere (8,3 %), mens forekomsten er mindst blandt børn af forældre, der er af dansk herkomst (4,9 %), begge er i job eller under uddannelse (4,3 %) eller har en lang videregående uddannelse (3,5 %) (27).

I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er de unge blevet spurgt, hvorvidt de oplever at modtage støtte fra familien ud fra fire udsagn: 1) Min familie forsøger virkelig at hjælpe mig, 2) jeg får den følelsesmæssige hjælp og støtte, jeg har brug for fra min familie, 3) jeg kan tale med min familie om mine problemer, og 4) min familie vil gerne hjælpe mig med at træffe beslutninger. Generelt oplever størstedelen af de 11-årige at få støtte fra familien, hvor 77 % er enige eller helt enige i, at de får støtte fra familien på de fire områder. Andelen af 11-15-årige, der er enige eller helt enige i, at de får støtte fra familien, er dog størst i høj socialgruppe (77 %), lidt mindre i mellem socialgruppe (72 %) og lavest i lav socialgruppe (68 %) (28).

3. Mental sundhed og trivsel

Trivsel og mental sundhed bruges ofte synonymt. God mental sundhed er et godt fundament for en positiv helbredsmæssig, social og læringsmæssig udvikling for både børn og unge. Mental sundhed er ifølge Sundhedsstyrelsen en tilstand af velbefindende, hvor individet udfolder sit potentiale, kan klare dagligdagens udfordringer og kan bidrage til de fællesskaber, det indgår i (40, 41). Mental sundhed rummer to dimensioner, da det både handler om at have det godt med sig selv og sit liv (oplevelsesdimension), og at kunne fungere i sin dagligdag i fællesskab med andre (funktionsdimension) (40, 41). Mistrivsel kan føre til mindre læring og højere skolefravær (42, 43), og på længere sigt kan mistrivsel også føre til frafald på ungdomsuddannelser (44) og øge risikoen for psykiske lidelser og sygdomme, som kan følge med ind i voksenlivet (45, 46). Mental sundhed og trivsel rapporteres her som selv vurderet trivsel, selvværd og self-efficacy, ensomhed og mobning samt psykiske symptomer og sygdomme.

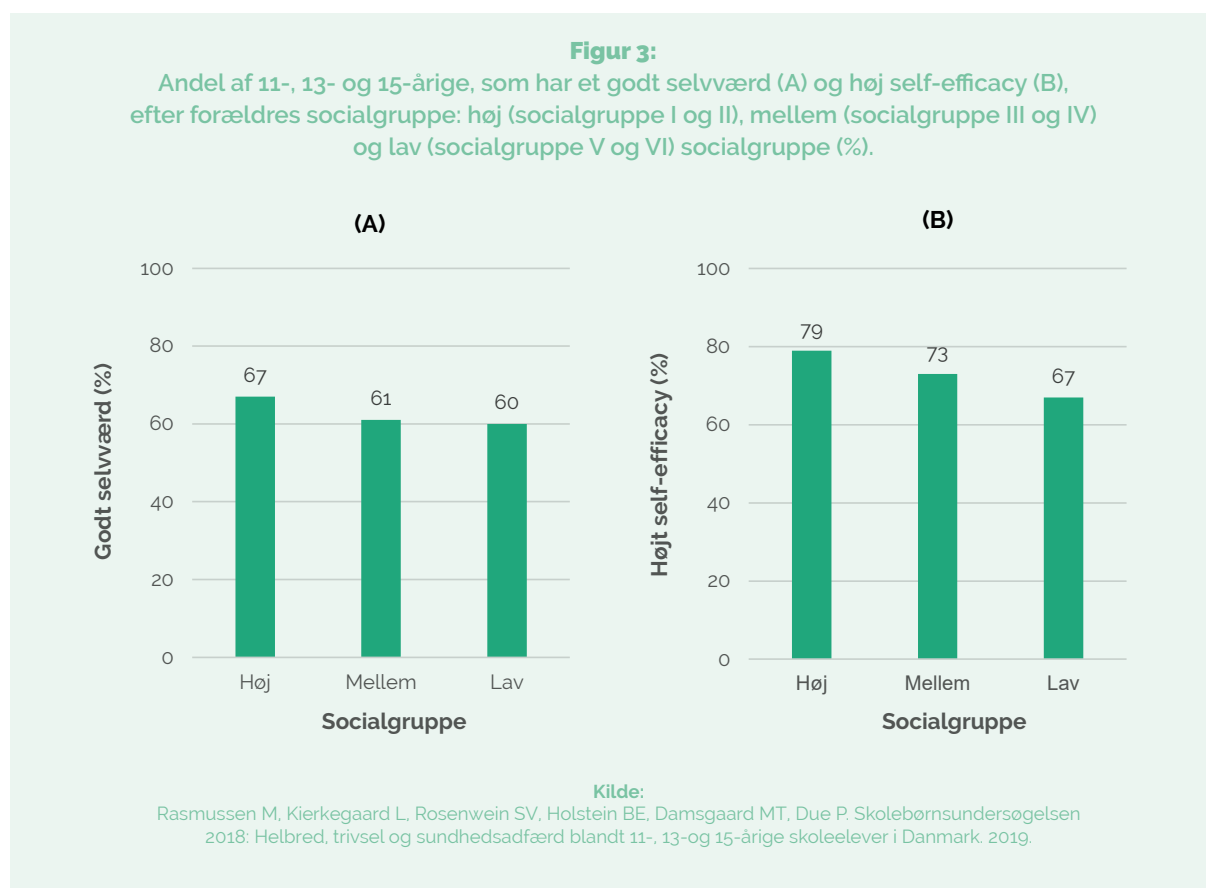
3.1. Selvvurderet trivsel

I sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed beskrives det, at 5,2 % af børnene i indskolingsundersøgelsen har angivet, at de har en lav generel trivsel, mens 11,6 % af børnene angiver at have lav skoletrivsel (26). Tallene er nogenlunde sammenlignelige med dem, der findes i sundhedsprofilen fra

Region Hovedstaden, hvor 4,8 % af de indskolingsundersøgte børn har en lav selvvurderet generel trivsel, og 11,0 % har en lav selvvurderet skoletrivsel. Der er en højere forekomst af børn med lav skoletrivsel blandt børn, der har forældre, der ikke er i erhverv (15,6 %), end blandt børn, hvis forældre er i erhverv eller under uddannelse (11,2 %), mens der ikke ses særlige forskelle blandt børn af forældre med forskelligt uddannelsesniveau eller forskellig etnicitet (27). I Skolebørnsundersøgelsen angiver omkring 40 % af de 11-årige børn, at de godt kan lide skolen. Der er ingen sociale forskelle i skoletrivsel blandt de 11-15-årige baseret på socialgruppe (28).

3.2. Selvværd og self-efficacy

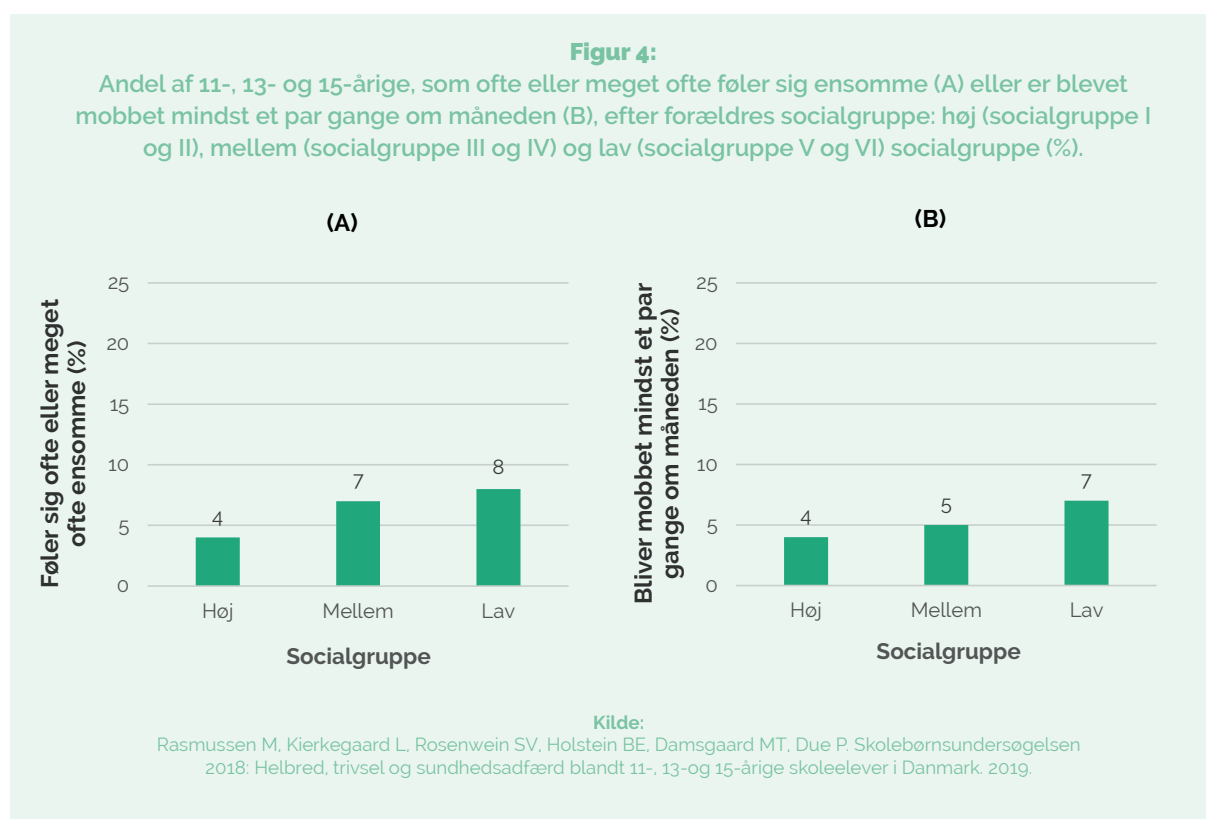
Selvværd udtrykker en vurdering af eget værd, og self-efficacy udtrykker tro på egne evner og formåen (47). Et godt selvværd blandt børn har betydning for dannelsen af positive sociale relationer og for udvikling og indlæring (28, 47). Der findes ingen specifikke undersøgelser af selvværd og self-efficacy blandt 6-10-årige børn i Danmark, men Skolebørnsundersøgelsen 2018 viser, at henholdsvis 65 % og 74 % af piger og drenge i 11-årsalderen har et godt selvværd, mens 70 % af 11-årige piger og drenge har høj self-efficacy. Børn fra høj socialgruppe har i gennemsnit et bedre selvværd og højere self-efficacy end børn fra lav socialgruppe (se figur 3) (28).



3.3. Ensomhed og mobning

Ensomhed i barndommen øger risikoen for at udvikle sundheds- og adfærdsrelaterede problemer senere i livet (f.eks. angst og depression og skolefravald) (28). Der er kun få undersøgelser af social ulighed i ensomhed blandt 6-11-årige. I Skolebørnsundersøgelsen 2018 angiver 6 % af 11-15-årige, at de ofte eller meget ofte føler sig ensomme. Ensomhed forekommer dog markant hyppigere blandt piger (6 % blandt 11-årige) end blandt drenge (2 % blandt 11-årige) og hyppigere blandt børn fra lav socialgruppe (8 %) end blandt børn fra høj socialgruppe (4 %) (se figur 4A) (28).

I Skolebørnsundersøgelsen 2018 defineres mobning ved, at barnet gentagne gange er blevet holdt udenfor, drillet, generet eller slået. Mobning er blandt andet associeret med højere forekomst af psykiske symptomer, ensomhed, mistro og overvægt og øget risiko for arbejdsløshed (28). I sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed har 12,3 % af forældrene i indskolingsundersøgelsen svaret "passer delvist" eller "passer godt" til udsagnet om, at deres børn i indskolingen bliver mobbet eller drillet (26). Herudover viser tal fra Skolebørnsundersøgelsen 2018, at omkring hver tyvende (5-6 %) 11-årige oplever at blive mobbet mindst et par gange om måneden, og risikoen for at blive mobbet stiger med faldende socialgruppe blandt de 11-15-årige (se figur 4B) (28).



3.4. Psykiske symptomer og sygdomme

Psykiske symptomer omfatter at være ked af det, irriteret/i dårligt humør, at føle sig nervøs eller nedtrykt. Blandt børn og unge er psykiske symptomer almindeligt forekommende, men alvorligheden afhænger af, om de psykiske symptomer belaster barnet i en sådan grad, at barnets evne til at mestre dagligdagen påvirkes. En særlig belastningsgrad kan føre til udvikling af psykiske sygdomme, såsom angst og depression (41).

I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er psykiske symptomer blandt andet blevet målt ved tristhed. I undersøgelsen angiver 32 % og 22 % af henholdsvis de 11-årige piger og drenge, at de er kede af det mindst én gang ugentligt. Der er således en kønsforskel i rapporteringen, men der ses ikke tydelige sociale forskelle (28).

Et dansk studie blandt 3.500 børn i alderen 5-7 år fra tre fødselskohorter viser, at de hyppigste problemer ifølge forældrene er angst og tristhed (7,4 %) (48). En rapport fra Vidensråd for Forebyggelse har kortlagt undersøgelser, som har undersøgt forekomst af psykiske sygdomme blandt danske børn i 1-9-års alderen. For alle børn i aldersgruppen gælder det, at angst- og depressive tilstande (3-5 %) samt adfærdsforstyrrelser (f.eks. ADHD) (2-5 %) forekommer hyppigst (47). International forskning viser, at forekomsten af mentale sundhedsproblemer og psykisk sygdom i barndommen stiger med faldende socioøkonomiske ressourcer i familien, men dette har vi ikke viden om i dansk kontekst (49).

4. Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og vægtstatus

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på børns sundhed. Det er blandt andet vist, at fysisk aktivitet gavner børns og unges konditionstal (50), kardiometaboliske sundhed (f.eks. kredsløb) (51), vægtudvikling (52), muskelstyrke (53), kognitive udvikling og læring (54) samt mentale trivsel (55). Derfor er for meget stillesiddende adfærd heller ikke hensigtsmæssig for børns og unges sundhed og trivsel. Stillesiddende adfærd refererer til den tid, som vi enten tilbringer siddende eller liggende i vores vågne tid. Dette kan eksempelvis være læsning, skrivning og skærmtid (computer, TV, smartphone) (56). Stillesiddende adfærd er blandt andet associeret med dårligere kardiometabolisk sundhed (57) og u hensigtsmæssig vægtøgning (58). Tilmed er der indikationer på, at for meget stillesiddende adfærd øger risikoen for dårlig mental sundhed (59).

4.1. Fysisk aktivitet

I Danmark anbefales børn og unge at dyrke fysisk aktivitet i mindst 60 minutter om dagen af moderat til høj intensitet for at opnå sundhedsmæssige gevinster (56). Der er ikke udført nationale undersøgelser af fysisk aktivitetsniveau blandt børn og unge under 11 år. I sundhedsprofilen fra Region Hovedstaden har sundhedsplejerskerne registreret, at 4,6 % af indskolingsbørnene er fysisk aktive i mindre end én time dagligt. Desuden er andelen af børn, der bevæger sig mindre end én time dagligt, højere blandt børn, hvis forældre er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere (11,5 %), ikke er i erhverv (10,5 %), eller hvis forældre har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse (7,7 %), end blandt de børn, hvis forældre begge er i job eller under uddannelse (3,8 %), hvis forældre er af dansk herkomst (3,0 %), eller hvis forældre har en lang videregående uddannelse (2,9 %) (27).

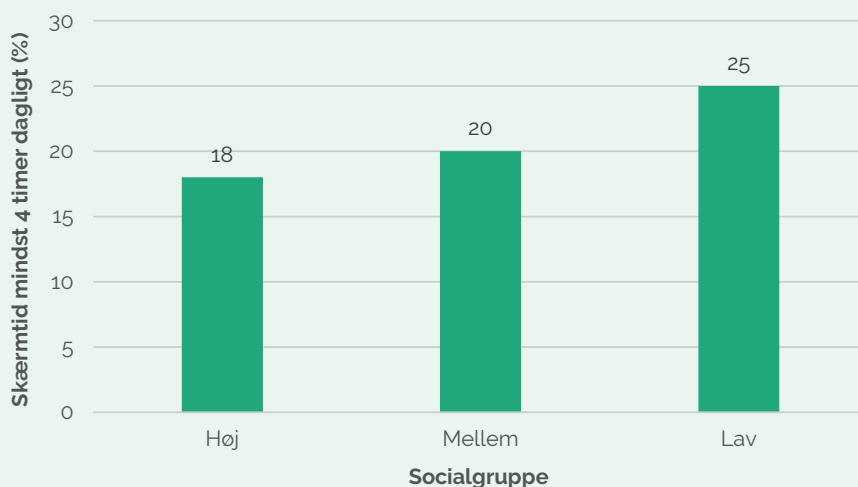
I en rapport udarbejdet af Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen i 2019 præsenteres den første nationale monitorering af objektivt målt fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt de 11-15-årige. Rapporten viser overordnet, at de 11-15-årige i gennemsnit bruger 48 minutter om dagen på fysisk aktivitet ved moderat til høj intensitet, og at blot 26 % lever op til anbefalingerne om at være fysisk aktive mindst 60 minutter om dagen ved moderat eller høj intensitet. Der ses klare socioøkonomiske forskelle i fysisk aktivitetsniveau, hvor 27 % i høj socialgruppe efterlever anbefalingerne, mens det kun gælder for 17 % i lav socialgruppe (60).

4.2. Stillesiddende adfærd

Der findes ikke nationale anbefalinger for stillesiddende adfærd, men det anbefales at reducere den stillesiddende tid mest muligt. Der er ingen nationalt repræsentative undersøgelser, som har målt forekomsten af stillesiddende adfærd med accelerometre blandt børn under 11 år. Men i et projekt baseret på børnehaver i Odense i 2009 blev stillesiddende tid målt ved at indsamle forælderapporteret information om det totale computer- og TV-forbrug blandt 5-6-årige. Det blev målt, at drenge i gennemsnit bruger 1 time og 43 minutter på computer og TV, mens piger bruger 1 time 35 minutter (61). Herudover viser en international undersøgelse baseret på forælderapportering fra 25 lande i 2021, at 62,8 % af 6-9-årige danske børn har mere end to timers daglig skærmtid (62). I en national monitoreringsundersøgelse foretaget af Syddansk Universitet, er det estimeret, at 11-15-årige bruger omkring 11 timer i hverdage på at være stillesiddende. Heri indgår stillesiddende tid i skole, passiv transport og stillesiddende fritidsakti-

Figur 5:

Andel af 11-, 13- og 15-årige, som bruger mindst fire timer dagligt på at se film, TV-serier, Youtube-film eller underholdningsprogrammer på hverdage efter høj (socialgruppe I og II), mellem (socialgruppe III og IV) og lav (socialgruppe V og VI) socialgruppe (%).



Kilde:

Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019.

viteter (60). I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er det rapporteret, at 14 % af pigerne og 25 % af drengene som minimum bruger fire timer dagligt på skærmaktiviteter i fritiden. Der ses desuden en social ulighed i forekomsten af stillesiddende aktiviteter i fritiden, da andelen af 11-15-årige, som dagligt bruger mindst fire timer på stillesiddende aktiviteter, er højere i lav socialgruppe end i høj socialgruppe (se figur 5) (28).

4.3. Vægtstatus

Uhensigtsmæssig vægtstatus kan have både fysiske og psykiske konsekvenser for det enkelte barn. På kort sigt kan overvægt øge risikoen for at opleve psykosociale belastninger i form af dårlig mental trivsel, ensomhed, mobning og forringet livskvalitet (63-65), mens overvægt på længere sigt øger risikoen for udvikling af type 2-diabetes, forskellige kræftformer, hjertekarsygdomme og for tidlig pubertet (63, 66).

I sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed er det beskrevet, at sundhedsplejerskerne i indskolingsundersøgelsen har registreret børnenes BMI³ for at vurdere børnenes vægtstatus (undervægtig, normalvægtig, overvægtig eller svært overvægtig). Tallene viser, at 8,2 % af børnene har undervægt, mens 13,0 % af børnene har overvægt eller svært overvægt (26). Der er ikke viden om social ulighed i

børnenes vægt i indskolingen, men undersøgelsen viser, at der er store forskelle mellem kommunerne, som formodentligt skyldes forskelle i den sociodemografiske sammensætning (26).

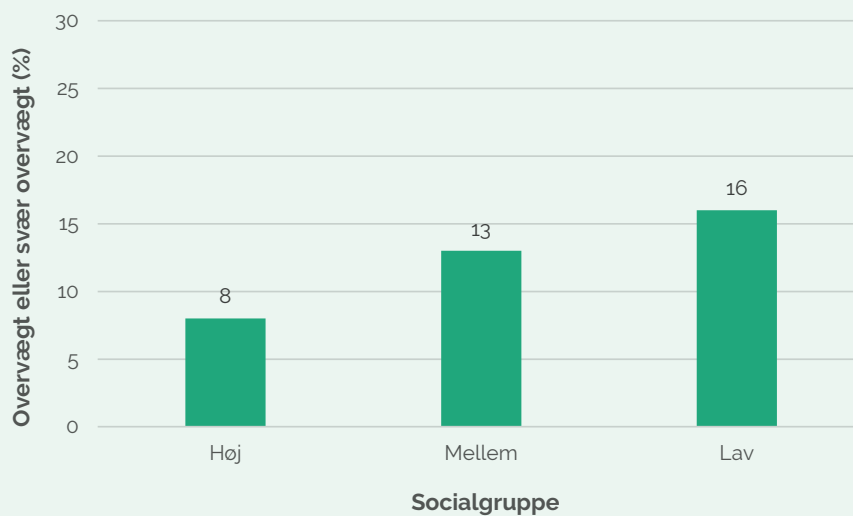
I sundhedsprofilen beskrevet af Region Hovedstaden, er det angivet, at 12,6% har overvægt, hvor der er en højere forekomst blandt børn, hvis forældre har grundskole som højeste fuldførte uddannelse (21,8 %) hvor den ene eller begge forældre ikke har noget arbejde (hhv. 17,7 % og 21,9 %) sammenlignet med børn af forældre, som ikke er i erhverv eller under uddannelse (11,1 %), eller børn af forældre med en lang videregående uddannelse (8,2 %). Endvidere er forekomsten højere blandt børn, hvis forældre er indvandrere eller efterkommere af indvandrere (22,9 %) sammenlignet med forældre af dansk herkomst (10,1 %) (27).

Den sociale ulighed i vægt ses ikke kun blandt indskolingsbørn, men også blandt børn i ældre aldersgrupper. I Skolebørnsundersøgelsen 2018 er andelen af 11-årige piger og drenge med overvægt på henholdsvis 9 % og 11 %, og andelen af 11-15-årige med overvægt er højere blandt børn af forældre, der tilhører en lavere socialgruppe (se figur 6) (28).

3. For børn og unge anvendes der køns- og aldersspecifikke BMI-grænser, da børn og unge – ulig voksne – vokser forskelligt afhængigt af køn og alder

Figur 6:

Andel 11-, 13- og 15-årige, som har overvægt eller svær overvægt, efter høj (socialgruppe I og II), mellem (socialgruppe III og IV) og lav (socialgruppe V og VI) socialgruppe (%).



Kilde:

Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019.

Udvikling i social ulighed i sundhed over tid

Der findes ikke undersøgelser, som har undersøgt udviklingen i social ulighed i sundhed over tid blandt børn i alderen 6 til 11 år. En rapport udarbejdet af Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd beskriver udviklingen på forskellige velfærds- og trivselsparametre blandt børn og unge (3-19 år) fra 2009 til 2017. Undersøgelsen finder tegn på, at der er sket en social polarisering, hvor bestemte grupper af børn, som i forvejen er dårligt stillet (f.eks. børn af lavt uddannede, ikke-beskæftigede og indvandrere) er blevet dårligere stillet i perioden (29). Dette kan blandt andet ses ved, at der i husstande, hvor moren har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, er flere børn i 2016, som har to forældre, der ikke er i beskæftigelse (37 %) end i 2008 (25 %). En række studier baseret på Skolebørnsundersøgelsen har belyst udviklingen i social ulighed i sundhed og sundhedsadfærd blandt børn i 11-15-årsalderen. Studierne viser, at social ulighed i sundhed målt ved overvægt, søvnproblemer, lavt selv vurderet helbred og livstilfredshed er uændret de seneste 30 år (67-71). Desuden er den sociale ulighed i ensomhed og emotionelle symptomer blevet mindre, hvilket skal ses i lyset af, at forekomsten af ensomhed og symptomer herpå over tid er steget i de højere socialgrupper (72, 73). I den samlede befolkning dokumenterer undersøgelser derimod, at der er en voksende social ulighed i sundhed (12, 74-76).

Afrunding

Der er social ulighed i sundhed blandt børn i Danmark. Andelen af sundhedsproblemer er størst blandt børn, hvis forældre har en kort uddannelse, er uden for arbejdsmarkedet eller er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere. På nogle sundhedsparametre er den sociale ulighed stor. Det gælder særligt inden for sundhedsadfærd, hvor andelen med lavt fysisk aktivitetsniveau og mange timers stillestående adfærd er højere blandt børn af forældre fra lav socialgruppe, mens den er mindre i mellem socialgruppe og mindst i høj socialgruppe. På andre sundhedsparametre er den sociale ulighed mindre synlig, men dét, at den sociale ulighed kan ses på mange forskellige områder, viser, hvor omfangsrigt problemet er. Som tidligere nævnt er sundhed et bredt fænomen, hvor sundhedsparametrene er i samspil og påvirker hinanden. Det er vigtigt at have for øje, at de enkelte parametre kan påvirke hinanden, så de negative effekter bliver større end summen af påvirkningerne fra de enkelte forhold alene (9, 77). Konsekvenserne af manglende færdigheder, sociale relationer, dårlig mental sundhed og trivsel samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd vil derfor sandsynligvis akkumulere og ophobe sig over tid. I interventionsperspektiv handler det derfor om at sætte ind så tidligt som muligt, og det handler om, at de enkelte sundhedsparametre ikke kun betragtes alene, men også ses i en sammenhæng. Der er således brug for målrettede og helhedsorienterede indsatser.

Metode

I denne rapport præsenterer vi 15 kommunale sundhedsindsatser, som vi skønner har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt 6-11-årige børn. En *påvirkning* af uligheden i sundhed kan enten dække over en reduktion af den relative forskel i sundhed mellem de mere og de mindre sunde børn, eller en forbedring af de mindre sunde børns sundhed i absolut forstand (11). De 15 indsatser har vi udvalgt på følgende måde (se figur 7):

I Sundhedsstyrelsens rapport *Indsatser mod ulighed i sundhed* fra 2020 præsenteres 26 anbefalinger til forebyggelsesindsatser, som har en dokumenteret positiv effekt på den sociale ulighed i sundhed i befolkningen. Anbefalingerne bygger på 1) omfattende epidemiologisk evidens om sygdomsårsagers betydning for ulighed i sygdomsbyrden i Danmark, 2) en litteraturgennemgang af den

internationale interventionsforskning på området, og 3) en sammenfatning af eksisterende anbefalinger til sundhedspolitiske tiltag foretaget af ekspertgrupper fra Danmark, Sverige, Norge, England og WHO.

Vi har udvalgt otte ud af de 26 anbefalinger, som vi vurderer som de mest relevante i arbejdet med ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn i kommunalt regi. Vi har efterfølgende inddelt dem i tre hovedområder:

1. Skole og fritid

- **Anbefaling 1:** Vurdere børn med højt sygefravær i skolen med henblik på at iværksætte særlig indsats ved psykiske symptomer eller misbrug.
- **Anbefaling 2:** Sikre tidlig indsats med henblik på at forbedre kognitive evner, sociale kompetencer og motoriske færdigheder hos børn i særlig risiko.
- **Anbefaling 3:** Øge personaletæthed og styrke kompetencer i daginstitutioner i udsatte områder, så der sikres ressourcer og kvalitet tilpasset børnenes behov.
- **Anbefaling 4:** Etablere sikre rammer for fysisk aktivitet, fx parker og stier for gående og cyklister i kombination med information og synliggørelse af udfoldelsesmuligheder.

2. Udsatte boligområder

- **Anbefaling 5:** Iværksætte indsatser, der øger tillid, samarbejde og netværk i udsatte boligområder, herunder involvere fx frivillige og lokale foreninger.

3. Tværgående samarbejde

- **Anbefaling 6:** Sikre socialt udsatte en fast kontakt til egen læge og/eller socialsygeplejerske.
- **Anbefaling 7:** Styrke fokus på opsøgende og fastholdende indsatser (herunder vaccinationer) for børn i socialt sårbare familier og familier med kort uddannelse.
- **Anbefaling 8:** Starte forsøg i det nære sundhedsvæsen med integration af medicinske og sociale ydelser med fælles ledelse, budget og værktøj til indsamling af patientdata om behov og effekt.

Med baggrund i de udvalgte anbefalinger har vi søgt efter eksempler på indsatser, som 1) kan klassificeres under mindst én af de otte anbefalinger, 2) som er kommunalpolitisk relevante, og 3) som er helt eller delvist overlappende med målgruppen 6-11-årige børn. Vores udvælgelsesmetode er ikke systematisk, men vi har søgt ad følgende tre veje for at afdække indsatser målrettet 6-11-årige bedst muligt:

- I. Vi har interviewet fem eksperter for at indhente deres erfaringer med og kendskab til relevante indsatser. Eksperterne er: Finn Diderichsen (professor emeritus ved Københavns Universitet (KU), ekspertise inden for blandt andet socialepidemiologisk forskning og social ulighed, hovedansvarlig for rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* (13), Bjørn Holstein (professor emeritus ved Syddansk Universitet, ekspertise inden for social ulighed i børnesundhed), Anne-Dorthe Hestbæk (seniorforsker ved Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, hovedfokus: børn og familier i socialt udsatte positioner, og indsatser, der kan støtte børnene og deres familier), Signe Boe Rayce (seniorforsker Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, erfaring inden for børn og unges psykosociale trivsel og socialepidemiologi) og Tine Curtis (forskningschef i Aalborg Kommune, leder af Center for Forebyggelse i praksis, Kommunernes Landsforening, og adjungeret professor, Syddansk Universitet).
- II. Vi har gennemgået følgende organisationers hjemmesider for igangværende indsatser: Børns Vilkår, DGI, Mødrehjælpen, Red Barnet Ungdom, Sund By Netværket, Ungdommens Røde Kors, TrygFondens Børneforskningscenter, VIVE, DPU, Socialstyrelsen, Danske Regioner og KL.
- III. Vi har gennemgået hjemmesiderne for de seks største bykommuner i Danmark ((6-by samarbejdet); København, Aarhus, Odense, Aalborg, Esbjerg og Randers), og for de 15 danske kommuner med størst andele af udsatte børn og unge (78). Dette med en forventning om, at disse kommuners økonomiske formåen og sammensætning af borgere har givet anledning til indsatser på området.

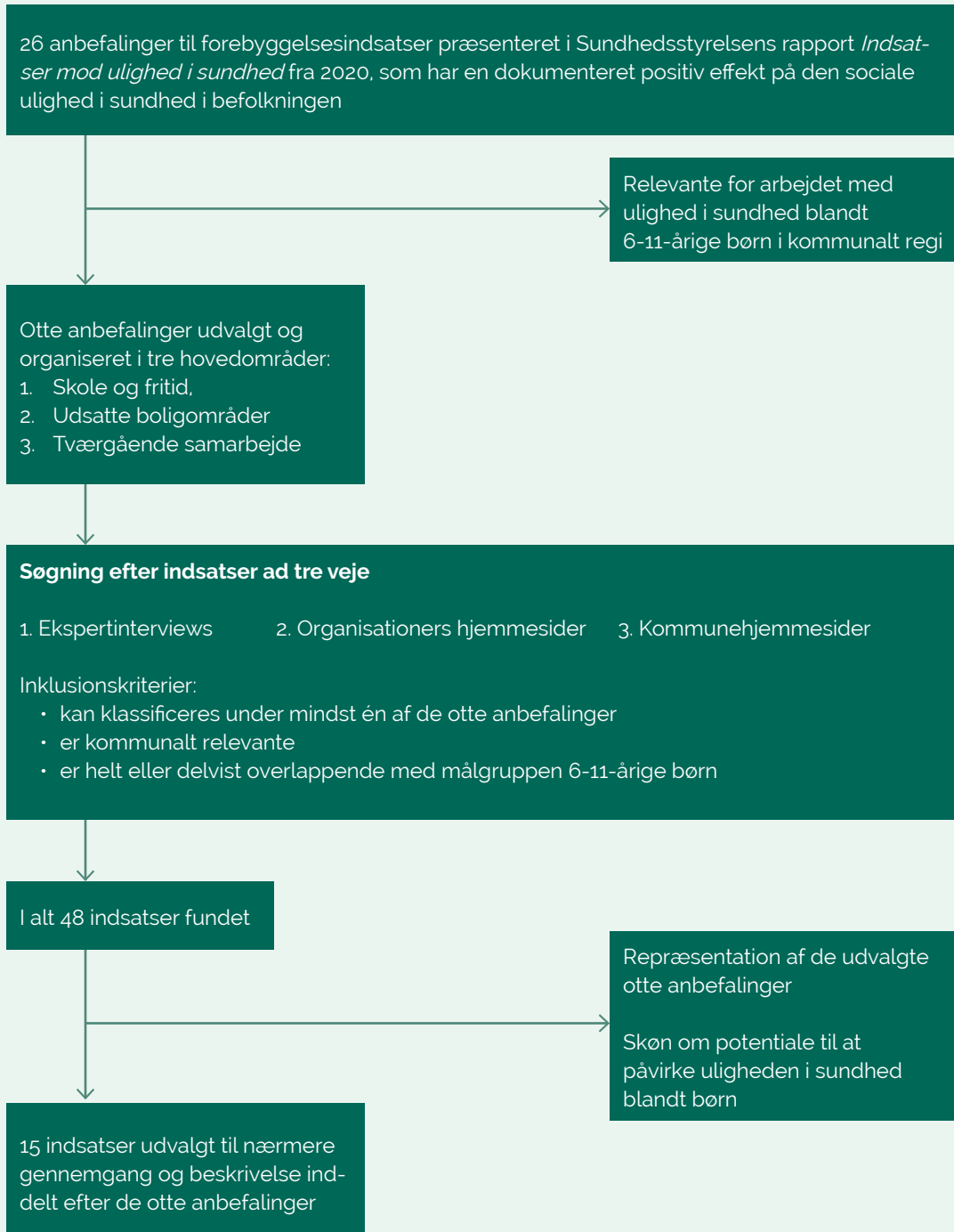
Søgning via de tre veje resulterede i 48 igangværende eller afprøvede sundhedsindsatser (se bilag 2). Af disse har vi udvalgt 15 sundhedsindsatser, som vi gennemgår i denne rapport. Udvalgelsen af de 15 indsatser beror dels på et hensyn til at finde indsatser, som repræsenterer alle udvalgte otte anbefalinger fra *Indsatser mod ulighed i sundhed*, og dels på, om vi har kunne skønne et potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt 6-11-årige børn. I beskrivelsen af

indsatserne har vi derfor undersøgt, om indsatserne overhovedet er evalueret og hvordan, og i så fald med hvilken sundhedseffekt hos de mindre sunde børn i alderen 6-11 år. Indsatserne skal ses som eksempler på anbefalingerne til forebyggelsesinitiativer, som kommunerne kan tilpasse lokalt og implementere.

Fire forbehold er dog nødvendige:

- 1.** Det vigtigt at understrege, at når vi skønner, at en indsats har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt børn, så er det ikke ensbetydende med, at indsatsen faktisk påvirker uligheden i sundhed blandt børn. Et skøn er således hverken stærk eller afgørende evidens.
- 2.** Det er også vigtigt at understrege, at kvaliteten af de eksisterende evalueringer af indsatserne ikke vurderes i denne rapport.
- 3.** At indsatserne har potentiale til at påvirke uligheder i sundhed blandt børn betyder ikke nødvendigvis, at de påvirker social ulighed i sundhed blandt børn. Der kan være ulighed i sundhed mellem børn, som ikke er social, f.eks. hvis et barn af ufaglærte forældre har bedre sundhed end et barn af forældre med lange videregående uddannelser. Vores skøn bygger alene på, om der er potentiale til at påvirke uligheden på den eller de sundhedsparametre, som indsatserne er evalueret på (f.eks. uligheden i skolefravær). Om uligheder på sådanne mere smalle sundhedsparametre også er sammenfaldende med social ulighed i sundhed, kan vi for de fleste indsatser ikke sige noget om.
- 4.** Endeligt skal det understreges, at udvælgelsesmetoden ikke er systematisk, men at vi gennem de tre veje så vidt muligt har afdækket sundhedsindsatserne på området for 6-11-årige.

Figur 7:
Oversigt over udvælgelsesprocessen af indsatser



Indsatser

I dette kapitel præsenteres 15 sundhedsindsatser, som præsenteres under tre hovedområder: 1) Skole og fritid 2) Udsatte boligområder og 3) Tværgående samarbejde (se metode). Der er udvalgt én til tre indsatser for hver af de otte anbefalinger fra rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed*. Nogle indsatser passer ind under flere anbefalinger, men er beskrevet under den anbefaling, som indsatsen i højeste grad synes at repræsentere. Da anbefalingerne fra *Indsatser mod ulighed i sundhed* (13) sigter mod ulighed i sundhed i hele befolkningen og ikke kun blandt børn, har vi i nogle tilfælde givet dem en fortolkning, så de målrettes børn i aldersgruppen 6 til 11 år.

I præsentationen af hver af de udvalgte indsatser angives titel, formål, målgruppe, involverede aktører, indsatsbeskrivelse, evalueringresultater og graden af forældreinddragelse, da inddragelsen af forældre ofte er afgørende for indsatsers succes (22). Ikke alle indsatser målrettet børn i alderen 6-11 år er effektvalueret. Nogle indsatser er slet ikke evalueret og nogle er kun procesevalueret, hvilket henviser til, at det kun afdækkes, om selve implementeringen af indsatsen har været succesfuld. Ingen evalueringer viser direkte, hvordan effekter fordeler sig på socialgrupper. Procesevaluering måler typisk på parametre såsom antal af deltagere i indsatsen, udfordringer i implementeringsprocessen og tilfredshed omkring indsatsen. I præsentationen anføres, hvorvidt en evaluering er foretaget eller ej, og om denne er kvantitativ eller kvalitativ. Derved gives en indikation på, om der mangler viden om indsatsernes effekt, da effektevalueringer kun baserer sig på kvantitative analyser. Hvis der i de kvantitative evalueringer er foretaget en signifikantest, anføres det, om indsats-effekterne er statistiske signifikante, og hvor store effektstørrelserne er⁴.

Det er vores skøn, at alle 15 udvalgte indsatser har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt børn, hvis de implementeres korrekt. Enten ved at reducere den relative forskel i sundhed mellem børn eller ved at forbedre de mindre sunde børns sundhed i absolut forstand (11).

1. Skole og fritid

I de seneste år har udsatte børn og unges skolegang været på den politiske og forskningsmæssige dagsorden (79). Skolegangen skaber fundamentet for det enkelte barns senere uddannelsesmuligheder og muligheder på arbejdsmarkedet. Her bruger børnene størstedelen af deres tid, de erhverver faglig viden, indgår i fællesskaber og udvikler deres sociale relationer (79). Det er essentielt, at alle børn og unge har adgang til trygge fysiske rammer, men skolelivet involverer også nye rammer, krav og forventninger, der for nogle børn kan medføre faglige, sociale eller psykiske vanskeligheder. For dem kan forebyggende indsatser være afgørende (80).

I rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* anbefales det, at man inden for skole-/fritidsområdet intervenserer inden for fire anbefalinger:

1. Vurdere børn med højt sygefravær i skolen med henblik på at iværksætte særlig indsats ved psykiske symptomer eller misbrug.
2. Sikre tidlig indsats med henblik på at forbedre kognitive evner, sociale kompetencer og motoriske færdigheder hos børn i særlig risiko.
3. Øge personaletæthed og styrke kompetencer i daginstitutioner i udsatte områder, så der sikres ressourcer og kvalitet tilpasset børnenes behov.
4. Etablere sikre rammer for fysisk aktivitet, fx parker og stier for gående og cyklister i kombination med information og synliggørelse af udfoldelsesmuligheder.

I det følgende præsenteres otte indsatser, som på forskellige vis imødekommer disse fire anbefalinger.

4. Et resultat er statistisk signifikant, hvis det ikke er tilfældigt. I praksis sættes en grænse for, hvornår noget antages at være ikke-tilfældigt, et såkaldt signifikansniveau, som ofte er 95 %

Anbefaling 1: Vurdere børn med højt sygefravær i skolen med henblik på at iværksætte særlig indsats ved psykiske symptomer eller misbrug

Her fokuserer vi udelukkende på opsporing af børn med psykiske symptomer gennem skolefravær. Vi fokuserer således ikke på opsporing af misbrug, da det overvejende falder uden for aldersgruppen 6-11-år.

International forskning viser, at børn, der trives emotionelt, socialt og adfærdsmæssigt tidligt i skolelivet (7-13-årsalderen), har større sandsynlighed for at være både fagligt og socialt engagerede i skolelivet senere hen (11-16-årsalderen) (81). En undersøgelse foretaget af VIVE fra 2019 viser, at 17,4 % af 7-årige børn har psykiske udfordringer (ked af det, manglende selvtillid, tilbagetrukken), og at disse børn i mindre grad end 7-årige børn uden psykiske udfordringer har gennemført en uddannelse eller er kommet ud på arbejdsmarkedet som 22-årige (82). Børn, som oplever trivselsmæssige udfordringer, og børn med symptomer på psykiske problemer har samtidig oftere et højere sygefravær, og det høje sygefravær kan derfor hjælpe til at opspore børn i mistriivsel (13). Det handler for de fagprofessionelle (f.eks. pædagoger, lærere og sundhedsplejersker) om at reagere og handle hurtigt på bekymrende skolefravær, både for at reducere dette, men også for at finde frem til årsagen til den mistriivsel, som dette fravær kan være associeret med. Der er dog store forskelle på, hvornår skolerne inden for de enkelte kommuner reagerer på skolefravær, da der mangler konsensus om, hvornår fravær er problematisk (41, 83). Nedenfor præsenteres to indsatser, som ser ud til at have en positiv virkning på mistriivsel og højt sygefravær.

Indsats 1: Skolesocialrådgiverordning

Formål: Sikre relevant støtte til udsatte skoleelever ved at reducere deres skolefravær

Målgruppe: Børn og unge i 0.-9. klasse (6-15 år) med sociale eller adfærdsmæssige vanskeligheder

Aktører: Socialforvaltningen, Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune, folkeskoler i Københavns Kommune

Indhold/beskrivelse: Skolesocialrådgiverordningen er et samarbejde mellem Socialforvaltningen og Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune. Ordningen blev implementeret som pilotprojekt i 2007, hvor 29 af de mest udsatte københavnske skoler fik socialrådgivere tilknyttet. Kommunen har sidenhen udvidet ordningen til at dække alle 56 almene distriktsskoler samt to specialskoler og én privatskole i 2011. Der opereres med tre forskellige modeller for, hvor mange dage socialrådgiveren er tilknyttet den enkelte skole; to dage om ugen (stor model), én dag om ugen (lille model 1) eller ½ dag om ugen (lille model 2). Tildelingen af socialrådgiver-timer til hver skole er fordelt efter antallet af elever og andelen af elever, der har forældre, som modtager førtidspension eller kontanthjælp (84).

Ordningen har to overordnede hensigter: 1) At elevernes fraværsprocent reduceres, og 2) at flere børn og unge med særlige behov opnår et fagligt niveau, der kvalificerer dem til at gennemføre en ungdomsuddannelse. Det er socialrådgiverens opgave at vurdere, hvornår en elevs fravær er bekymrende. Derudover er deres opgave at opspore og hjælpe børn med sociale eller adfærdsmæssige problemer ved at (84):

1. Fremme kommunikationen mellem familien og det sociale system.
2. Fremme den gensidige forståelse og dialog mellem familien og skolen, når der er bekymringer for en elevs trivsel.
3. Understøtte og sikre dialogen mellem familie og skole, når der foretages underretninger og skoleudtalelser ift. skolens elever.
4. Understøtte skolerne i udarbejdelsen af kvalificerede underretninger om elever med behov for særlig støtte, hvis vanskelighederne ikke kan afhjælpes gennem de støttefunktioner, skolen normalt anvender.
5. Visitere børn med tegn på psykisk mistriivsel til andre tilbud, som kan hjælpe dem.

Evaluering (kvalitativ og kvantitativ): Et pilotprojekt af indsatsen blev evalueret af København Kommunes Socialforvaltning i perioden 2007 til 2009, og i 2011 til 2012 blev indsatsen evalueret efter udvidelsen til 59 skoler i 2011. Begge evalueringer undersøgte implementeringen af ordningen på skolerne, medarbejdernes tilfredshed og ordningens effekt. Der blev anvendt både kvalitative metoder (fokus-gruppeinterviews) og kvantitative metoder (spørgeskema og registrering af sager, tid og aktiviteter) (85).

Pilotprojektet blev evalueret i perioden fra august 2007 til efteråret 2009. Socialrådgiverens brobygningsfunktion mellem familierne og skolerne samt familierne og det sociale system viste en gavnlig effekt. Der blev oplevet en styrket forståelse og dialog, som gjorde samarbejdet mellem parterne nemmere, og medarbejderne på skolerne oplevede generelt, at ordningen styrkede mulighederne for at forebygge, at børnenes problemer eskalerer. Dette kom blandt andet til udtryk ved, at antallet af elever med bekymrende fravær faldt fra 3,0 % til 1,7 % efter to år (86). Derfor valgte man i 2011 at udvide ordningen og senere at gøre den permanent i 2015, hvor den i dag stadig er aktuel.

Den senere evaluering foretaget i perioden 2011 til 2012, viser ligeledes, at rådgivningsforløbene har en positiv virkning på elevernes trivsel og fraværspocent. Inden indsatsens udvidelse i 2011 rapporterede socialrådgiverne i 34 % af rådgivningsforløbene en bekymring eller en stor bekymring for elevernes fravær, men dette tal var faldet til 24 % i 2012. Samtidig steg andelen af elever uden bekymrende fravær med 7 procentpoint (85).

Resultaterne fra evalueringerne af skolesocialrådgiverordningen viser, at de bekymrende fraværspocenter blev reduceret i indsatsperioden. Evalueringdesignet muliggør ikke at tilskrive effekten selve indsatsen alene, men resultatet giver dog et vist grundlag for at tro, at de relevante elever har fået bedre trivsel på grund af indsatsen, og at indsatsen derfor kan være med til at forbedre de dårligere stillede børns sundhed.

Forældreinddragelse: Skolesocialrådgiverordningen er en forældreinddragende indsats, da socialrådgiverens arbejde blandt andet består i at rådgive forældrene og bygge bro mellem barnet og forældrene ved at fremme kommunikationen herimellem (jf. punkt 1 ovenfor). Evalueringen fra 2013 viser eksempelvis, at 1/3 af socialrådgiverens tid indebærer direkte kontakt til elever og forældre

gennem netværksmøder og rådgivningsforløb. Dette gør forældrene bedre i stand til at håndtere det enkelte barns sociale og psykiske problemer. Evalueringen viser, at der samlet set er sket en stigning på 6 procentpoint i andelen af familier, der i nogen eller høj grad støtter op om deres barns skolegang. Størstedelen af skolerne, hvor socialrådgiveren kun er til stede ½ dag om ugen (lille model 2), vurderer dog, at socialrådgiveren har for lidt tid på skolerne til at etablere et fornuftigt samarbejde med elever og forældre (85).

Indsats 2: Back2School

Formål: Mindske skolefraværet hos skoleelever

Målgruppe: Børn og unge i 1.-9. klasse (7-15 år) med bekymrende højt skolefravær

Aktører: Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge (CEBU), Aarhus Kommune og Innovationsfonden

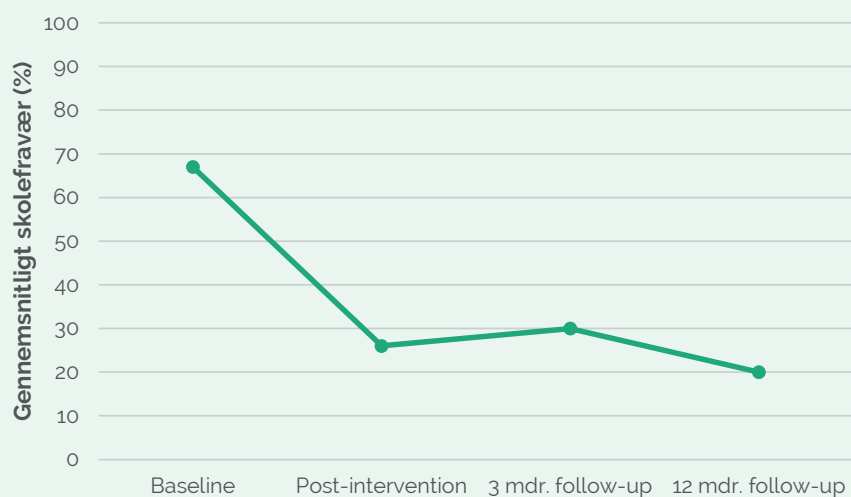
Indhold/beskrivelse: Back2School er et psykologisk interventionsforløb, hvor der er et tæt og systematisk samarbejde mellem skole, familie og PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning). Målet er at mindske skolefraværet hos børn med bekymrende fravær samt at hjælpe disse børn til en hverdag med regelmæssig skolegang. I denne indsats refererer bekymrende højt skolefravær til mere end 10 % fravær de seneste tre måneder. Ved hjælp af en systematisk fraværsmåling i skolerne identificeres elever med problematisk fravær, som herefter bliver inkluderet i projektet. Indsatsen består af en grundig udredningssamtale med en psykolog, som skal danne baggrund for en handleplan og en individuel indsats. Udredningssamtalen giver et helhedsbillede af, hvad der er de bagvedliggende årsager til barnets fravær, for eksempel familiens ressourcer, udfordringer og elevens grunde til at være fraværende. Derefter får familierne ti sessioners kognitiv adfærdsterapi, som udføres af klinikere på Psykologisk Institut (Aarhus). Tre måneder efter forløbets afslutning får familierne tilbudt en "booster"-session samt fire møder med skolen og behandlerne. Samlet set strækker forløbet sig over fire måneder (87). I alt har 158 familier deltaget i interventionsforløbet Back2School, hvor halvdelen har modtaget Aarhus Kommunes sædvanlige tilbud til elever med bekymrende skolefravær, mens den anden halvdel har deltaget i Back2School (88).

Evaluering (kvantitativ): Effekten af indsatsen er evalueret i to foreløbige evalueringer, hvor den ene evaluering fra 2019 har undersøgt effekten af Back2School på elevernes bekymrende høje skolefravær sammenlignet med Aarhus Kommunes eksisterende indsats, mens en anden evaluering fra 2020 har undersøgt effekten af Back2School ved at følge de samme elever over tid i et randomiseret kontrolleret forsøg.

I evalueringen fra 2019 er resultaterne endnu ikke færdiganalyseret, men 70 ud af de 158 familier er undersøgt. Resultaterne viser, at børnene i Back2School-indsatsen reducerede deres skolefravær mere end børnene, der fulgte kommunens normale tilbud. Tre måneder efter indsatsens afslutning havde Back2School-børnene i gennemsnit 34 procent skolefravær mod 43 procent hos børnene, som havde fået kommunens sædvanlige fraværstilbud. Samtidig havde flere børn i indsatsgruppen (47 procent) reduceret deres fravær til under 10 procent efter tre måneder sammenlignet med børnene i den kommunale indsats (22 procent) (88).

Evalueringen fra 2020 er en randomiseret kontrolleret undersøgelse. 22 elever med bekymrende højt skolefravær blev tilfældigt udvalgt til Back2School-indsatsen. Her er elevernes udvikling i skolefravær undersøgt fra inden projektets start til umiddelbart efter projektet og videre til henholdsvis tre og 12 måneder efter indsatsens afslutning. Derudover blev indsatsens effekt på børnenes følelsesmæssige, adfærdsmæssige og sociale trivsel, symptomer på angst og depression og tro på egne evner (self-efficacy) undersøgt. Eleverne reducerede deres gennemsnitlige fravær signifikant fra 67 % til 26 % umiddelbart efter studiets afslutning. Dette fald blev yderligere reduceret til 20 % efter et år (se figur 8) (87).

Figur 8:
Udvikling i gennemsnitligt skolefravær (%) blandt børn med bekymrende højt fravær fra interventionens start (baseline) til 12 måneder efter (12 mdr. follow-up).



Kilde:

Lomholt JJ, Johnsen DB, Silverman WK, Heyne D, Jeppesen P, Thastum M. Feasibility Study of Back2School, a Modular Cognitive Behavioral Intervention for Youth With School Attendance Problems. *Front Psychol.* 2020.

Evalueringen viser også, at hele 67 % af deltagerne havde reduceret deres fravær til under 10 % efter et år, hvorved de faldt under grænseværdien for bekymrende fravær.

Med udgangspunkt i spørgeskemabesvarelser blev der også fundet en moderat til stor effekt på børnenes mentale sundhed og trivsel. Der blev målt et signifikant gennemsnitligt fald i emotionelle problemer ($d^5=2,04$), adfærdsproblemer ($d=0,86$), problemer i forhold til jævnaldrende ($d=0,92$), angst ($d=1,26$) og depressive symptomer ($d=0,76$), og ikke mindst en signifikant gennemsnitlig stigning i sociale styrker ($0,72$) og self-efficacy hos både børn ($d=1,21$) og forældre ($d=1,49$) (87).

I evalueringerne dokumenteres det således, at elever med bekymrende skolefravær i gennemsnit har reduceret deres fraværsprocent, og at fraværsprocenten i højere grad reduceres i Back2School-indsatsen end i Aarhus Kommunes sædvanlige fraværstilbud. Derudover viser resultaterne, at indsatsen forbedrer elevernes mentale sundhed og trivsel. Det giver grund til at tro, at disse elever trives bedre i skolen på grund af indsatsen, og at denne indsats i andre sammenlignelige situationer vil kunne være med til at mindske uligheden i sundhed blandt børn.

Forældreinddragelse: Back2School foregår i tæt samarbejde med skolerne, men også med forældrene. I indsatsen bliver der især arbejdet med forældrenes motivation, da forældrenes tro på egne evner er afgørende for projektet. I indsatsen bliver forældrene inddraget allerede ved udredningssamtalen, men også i de efterfølgende sessioner, hvor to af sessionerne udelukkende inkluderer forældrene. Disse sessioner giver forældrene værktøjer og teknikker til at støtte deres barn og løse problemer i hjemmet. Evalueringen viser, at forældrene generelt er tilfredse med indsatsen, og at 77 % finder teknikkerne/værktøjerne nyttige og stadig brugte dem som en del af deres hverdagsliv et år efter projektet var afsluttet (87).

Anbefaling 2: Sikre tidlig indsats med henblik på at forbedre kognitive evner, sociale kompetencer og motoriske færdigheder hos børn i særlig risiko

Her præsenterer vi både universelle indsatser og indsatser rettet mod børn i særlig risiko.

Barndommen er en vigtig periode, hvor barnet udvikles fysisk, socialt, følelsesmæssigt og kognitivt. Denne udvikling har en stor betydning for, hvordan barnet klarer sig senere i livet, både hvad angår uddannelse og sundhed (89, 90). Reviewstudier har vist, at tidlige indsatser for børn i særlig risiko kan styrke børnenes chancer for at klare sig godt uddannelsesmæssigt og forbedrer deres chancer for at opnå et godt helbred. Det er de tidlige, forbyggende indsatser, der har den største effekt senere i livet (91, 92). I det følgende præsenteres tre indsatser, som kan have en positiv effekt på enten kognitive evner eller sociale kompetencer blandt børn i særlig risiko.

Indsats 3: READ – sammen om læsning

Formål: Styrke elevernes faglige kompetencer inden for læsning og skrivning.

Målgruppe: Børn i 0.-2. klasse (6-8 år)

Aktører: Aarhus Kommune og Via University College

Indhold/beskrivelse: READ er et vejledningsmateriale for forældre med børn i dagtilbud og i indskoling. Alle forældre får udleveret en taske med fem bøger og en mappe med vejledninger og materialer til at understøtte læsning. Vejledningen er oversat til dansk samt ni andre sprog (engelsk, arabisk, farsi, pashto, polsk, rumænsk, somali, tyrkisk og vietnamesisk), og denne giver forældrene værktøjer til at hjælpe barnet med at læse og forstå teksterne. Derudover består materialet af en film, som viser, hvordan læsningen foregår i praksis. I vejledningen gøres forældrene opmærksomme på, at de er en vigtig medspiller i deres barns skrive- og læseudvikling, og at disse færdigheder har betydning for barnets fremadrettede formåen i skolen og

5. Cohen's d (d) er et mål for effektstørrelse. For eksempel måles indsatsernes effekt som en gennemsnitlig ændring over tid. Cohen's d kan tolkes sådan, at værdier omkring d=0,2 viser en lille effekt, værdier omkring d=0,5 viser en moderat effekt, og værdier omkring d=0,8 viser en stor effekt.

det senere arbejdsliv. Et delformål med projektet er at motivere de forældre, som tænker, at deres børn har svært ved at læse og derfor skal skånes. Derfor gøres forældrene opmærksomme på, at alle børn kan blive bedre til at læse ved at øve sig. I 0. klasse er der fokus på, at forældrene læser højt, mens det i 1. og 2. klasse primært er det enkelte barn, som læser op for forældrene. Det er hensigten, at forældrene og barnet kommunikerer om indholdet før, under og efter læsningen, da det menes, at denne trinvis interaktion er bedst for barnets lyst og motivation til at forstå teksten. Målet er at fremme motivationen til at læse og derfor er READ mere fokuseret på at rose børnenes indsats end på deres præstation og deres resultater (93).

Evaluerings (kvantitativ): READ er effektvalueret i et randomiseret kontrolleret studie i Aarhus Kommune, hvor 36 klasser blev udvalgt som indsatsgruppe og 36 klasser som kontrolgruppe gennem et lodtrækningsforsøg. Indsatsen forløb i perioden 2013-2014 og blev implementeret blandt 1.587 elever i 2. klasse. To gange årligt fik børnene udleveret bøger til selv læsning samt en vejledning til forældrene (94).

Indsatsgruppen blev sammenlignet med kontrolgruppen, som ikke havde fået READ-materialet. Efter henholdsvis to og syv måneder blev elevernes færdigheder målt gennem detaljerede læse- og skrivetests. Indsatsgruppens læsefærdigheder var her signifikant bedre end kontrolgruppens målt på sprogforståelse, afkodning og tekstforståelse. Den største effekt sås dog efter to måneder. Efter syv måneder var der vedblivende, men dog mindre effekt på afkodning og tekstforståelse og ingen effekt på sprogforståelsen. I evalueringen blev effekten også målt blandt forskellige subgrupper, heriblandt børn af dansk baggrund, børn af ikke-vestlig baggrund, mødre med høj indkomst og mødre med lav indkomst. Resultaterne viser ikke signifikante forskelle mellem subgrupperne, men der var en tendens til, at der var en større effekt blandt børn af anden etnisk baggrund end dansk samt børn af mødre med lav indkomst efter henholdsvis to og syv måneder sammenlignet med børn af dansk baggrund og børn af mødre med høj indkomst. Noget tyder derfor på, at indsatsen kan påvirke den sociale skævvridning i læse- og skrivefærdigheder, da børn af anden etnisk baggrund end dansk eller børn fra lavere socioøkonomisk baggrund ser ud til at profitere mere af READ-projektet end andre børn (94). Der er derfor et rationale for at tro, at READ kan være med til at påvirke den sociale

ulighed i sundhed blandt 6-11-årige, da børn og unges tidlige kognitive udvikling, heriblandt gode læse- og skrivefærdigheder påvirker børn og unges senere sundhed, sociale funktion og uddannelsesmuligheder (89).

Forældreinddragelse: READ er beskrevet som en forældreinddragende indsats og bygger på antagelserne om, at børn lærer bedst, hvis de regelmæssigt læser i hjemmet, hvis forældrene læser sammen med dem og taler med dem om sprog og læsning. Forskelle i familiebaggrund er ofte årsag til, at der er betydelig variation i børns faglige færdigheder, blandt andet fordi der er variation i, hvor ofte forældre tilbringer (læse)tid med deres børn. Evalueringen af READ viser, at indsatsen har en større effekt end andre lignende indsatser, som ikke i lige så høj grad involverer forældrene (94).

Indsats 4: Klub Penalhus/"The Letterbox Club"

Formål: Forbedre det faglige niveau i dansk og matematik

Målgruppe: Udsatte og anbragte børn i 1-7. klasse (7-13 år)

Aktører: Socialstyrelsen og Styrelsen for Undervisning og Kvalitet

Indhold/beskrivelse: Klub Penalhus er tidligere afprøvet i udlandet under navnet The Letterbox Club. På baggrund af lovende resultater er projektet siden blevet tilpasset og implementeret i en dansk kontekst af Als Research. Indsatsen er en del af satspuljeprojektet *Styrket faglighed blandt udsatte børn i folkeskolen*. Klub Penalhus er et skoleunderstøttende tilbud til udsatte børn, der modtager en forebyggende indsats og anbragte børn, som enten er anbragt i plejefamilier eller på opholdssteder⁶ (95).

Indsatsen løber over 16 uger og består af forskellige bogpakker med hvert sit tema. Temaerne kan for eksempel være "opdagelsesrejser" eller "højtider og festdage". De indeholder forskelligt skolemateriale med farverige matematikhæfter, spil, fagbøger og læse- og skriveredskaber som for eksempel lineal og penalhus. Bogpakkerne er udvalgt og kvalitets-sikret i et samarbejde med folkeskolelærere og faglige konsulenter, som har erfaringer med udsatte børn. Materialet bliver sendt med posten til det enkelte barn hver tredje uge med en personlig hilsen fra enten Hella Joof eller Jacob Riising. Børnene har også mulighed for at tilgå ekstra øvelser og deltage i

6. Jf. Servicelovens §52

konkurrencer på en hjemmeside tilknyttet projektet. Det er dermed hensigten, at bogpakkerne, hilsnerne og hjemmesiden skal være med til at motivere og engagere børnene til at lære, og at materialet på sigt forbedrer barnets faglighed i dansk og matematik (95).

Evaluerings (kvantitativ): Klub Penalhus er både evalueret i England, Wales, Nordirland, Skotland, Sverige og i Danmark. I Danmark indgår indsatsen i den samlede 2019-evaluering af satspuljeprosjektet *Styrket faglighed blandt udsatte børn i folkeskolen*, som blev foretaget i samarbejde med TrygFondens Børneforskningscenter, Rambøll Management Consulting og VIA University College. Klub Penalhus er som udgangspunkt målrettet udsatte børn, men på grund af ekstra finansiering var det også muligt at afprøve indsatsen på en gruppe fagligt udfordrede børn. Indsatsen blev afprøvet i efteråret 2016 og i efteråret 2017 blandt 333 elever i 3. og 5. klasse, som enten var udsatte børn og/eller fagligt udfordrede. Evalueringen blev udført ved et randomiseret forsøg, hvor børnene blev delt op i en indsatsgruppe (n=165) og en kontrolgruppe (n=168) i henholdsvis 2016 og 2017. Effekten af Klub Penalhus blev målt som forskellen mellem indsatsgruppen og kontrolgruppens resultater i folkeskolens nationale test inden for matematik og dansk (læsning) og i folkeskolens nationale trivselsmåling (95).

Den nationale test i dansk (læsning) tester elevernes sprogforståelse, afkodning og tekstforståelse. Efter 16 uger havde fagligt udfordrede børn i indsatsgruppen forbedret deres evne til at afkode tekst signifikant med 0,28 standardafvigelser⁷. Der var dog ingen signifikant effekt ved sprog- eller tekstforståelse eller på de tre profilområder i de matematiske test: "tal og algebra", "geometri" og "matematik i anvendelse og statistik" (95).

I den nationale trivselsmåling havde Klub Penalhus også positive signifikante effekter på både "faglig trivsel", "social trivsel" og "støtte og inspiration"⁸ umiddelbart efter indsatsen (16 uger). Effekten ved "social trivsel" ser ud til at være vedvarende og endda stigende skoleåret efter. Det ser ud til, at

8. Faglig trivsel (0,33 standardafvigelse), social trivsel (0,34 standardafvigelse) og støtte og inspiration (0,50 standardafvigelse).

indsatsen har en positiv effekt på både udsatte og fagligt udfordrede børns trivsel, og subgruppeanalyserne viser endvidere, at det særligt er børn af forældre med lav socioøkonomisk status, som har gavn af initiativet (95).

Der er dog flere metodiske begrænsninger ved evalueringen. Der er blandt andet ikke tilstrækkelig statistisk styrke på grund af en lav svarprocent, og der er ikke nok deltagende udsatte børn. Utilstrækkelig statistisk styrke kan påvirke, hvorvidt effekterne er signifikante eller ej, og dette kan være én årsag til, at der ikke blev fundet en signifikant effekt på de matematiske færdigheder og på sprog- og tekstforståelse (95). Der er tidligere foretaget evalueringer af Klub Penalhus i udlandet, som viser flere positive effekter på de deltagende børns læse- og matematikfærdigheder (96-101).

I Storbritannien foregår indsatsen over seks måneder og ikke over 16 uger som i Danmark, men ellers er den sammenlignelig med den danske. De britiske evalueringer er lavet i perioden 2007-2010 og har undersøgt indsatsens effekt blandt anbragte børn i forskellige aldre (7-13 år). Overordnet set har de britiske evalueringer fundet, at Klub Penalhus har haft positiv indvirkning på børnenes læse- og matematikfærdigheder (98).

I Sverige er indsatsen evalueret blandt 72 anbragte børn i alderen 8-11 år. Indsatsen er også sammenlignelig med den danske, men effekten blev målt som udviklingen i børnenes læsealder. Før/efter-målingerne viser, at de deltagende børn i gennemsnit havde forbedret deres læsealder med 2,5 måned mere end gennemsnittet for landets øvrige jævnaldrende (101). På baggrund af de positive nationale og internationale erfaringer med indsatsen (96-100) er der grund til at tro, at Klub Penalhus kan mindske uligheden i sundhed blandt 6-11-årige i Danmark, da børn og unges kognitive færdigheder er associeret med deres senere sundhed, sociale funktion og uddannelsesmuligheder (89).

Forældreinddragelse: Klub Penalhus er ikke primært en forældreinddragende indsats, da bogpakkerne i høj grad appellerer til, at børnene giver sig i kast med materialet uden forældrenes indvirkning. Forældrene opfordres dog til at udforske pakken sammen med børnene, men børnene skal selv løse opgaver mv. I den danske evaluering af indsatsen ses der kun en effekt på læsefærdigheder blandt fagligt udfordrede børn – og ikke blandt udsatte børn. Én årsag til dette kan være, at forældrene til de fagligt udfordrede børn selv har tilmeldt sig, mens dette ikke gælder for de udsatte børns forældre. I så fald viser det, at indsatsen har højere effekt, hvis forældrene har en støttende og motiverende rolle over for det enkelte barn.

Indsats 5: Barnets Ven

Formål: Styrke børns trivsel og øge deres sociale netværk

Målgruppe: Udsatte børn og unge i 6-12-årsalderen

Aktør: Red Barnet Ungdom

Indhold/beskrivelse: Barnets Ven giver udsatte og ensomme børn fra økonomisk trængte familier mulighed for tryghed, omsorg og gode oplevelser. Børnene kan få styrket deres trivsel samt sociale netværk gennem en én-til-én relation med en frivillig ven. Frivillige unge (20-28 år) bliver matchet med et barn, som de vurderes at kunne være en god rollemodel for. Målet er, at den frivillige og barnet opnår en tillidsfuld relation, og at den unge bidrager med stabilitet og tryghed i barnets liv. Barnet og den frivillige ser hinanden minimum hver anden uge, hvor de laver forskellige sjove, lærerige og hyggeligt aktiviteter sammen. Det kan for eksempel være en tur i biografen, på museum eller et besøg i en sportsklub, lave mad sammen eller bare have gode snakke sammen. Det er særligt vigtigt, at børnene introduceres til aktiviteter i deres lokalområde, så de dermed kommer ind i nye sociale fællesskaber og styrker deres sociale netværk (102).

Evaluering (kvalitativ): Oxford Research foretog i 2020 en evaluering af Barnets Ven. Det blev undersøgt, hvad de deltagende børn har fået ud af projektet, og hvad der er afgørende for et godt udbytte. Gennem interviews med kommunale samarbejdspartnere, klasselærere, frivillige, forældre og børn, vurderes det i evalueringen, at Barnets Ven har haft en gavnlig effekt på de deltagende børns sociale netværk. Ifølge evalueringen ser det ud til, at indsatsen har betydning for børnenes selvværd og selvtillid, som gør, at de i højere grad får en mere prosocial adfærd; er blevet mere åbne og udadvendte og tør tage initiativ og indgå i lege og aktiviteter med andre. Evalueringen nævner nogle centrale mekanismer, som sandsynligvis har været afgørende for dette udbytte. Der nævnes blandt andet den tillidsfulde relation, som giver den frivillige mulighed for at støtte barnet dér, hvor det er svært. Derudover er det afgørende, at barnet får medbestemmelse i samværet og relationen, og at der er faste aftaler og regelmæssighed, som giver barnet tryghed og stabilitet (103). Der er ikke gennemført en effektevaluering af Barnets Ven, men de kvalitative resultater indikerer, at initiativer som Barnets

Ven kan være med til at påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige, da sociale kompetencer og socialt netværk er afgørende for, at børn og unge får tro på egne evner og bedre selvtillid, hvilket i høj grad er associeret med bedre livsvilkår, såsom bedre trivsel, mental sundhed, uddannelsesmuligheder og lavere risikoadfærd senere i livet (f.eks. kriminalitet, usund sundhedsadfærd, stofmisbrug) (91, 104, 105).

Forældreinddragelse: Selvom Barnets Ven har sin opmærksomhed på det enkelte barn og den frivillige, er det vigtigt, at forældrene bliver inddraget, for at projektet lykkes. I evalueringen er den mest afgørende faktor for, at indsatsen virker, nemlig "den tredobbelte frivillighed", hvor både barn, rollemodel og forældre frivilligt indgår i projektet og bakker op om indsatsen. Evalueringen peger på, at børnene ikke får det rette udbytte, hvis en forælder for eksempel ikke hjælper til med kommunikationen mellem barnet og den frivillige, selvom matchet som udgangspunkt er godt. Dette gør, at barnet mister interessen, eller at den frivillige bakker ud (103).

Anbefaling 3: Øge personaletæthed og styrke kompetencer i daginstitutioner i udsatte områder, så der sikres ressourcer og kvalitet tilpasset børnenes behov

For at ramme de 6-11 årige fokuserer vi ikke her på daginstitutioner, men på skole og fritidsordninger. De præsenterede indsatsen er ikke målrettet udsatte områder.

Via institutioner kan samfundet kompensere for nogle af de konsekvenser et ressourcefattigt hjem kan have for nogle børn og unge (13, 47). Undersøgelser har eksempelvis vist, at børn fra ressourcefattige hjem mangler stimulerende kontakt mellem barnet og de voksne, hvilket kan være skadelig for børns fysiske og psykosociale udvikling (106, 107). Strukturelle parametre, såsom personalenormeringen samt personalets uddannelse og opkvalificering af pædagogiske kompetencer kan have positiv indflydelse på børnenes udvikling (108). Hvis personalet er trænet til at støtte op om barnets udvikling og til at tilpasse ressourcerne efter børnenes behov, kan det gavne de ressourcesvage børns psykiske og sociale sundhed (109, 110). Nedenfor præsenteres to indsatsen, som har til hensigt at styrke børns

udvikling gennem opkvalificering af fagpersonalets kompetencer.

Indsats 6: De Utrolige År (DUÅ) –Skole

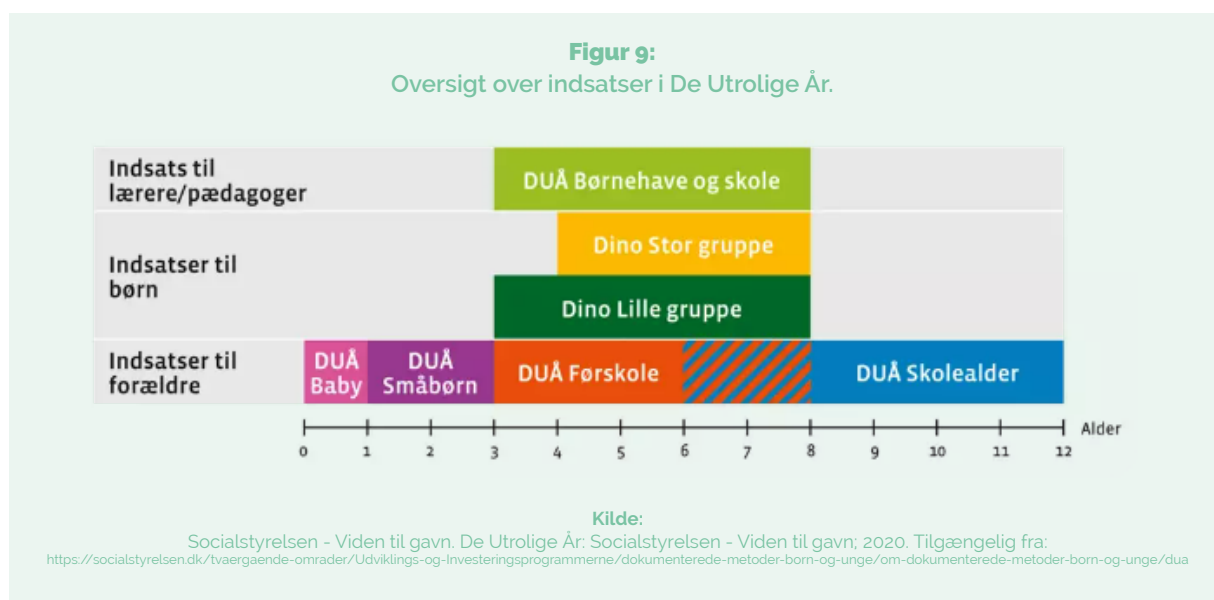
Formål: Styrke tilknytning og positivt samspil mellem børn og pædagoger/lærere.

Målgruppe: Børn i alderen 6-8 år, som er i udsatte positioner eller har adfærdsproblemer

Aktører: Socialstyrelsen og Center for ADHD

Indhold/beskrivelse: De Utrolige År (DUÅ) er en programserie, som er blevet anvendt af flere danske kommuner siden 2006¹⁰. Programserien henvender sig både til børn, forældre og fagprofessionelle med den hensigt at styrke samspillet

mellem børn og forældre samt børn og lærere/pædagoger for herigennem at fremme børns sociale og emotionelle kompetencer og deres evne til at lære samt selvregulere. Programmerne bygger på tilknytningsteori og teorier om social læring og kan både anvendes forebyggende for børn i udsatte positioner og som behandlingsprogram rettet mod børn med betydelige adfærdsproblemer. Programmerne implementeres hver for sig inden for hver målgruppe (se figur 9) (111), og i denne indsats- og evalueringsbeskrivelse fokuserer vi kun på programmet målrettet lærere/pædagoger. Ligeledes fokuserer vi udelukkende på indsatslementer rettet mod skolebørn (ikke børnehavebørn), da kun disse er inden for denne rapport's aldersgruppe.



Programmet til lærere og pædagoger ledes af to gruppeledere, som skal sikre en opkvalificering af personalet i indskolingen. De uddannes til at undervise kommunernes pædagoger og lærere i gruppe- og klasseledelse. Til dette formål gennemfører gruppelederne en 3-dages workshop, hvor de præsenteres for programindhold, programmateriale og programfilosofi. Efter workshoppen skal gruppelederne gennem forskellige aktiviteter, hvor de modtager refleksionsredskaber til at understøtte deres personlige og faglige udvikling (112). Uddannelsesforløbet giver således gruppelederne et godt udgangspunkt for at videreføre deres kompetencer til pædagoger og lærere i institutioner og skoler, hvilket foregår i en workshop fordelt over seks dage. Her bruges forskellige træningsmetoder (113):

1. Værktøjer til problemløsende interaktioner
2. Videoer med elever, der repræsenterer forskellige udviklingsniveauer og aldre
3. Rollespil, hvor det er muligt at lære at bruge ny erhvervede kompetencer i praksis
4. Break-out sessioner til adfærdsplanlægning

¹⁰. Programserien indeholder indsatser, der er indført i Danmark, men tilbydes ikke nødvendigvis i de danske kommuner.

Mellem hver dag på workshoppen er der tid til at praktisere de nye færdigheder. Lærere og pædagoger får blandt andet tildelt klasseværelsesopgaver, som de skal løse. Desuden får klasselærerne mulighed for at sparre med en coach (113).

Evaluerings (kvantitativ): DUÅ er veldokumenteret både nationalt og internationalt. I Danmark er der dog indtil videre kun foretaget evalueringer på forældre- og børneprogrammerne, og altså ikke på lærer/pædagog-programmet, som denne beskrivelse har fokus på (111, 112). Lærer/pædagog-programmet er dog evalueret i tre randomiserede kontrollerede forsøg i USA. Alle evalueringer fra USA viser, at programmet har flere signifikante positive effekter; uddannede lærere giver mere omsorg og ros, demonstrerer øget selvsikkerhed og bidrager mere til et positivt klasse miljø sammenlignet med lærere i kontrolgruppen, som ikke har været en del af indsatsen (114, 115). Børn i klasseværelser med DUÅ-uddannede lærere udviser væsentligt mindre aggressiv adfærd over for klassekammerater og er mere samarbejdsvillige end deres jævnaldrende (114, 116). De viser også en højere grad af sociale færdigheder og følelsesmæssig selvregulering (114, 116, 117). Derudover rapporterer DUÅ-lærerne et betydeligt højere engagement i skolen blandt forældrene i DUÅ-klasserne sammenlignet med lærernes rapportering af forældrene i kontrolgruppen (116, 117). Disse amerikanske resultater giver et vist grundlag for at tro, at programmet til lærere og pædagoger også kan bidrage til bedre voksen-barn relationer i Danmark på trods af kulturelle forskelle mellem Danmark og USA. Derudover indikerer resultaterne, at DUÅ Børnehave og Skole kan påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt børn, da børn i udsatte positioner og/eller med adfærdsvanskeligheder kan fremme deres psykosociale udvikling gennem disse stimulerende relationer (106, 107).

Forældreinddragelse: I DUÅ Børnehave og Skole er målet blandt andet at skabe et godt samarbejde mellem lærere og forældre, så der skabes konsi-

stens mellem skolen og hjemmet (113). I den danske evaluering foretaget af Rambøll Management Consulting anbefales det, at forældreprogrammet kombineres med programmet for lærere og pædagoger, da børn kan have svært ved overføre de positive forandringer til hjemmet eller omvendt (112).

Indsats 7: Børns tidlige sprog

Formål: Styrke børns sproglige udvikling

Målgruppe: 6-8-årige børn

Aktør: Aarhus Kommune

Indhold/beskrivelse: Aarhus Kommune har iværksat projektet Børns tidlige sprog (BTS) i perioden 2016-2019 i samarbejde med Børn og Unge-forvaltningen. I indsatsen arbejdes der med børns tidlige sprog i henholdsvis vuggestuen, børnehaven og i indskoling (118). Det helt centrale i projektet er at fremme kompetencerne hos det pædagogiske personale samt lærere gennem efteruddannelse, så de i endnu højere grad kan understøtte børns sproglige tilegnelse (119). I denne beskrivelse fokuseres der kun på den sproglige udvikling i indskoling.

Formålet med indsatsen er, at den sproglige udvikling optimeres ved at 1) sikre en tidligere identifikation af sproglige udfordringer, og 2) skabe sproglige læringsmiljøer af høj kvalitet (118).

Indsatsen igangsættes med et efteruddannelsesforløb, der strækker sig over seks måneder og består af fem mødegange, hvor alle indskolingens medarbejdere og ledere deltager. Disse mødegange inkluderer ét kick-off møde, tre undervisningsgange og ét opsamlingsmøde (120). Der arbejdes med kvalitet på to områder. Det ene område omhandler kvaliteten af det fysiske sprog miljø omkring børnene, mens det andet område omhandler kvaliteten af de sproglige hverdagsinteraktioner mellem børnene og de voksne (119). Kvaliteten af det fysiske sprog miljø søges forbedret ved at indrette klasseværelset på en gunstig måde og ved at synliggøre skriftsprogsmaterialer, så det bliver et optimalt læringsrum for børnene. Derudover kan lærerne optimere de sproglige hverdags situationer ved at ændre deres dialogform. Lærere kan eksempelvis sige "sikke en fin tegning – fortæl mig om den" i stedet for "sikke en fin tegning" for at få barnet til at reflektere over sin tegning og fortælle om den ved brug af sit eget sprog (119).

Undervejs i undervisningen vises videoklip fra deltagende skoleklasser, så personalet kan udforske egen praksis og inkorporere andre handlede måder og rutiner i deres arbejde. Derudover er der tilknyttet en digital vidensplatform til projektet, hvor lærerne kan finde vejledningsmateriale, metoder og forskning på sprogområdet (118). Ved et afsluttende opsamlingsmøde støttes indskolingens personale i at lægge en konkret plan for, hvordan de nytil lærte rutiner kan fastholdes og forblive en del af deres hverdagspraksis (119).

Evaluerings: BTS er ikke et evalueret projekt. Projektets efteruddannelses tilgang og det praksisnære perspektiv er dog baseret på et internationalt evidensgrundlag. I forskningslitteraturen er der et helt felt, som har undersøgt, hvordan efteruddannelse af pædagogisk personale kan forbedres, og det er disse metoder og resultater, som BTS bygger på (119). For eksempel tages der afsæt i dansk forskning, der viser, at fysiske rammer og sproglig interaktion mellem pædagoger og børn har et stort sprogudviklingspotentiale (120, 121). Indsatsen kan derfor have en gavnlig effekt på børns sprogudvikling i indskoling, og eksemplet giver inspiration til, hvad en indsats kan indeholde for at påvirke uligheden i børns sprogudvikling. En sund sprogudvikling skaber nemlig bedre forudsætninger for at klare sig godt i skolen og senere på uddannelses- og arbejdsmarkedet og i sociale relationer (31-33). Også for de socialt dårligere stillede børn.

Forældreinddragelse: Forældrene har ikke en central rolle i indsatsen.

Anbefaling 4: Etablere sikre rammer for fysisk aktivitet, fx parker og stier for gående og cyklister i kombination med information og synliggørelse af udfoldelsesmuligheder

For at ramme de 6-11 årige fokuserer vi her primært på fritids- og idrætsordninger.

Fysisk aktivitet har stor betydning for børn og unges sundhed og trivsel. Det er særligt i barndommen, at fysisk aktivitet og fysisk kompetence udvikles, hvorfor det er vigtigt at grundlægge de gode vaner tidligt, så de kan føres videre senere i livet og ind i voksenårene (122). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og unge bevæger sig i minimum én time om dagen ved moderat til høj intensitet. I takt med at børn og unge bruger mere tid på stillesiddende aktiviteter som passiv transport og skærm, er børn og unge blevet mindre aktive end tidligere generationer, og flere lever ikke op til de danske anbefalinger (60). Der er derfor behov for nogle effektive indsatser på aktivitetsområdet.

Børn og unge tilbringer en stor del af deres vågne tid i skolen, og derfor har skolen en betydningsfuld rolle i forhold til børns og unges fysiske aktivitetsniveau (80). Et studie har eksempelvis fundet, at fysisk aktivitet i skolen bidrager med op til 40 % af den anbefalede daglige mængde af moderat- til høj-intensiv fysisk aktivitet for drenge og op til 31 % for piger (123). Fysisk aktivitet i skolen kan således bidrage væsentligt til at opfylde anbefalingerne for fysisk aktivitet. Derudover er det vigtigt at inspirere og motivere børnene til at bevæge sig i skolen, så de også får lyst til at være aktive i andre sammenhænge. For eksempel viser studier, at børn benytter skoleområdet og tilhørende faciliteter uden for skoletiden, hvilket kan have en positiv indvirkning på børns aktivitetsniveau (124).

Indsats 8: Svendborgprojektet

Formål: Fremme børns og unges nuværende og fremtidige sundhed gennem fysisk aktivitet og implementere ekstra idrætstimer på en succesfuld måde i skolen

Målgruppe: Børn og unge i 0.-6. klasse (6-13 år)

Aktører: Svendborg Kommune, Syddansk Universitet, Team Danmark, UC Lillebælt, H.C. Andersen Børnehospital, Region Syddanmark, IMK Almene Fond, TrykFonden

Indhold/beskrivelse: Svendborgprojektet er et prospektivt interventionsstudie, hvor alle folkeskoler i Svendborg Kommune deltager, og hvor idræt, krop og bevægelse er de centrale omdrejningspunkter. Ideen er, at eleverne i 0.-6. klasse skal have seks lektioners idræt om ugen og ikke bare to lektioner, som var normen for folkeskoler i 2007, da projektet blev igangsat. De seks lektioners ugentlige idræt skal fordeles på minimum tre dage, eleverne skal have pulsen op i mindst 20 minutter i hver lektion, og bevægelse skal derudover så vidt muligt indarbejdes i alle øvrige fag. Samtidig skal fire af lektionerne tilrettelægges efter principperne i ATK (Aldersrelateret TræningsKoncept). ATK er en særlig tilgang til idræt og bevægelse, der har fokus på at tilpasse undervisningen til børnenes alder og udviklingstrin, og hvor lærerne skal arbejde med børnene omkring fire hovedtemaer: 1) de motoriske og tekniske færdigheder, 2) de fysiske evner, 3) de taktiske og sociale kompetencer og 4) det mentale aspekt. Idrætsundervisningen varetages af lærere, som er uddannede inden for idræt eller har kompetencerne svarende dertil. Siden projektets start er over 200 lærere og pædagoger blevet efteruddannet i ATK (125). Der er blandt andet udarbejdet en håndbog til de fagprofessionelle, hvor der er givet konkrete forslag til øvelser og inspiration til at afvikle idrætstimerne (126).

Det bør bemærkes, at selvom normen for idrætslektioner var to lektioner i 2007, hvor projektet begyndte, så ændredes dette i 2014 med den nye skolereform. Med denne skal folkeskoleelever som minimum bevæge sig i 45 min. i løbet af en skoledag, og bevægelse skal så vidt muligt integreres, så det understøtter læringen i alle fag (127, 128). Tal fra *Bevægelse i Skoledagen 2019*, der er udarbejdet af Oxford Research, viser dog, at kun 58 % af folkeskolerne opfylder dette lovkrav (129).

Det oprindelige formål med projektet var at undersøge effekten af de ekstra idrættimer i folkeskolen på børnenes generelle fysiske aktivitetsniveau, skader i bevægeapparatet (f.eks. rygproblemer) og knoglesundhed. Sidenhen er det blevet udvidet til også at undersøge effekten på andre sundheds- og trivselsmål, hvorfor projektet har været delt op i forskellige faser. I de to første faser, Svendborg I og II (CHAMPS I og II), som forløb i perioden 2008-2011 og 2011-2014, var formålet at undersøge fornævnte sundhedsparametre. I tredje fase, som forløb fra 2014 til 2017, var formålet at undersøge langtidseffekterne af indsatsen, blandt andet på risikofaktorer for livsstilssygdomme. Derudover er projektet udvidet med undersøgelser af børnenes kognitive funktionsevne og akademiske formåen (130).

Evaluering (kvantitativ): Svendborgprojektet har skabt grundlag for flere videnskabelige studier med fokus på blandt andet livsstilssygdomme, skader, knoglesundhed og overvægt blandt børn. Studierne har bredt dokumenteret, at Svendborgprojektet har været gavnligt for børnenes sundhed (130).

Studierne har blandt andet fundet, at børn, der har været en del af Svendborgprojektet, har en signifikant lavere risiko for at udvikle hjertekarsygdomme sammenlignet med børn, der kun har modtaget to ugentlige lektioners idræt. Børn i Svendborgprojektet havde efter et til to års opfølgningstid et lavere niveau af triglycerid i blodet, mindre risiko for forhøjet blodtryk og mindre risiko for at udvikle insulinresistens (og dermed mindre risiko for at udvikle type 2-diabetes) (131, 132). Også på overvægt har Svendborgprojektet haft positiv effekt. Et studie af Kühr et al. (2020) fulgte børn i Svendborgprojektet (indsatsgruppen) og børn i andre almindelige folkeskoler (kontrolgruppe) over en femårig periode, og samtlige resultater viser en statistisk signifikant forskel i overvægtsrisiko mellem indsats- og kontrolgruppe. Efter fem år havde andelen af børn i indsatsgruppen, der havde for højt BMI ved undersøgelsens start, 43 % risiko for fortsat at have overvægt, mens risikoen lå på 78 % i kontrolgruppen. Det gennemsnitlige BMI steg desuden 0,5 kg/m² mere i kontrolgruppen end i indsatsgruppen over fem år (133). De sundhedsmæssige effekter er mest markante for de børn, der normalt ikke dyrker

fysisk aktivitet, og effekten er særlig høj blandt de børn, der sundhedsmæssigt og motorisk tilhører de 10 % svageste (125). Det er derfor grund til at tro, at indsatsen har haft en gavnlig effekt på uligheden i sundhed blandt børn.

Ud over ovenstående resultater har skolerne i Svendborg Kommune erfaret, men ikke dokumenteret, at 1) bevægelse kan understøtte elevernes fællesskab, idet der har været færre konflikter mellem klassekammerater, og 2) at mere fysisk aktivitet har øget børnenes koncentration i flere fag og skabt mere ro i timerne (125).

De positive resultater kan dog ikke nødvendigvis fastholdes i et længere perspektiv. Et studie har eksempelvis rapporteret, at efter 6,5 års opfølgningstid var der ikke længere statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolskoler i forhold til risiko for hjertekarsygdomme. Dette skyldes muligvis, at bevægelsesmønsteret blandt børnene ikke er blevet vedligeholdt over tid efter indsatsens afslutning i 6. klasse. Det er derfor vigtigt, at der skabes varige vaner ved at implementere værktøjer til at opretholde børnenes motivation og fysiske færdigheder til også at dyrke fysisk aktivitet uden for skolen og indsatsens rammer (134).

Svendborgprojektet har vist, hvordan fysisk aktivitet og bevægelse kan implementeres på en succesfuld måde. Særligt har ATK-tilgangen været væsentlig. Løbende kompetenceudvikling har givet lærere og pædagoger mulighed for at give eleverne idrætsundervisning af høj kvalitet. Dette er til forskel fra udlægningen i skolereformen, hvor lærere fra forskellige fagområder har til opgave at varetage den fysiske aktivitet, men hvor der ikke er afsat midler til idrætsuddannelse. Disse lærere kan have svært ved at integrere bevægelse i skoletimerne på en fornuftig og brugbar måde, hvilket kan være én af grundene til, at kravet om 45 minutter daglig aktivitet ikke efterleves i alle danske folkeskoler.

Forældreinddragelse: I Svendborgprojektet lægges der op til et tæt samarbejde mellem forældre, elever, lærere og pædagoger, og dette samarbejde fremhæves som et vigtigt vilkår for succes (135). Forældrene opfordres til at støtte børnene, blandt andet ved at være fysisk aktive sammen med dem og til at introducere dem til forskellige aktivitetsformer, således at børnene bevarer deres gode vaner, som er blevet skabt i skolerne (136).

2. Udsatte boligområder

Nogle boligområder betegnes som "udsatte", da de er præget af en række sammenhængende sociale og kulturelle problemer. I udsatte boligområder er der en større koncentration af borgere med færre socioøkonomiske ressourcer, herunder lavere uddannelsesniveauer og indkomst, end i den øvrige befolkning. Områderne er også ofte belastet af mere kriminalitet end Danmark som helhed, hvilket kan påvirke beboernes trivsel og følelse af trykthed negativt (137). Et resultat af disse forskelle er, at børn og unge fra udsatte boligområder ikke har samme livsvilkår som børn og unge i Danmark som helhed. Der er forskel på, hvordan de klarer sig i skolen, hvorvidt de får en uddannelse eller kommer i job (138-140), og hvorvidt de bliver kriminelle (141). I en analyse foretaget af Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, dokumenteres det, at denne opdeling i nabolag og boligområder kan føre til en klassepolarisering, hvor ressourcetsvage børn og ressourcestærke børn går i skole hver for sig. Hvis socialklasserne begynder at lukke sig om sig selv, mistes den positive klassekammeratseffekt, som opstår i blandede skoleklasser, og som potentielt kan løfte børn fra ressourcetsvage hjem, når de møder ressourcestærke klassekammerater (142, 143).

I rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* anbefales det, at iværksætte indsatser, der øger tillid, samarbejde og netværk i udsatte boligområder, herunder involvering af frivillige og lokale foreninger. I det følgende præsenteres to indsatser, som på forskellige vis intervernerer inden for denne anbefaling.

Anbefaling 5: Iværksætte indsatser, der øger tillid, samarbejde og netværk i udsatte boligområder, herunder involvere fx frivillige og lokale foreninger

En lang række studier dokumenterer, at børn og unges deltagelse i idrætsaktiviteter har positiv betydning for både deres sundhed, trivsel og for deres sociale og emotionelle kompetencer. Børn begynder eksempelvis at spise mere sundt, er mindre tilbøjelige til at begynde at ryge og drikke, hvis de deltager i fritidsaktiviteter (144, 145). Men ikke alle børn har samme muligheder for dette. Børn og unge fra udsatte boligområder er mindre idrætsaktive og mindre tilbøjelige til at være medlemmer af den lokale idrætsforening end børn og unge i Danmark som helhed (146). Fritidsordninger kan fungere som arenaer for inklusion, hvor børn og unge fra forskellige baggrunde og kulturer kan mødes og skabe fællesskaber på tværs af kulturelle, sociale og økonomiske skel.

Indsats 9: Fritidspas

Formål: At give børn og unge et meningsfuldt fritids- og socialt liv ved at integrere dem i det organiserede fritidsliv.

Målgruppe: Udsatte børn og unge i 5-18-års alderen

Aktør: Socialstyrelsen

Indhold/beskrivelse: Fritidslivet er en vigtig del af børn og unges dannelse, blandt andet fordi de her får mulighed for at udvikle deres sociale kompetencer. Børn og unge i udsatte positioner har dog ikke de samme muligheder for at deltage i foreningsaktiviteter, som andre børn og unge, og dette kan være med til at forstærke deres udsathed (147). Fritidspas er derfor et tilbud til børn og unge, der lever under sociale, økonomiske og/eller kulturelle forhold, der besværliggør deltagelse i organiserede idrætsforeninger. Målet er blandt andet at give udsatte børn og unge samme muligheder for at deltage i fritidsaktiviteter som deres jævnaldrende, så de kan deltage i sociale fællesskaber og eventuelt nedbryde den negative sociale arv. De konkrete mål for Fritidspas er (148, 149):

- at øge målgruppens deltagelse i fritidstilbud
- at styrke målgruppens netværksdannelse
- at øge målgruppens livskvalitet gennem fysisk og social aktivitet
- at sikre en øget forældreopbakning til børnenes/de unges fritidsliv
- at udarbejde metoder til inklusion af målgruppen i foreningslivet

Projektet blev i første omgang udbudt som forsøgsordning, "Forsøg med Fritidspas", og blev afprøvet i ti af landets kommuner i perioden 2006-2009. Projektet blev herefter udvidet og gennemført i 23 kommuner under navnet "Udbredelse og erfaringer med forsøg med Fritidspas" i 2011-2015. Med afsæt i disse erfaringer blev der afsat puljemidler til yderligere at udbrede fritidspasordninger til flere kommuner. I hver kommune implementeres Fritidspas gennem en projektleder (148).

Fritidspasordninger dækker over fritidsvejledning og tilbud om økonomisk støtte til familier med en fast øvre indtægtsgrænse. Blandt andet tilbydes kontingentstøtte på op til 1.000 kr. per barn samt støtte til at købe træningsudstyr (f.eks. fodboldstøvler).

Fritidsvejledning refererer til, at fagprofessionelle i kommunen først og fremmest opsporer udsatte børn og unge. Herefter tager en fritidsvejleder kontakt til barnet og forældrene for at finde det rette valg af fritidsaktivitet, som matcher barnets interesser, og som er inden for geografisk rækkevidde. Fritidsvejlederen er ansat af kommunen, har pædagogisk baggrund og har taget forskellige kurser, der er relevante i forhold til fritidsvejledning. Fritidsvejledningen indeholder også en samtale omkring familiens ressourcer og de praktiske og kulturelle forventninger til foreningslivet. Med "familiens ressourcer" sigtes til, om familien har ressourcer til at støtte barnet i at fastholde fritidsaktiviteten. Fritidsvejledningen skal også bidrage til, at det enkelte barn får en god opstart og fastholdes i fritidsaktiviteten, hvilket kan opnås gennem en "følgeven". I nogle kommuner er følgevennen den samme person, som udøver fritidsvejledningen, mens fritidsvejleder og følgeven i andre kommuner holdes adskilt. Det er følgevennens opgave at give barnet en god start, enten ved at støtte gennem daglig kontakt og/eller følge med til aktiviteten de første gange (148).

Evaluerings (kvalitativ og kvantitativ): Evalueringen af Fritidspas blev foretaget på baggrund af resultater og erfaringer fra forsøgsordningen i 2006-2009. Der er evalueret på virkningen af 1) at modtage kontingentstøtte, 2) at modtage fritidsvejledning, og 3) kombinationen af både kontingentstøtte og fritidsvejledning gennem spørgeskemaundersøgelser, interviews og registreringsskemaer (150).

Med udgangspunkt i spørgeskemabesvarelser og interviews vurderer fritidsvejlederne, foreningerne, børn og unge og deres forældre overordnet set, at Fritidspas er relevant. Det konkluderes også, at kombinationen af kontingentstøtte og fritidsvejledning har en bedre virkning på at integrere udsatte børn og unge i det organiserede fritidsliv, end de to midler har hver for sig. Dette konkluderes på baggrund af registreringsskemaer for antal deltagelser i fritidsaktiviteter. Omkring halvdelen af børn og unge, som både blev tilbudt fritidsvejledning og kontingentstøtte startede på en fritidsaktivitet, mens blot 1/3 og 1/4 startede på en fritidsaktivitet, hvis de kun havde fået tilbudt henholdsvis fritidsvejledning eller kontingentstøtte (150). På baggrund af projektledernes selvevaluering og efterfølgende interview vurderes det også, at kombinationen af midler har været gavnlige i forhold til at fastholde børnene i aktiviteterne. Fritidsvejledningen har især været en afgørende faktor, da der her er en tæt opfølgning af det enkelte barn, og omkring halvdelen af børnene vurderer, at de ikke ville være begyndt på en fritidsaktivitet uden fritidsvejlederens hjælp (150).



De udsatte børn og unges erfaringer, oplevelser og tilfredshed med projektet og fritidsaktiviteterne blev målt ved spørgeskemabesvarelser. Efter børnenes eget udsagn, har det været en positiv oplevelse at begynde på en fritidsaktivitet, og udbyttet på det personlige og sociale plan har været stort. Resultaterne viser, at 72 % af børnene¹¹ aktivt har deltaget i deres fritidsaktiviteter i mere end et halvt år. Dette vidner om, at børnene trives, og at indsatsen er med til at fastholde børnene i aktiviteterne. Desuden har 81 % af børnene udvidet deres netværk og fået nye venner, efter at de er begyndt på fritidsaktiviteten (150).

Evalueringsdesignet muliggør ikke effektmåling. Men taget i betragtning, at indsatsen er rettet mod socialt udsatte børn og unge, og at størstedelen af disse starter til en fritidsaktivitet, fastholdes i aktiviteterne efter et halvt år og ytrer bedre trivsel og større socialt netværk, er der grund til at tro, at Fritidspas kan være med til at påvirke den sociale ulighed i sundhed.

Ud over evalueringen har Socialstyrelsen udgivet en vidensopsamling og et katalog til inspiration for kommuner, der i forvejen har en fritidspasordning eller ønsker at implementere én (147).

Forældreinddragelse: I Fritidspas har forældrenes opbakning og engagement (foruden fritidsvejlederens opbakning og engagement) afgørende betydning for, at barnet starter i en fritidsaktivitet og fastholdes i aktiviteten. Foreningslivet er primært baseret på frivillighed, og at forældrene er praktisk engagerede. Det kræver, at forældrene hjælper til med transport til og fra kampe, deltager i arrangementer, overværer barnets træning og sørger for udstyr. Derfor er ét af ordningens mål også at sikre en øget forældreopbakning til børnenes/de unges fritidsliv, hvilket man i indsatsen forsøger at opnå ved, at fritidsvejlederne tager på hjemmebesøg og/eller har haft telefonisk kontakt med forældrene (150). I evalueringen nævnes det, at involveringen af forældrene ikke er lykkedes i det omfang, det var hensigten, da der mest har været fokus på børnene. Foreningerne og fritidsvejlederne vurderer eksempelvis, at forældrene i indsatsen er mindre engagerede end andre forældre. Særligt var engagementet lavt blandt forældre med anden etnisk baggrund end dansk på grund af manglende kendskab til forenings- og kulturliv. I en fremtidig implementering af indsatsen vil det derfor være fordelagtigt at finde metoder til bedre forældresamarbejde (150).

¹¹ 38 % af børnene har aktivt deltaget i deres fritidsaktiviteter i mere end et år, mens 34 % har deltaget i mere end et halvt år.

Indsats 10: DIF Get2Sport

Formål: Øge inklusionen af udsatte børn og unge fra udsatte boligområder i de eksisterende idrætsforeninger og adressere den sociale skævhed i idrætsdeltagelsen

Målgruppe: 6-29-årige, der er fra udsatte boligområder

Aktører: Dansk Idrætsforbund, Trygfonden, Udlændige- og Integrationsministeriet og Styrelsen for International Rekruttering og Integration

Indhold/beskrivelse: Danmarks Idrætsforbund (DIF) udviklede Get2Sport-konceptet i 2005, og sidenhen har indsatsen udviklet sig og fået flere samarbejdskommuner og -foreninger. I 2020 var der 63 Get2Sport-foreninger fordelt i 26 kommuner og 49 udsatte boligområder (151). Disse boligområder er kendetegnet ved en overrepræsentation af børn, hvis forældre har indvandrerbaggrund og/eller er uden for arbejdsmarkedet. Her er der en række udfordringer, blandt andet sociale og kulturelle problemer, som udmønter sig i lavere idrætsdeltagelse blandt børn og unge. Der er mindre kendskab til den danske foreningskultur, og der er mangel på frivillige kræfter. Indsatsens formål er derfor at øge inklusionen af udsatte børn og unge fra disse områder i det eksisterende foreningsliv og dermed adressere den sociale skævhed i idrætsdeltagelsen. Til dette formål indgår der seks overordnede indsatslementer (152):

- 1. Aflastning af medarbejdere**
Kommunerne og idrætsforeningerne har mulighed for at tilknytte en lønnet medarbejder, som kan aflaste de frivillige ledere og trænere fra de mere socialpædagogiske og administrative opgaver og give dem mere tid til at fokusere på træningen og klubdriften.
- 2. Give støtte til praktiske og ressourcemæssige udfordringer**
DIF Get2Sport kan give støtte til foreningerne, hvis der eksempelvis mangler ressourcer til transport eller udstyr til medlemmerne. Dette giver mulighed for, at aktiviteterne gennemføres, og at trænere og medlemmer fastholdes.
- 3. Kommunal involvering**
Indsatsen er kommunalt forankret, hvilket sikrer, at der kan inddrages relevante kommunale institutioner, hvis der er behov for ekstra støtte til sociale udfordringer.
- 4. Skabe nationalt netværk**
DIF Get2Sport samler løbende involverede personer (frivillige og professionelle) fra kommuner og foreninger til nationale og regionale møder for at erfaringsudveksle og sparre. Det nationale netværk er essentielt i forhold til at kunne udvikle og optimere indsatsen i de enkelte kommuner.
- 5. Uddannelse**
Der afholdes løbende specialforbundskurser i form af træner- og dommerkurser.
- 6. Additionalitet**
I indsatsen arbejdes der additionelt, hvilket betyder, at idrætsforeningerne skal blive endnu bedre til det, som de i forvejen er gode til ved at tilføre ressourcer, kompetencer og netværk til de eksisterende foreningers daglige arbejde.

Evaluering (kvantitativ): I 2021 udgav VIVE en evaluering af DIF Get2Sport, hvor formålet var at afdække hvilke børn og unge, der er medlem af Get2Sport-foreningerne, og i hvor høj grad de kommer fra udsatte boligområder. Derudover sammenlignes medlemmer med øvrige idrætsaktive børn og unge samt med ikke-idrætsaktive unge for at få en indikation af, hvordan Get2Sport-medlemmer har det og klarer sig (151).

Omkring 20 % af Get2Sport-medlemmerne i alderen 6-29 år bor i udsatte områder, mens 5 % i den generelle befolkning i denne aldersgruppe kommer fra disse steder. I evalueringen vurderes det derfor, at indsatsen er lykket med at få børn og unge fra udsatte boligområder rekrutteret til det eksisterende foreningsliv, hvor de indgår i fællesskab med andre børn og unge fra ikke-udsatte områder. Derudover er næsten halvdelen af medlemmerne mellem 6 og 12 år gamle (151).

Børn og unge fra udsatte boligområder, som er medlemmer, klarer sig i gennemsnit bedre på flere forskellige parametre end deres jævnaldrende, som ikke er idrætsaktive. Get2Sport-medlemmerne har generelt en højere positiv vurdering af deres venner, fællesskab, skolegang og livstilfredshed sammenlignet med deres jævnaldrende, som ikke er idrætsaktive. Men fordi evalueringens design er et tværsnitstudie, kan vi ikke vide, om dette er et udtryk for, at idrætslivet har en gavnlig effekt på børns og unges sociale relationer, skolegang og livstilfredshed, eller om det er en bestemt type af unge, der deltager i Get2Sport, som generelt har det bedre end dem, der ikke deltager (151). Vi kender altså ikke årsagssammenhængen, men vi skønner, at Get2Sport kan have en positiv indvirkning på børns og unges sundhed og trivsel, og dermed kan påvirke den sociale ulighed i sundhed. Over halvdelen af medlemmerne er som sagt 6-12 år gamle, hvilket indikerer, at indsatsen fanger den aldersgruppe, hvor de gode vaner for fysisk aktivitet skal etableres.

Forældreinddragelse: I denne indsats er forældrene vigtige, da det ofte er dem, der introducerer børnene til foreningslivet. Erfaringsrapporter fra forskellige kommuner har påpeget, at det er særdeles vigtigt at indtænke forældreinddragelse, og at forældrene stifter bekendtskab med de eksisterende foreninger i nærmiljøet. Dette giver forældrene bedre mulighed for at engagere sig og støtte deres børn og blive mere synlige i deres børns idrætsdeltagelse, blandt andet ved at blive inddraget i det frivillige arbejde (153, 154). Hjørring Kommune har blandt andet haft gode erfaringer med, at frivillige forældre til flygtningebørn kan give en ekstra tryghed, da de kan støtte børnene på deres eget sprog (154).

3. Tværgående samarbejde

Kommunernes evne til at skabe tværgående samarbejde kan være af stor betydning for den sociale ulighed i sundhed blandt børn (155). Det tværgående samarbejde er defineret ved samarbejde, hvor forskellige faggrupper arbejder ud fra et fælles mål, og hvor arbejdsmåden er præget af respekt ved, at de enkelte fagligheder opfattes ligeværdige (156, 157). Videnskabelige studier har vist, at pædagogiske indsatser, som er helhedsorienterede og koordinerede, har den bedste forebyggende virkning på sociale problemstillinger, da børn og unge lever deres liv på tværs af institutionelt adskilte arenaer (156, 158).

I rapporten Indsatser mod ulighed i sundhed anbefales det, at man arbejder tværgående ved at:

1. sikre socialt udsatte en fast kontakt til læge og/eller socialsygeplejerske
2. styrke fokus på opsøgende og fastholdende indsatser (herunder vaccination) for børn i socialt sårbare familier og med kort uddannelse
3. starte forsøg i det nære sundhedsvæsen med integration af medicinske og sociale ydelser med fælles ledelse, budget og værktøj til indsamling af patientdata om behov og effekt.

I det følgende præsenteres fem indsatser, som på forskellige vis intervernerer inden for de tre anbefalinger.

Anbefaling 6: Sikre at socialt udsatte har en fast kontakt til læge og/eller socialsygeplejerske

Her fokuserer vi primært på sundhedssygeplejersken som den afgørende fagperson for 6-11-årige børn.

I tværgående forebyggelsesindsatser er det centralt, at der er en fast kontaktperson, som har en form for tovholderfunktion, og som er med til at skabe klarhed og overblik over, hvem der gør hvad og hvornår. Den faste kontaktperson kan også skabe tryghed for barnet og familierne, og være med til at fastholde socialt udsatte børn i indsatserne (13). Nedenfor præsenteres to indsatser, som har fokus på faste kontaktpersoner.

Indsats 11: Julemærkehjemmene og projekt Øget udbytte

Formål: At hjælpe børn ved at bekæmpe mobning, ensomhed, mistrivsel og lavt selvværd ved at fastholde virkningerne af børnenes ophold på lang sigt gennem en tværgående indsats

Målgruppe: Børn og unge i alderen 7-14 år, som mistrives og/eller har overvægt

Aktører: Sundhedsstyrelsen og Julemærkehjemmene

Indhold/beskrivelse: Forekomsten af børn med overvægt i Danmark er stigende (159, 160). Børn med overvægt har ofte psykosociale problemer i form af lavt selvværd og øget risiko for at blive udsat for mobning og for at udvikle en række livsstils-sygdomme senere i livet. Derfor afsatte regeringen og de daværende satspuljepartier¹² midler til at styrke den forebyggende indsats for børn og unge med overvægt i 2012 til 2015. En del af midlerne blev afsat til en udvidelse af Julemærkehjemmene, et projekt kaldet Øget udbytte, som blev igangsat i foråret 2013 (161).

Julemærkehjemmene er et tilbud til børn med overvægt og/eller børn, der mistrives. Barnets forældre kan ansøge om et ophold for deres barn i samarbejde med barnets læge og barnets skole, hvis det vurderes, at barnet mistrives i hverdagen på grund af overvægt eller mobning. Julemærkehjemmene opstiller målsætninger for udbytte af opholdet for det enkelte barn og udarbejder en handleplan skræddersyet til barnets behov, muligheder og kompetencer. Barnet får tildelt en primær kontaktperson (pædagog), som følger det under hele opholdet (161, 162).

Julemærkehjemmene er tidligere (før projekt Øget udbytte) blevet evalueret, og her viste analyserne overordnet set, at børnenes ophold på Julemærkehjemmene fører til markante forbedringer på flere parametre, heriblandt lavere BMI, øget livskvalitet, større tro på egne evner og større følelse af sundhed. Data var baseret på spørgeskemaundersøgelser, som blev uddelt ved starten og slutningen af opholdet fra marts 2012 til april 2015 (se tabel 1) (161).

Tabel 1: Børns udvikling på forskellige parametre målt ved start og afslutning på ophold på ét af Julemærkehjemmene.

	Ved starten af opholdet	Ved opholdets afslutning
Gennemsnitligt antal BMI-point over overvægtsgrænsen	6,3	2,0
Selvoplevet sundhed (gennemsnitlig score på skala fra 0 til 10)	4,8	8,8
Livskvalitet (gennemsnitlig score på skala fra 0 til 25)*	15,0	19,2
Tro på egne evner	37,4 %	85,5 %

Kilde: Niss NK & Rasmussen IS. Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge. Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. København 2016.
*Baseret på WHO-5-skala.

Selvom resultaterne er gode, så sker der typisk et lille fald i den opnåede effekt, når børnene vender hjem fra Julemærkehjemmene (161). Dette var én af grundene til, at projekt Øget udbytte blev implementeret. På Julemærkehjemmene varer et ophold 10 uger, og i løbet af opholdet er børnene i stor udvikling. Men det er vigtigt, at resultaterne fastholdes, når barnet vender tilbage til sin normale hverdag. Tidligere var der ingen eller meget lidt kontakt og støtte til barnet og familien hverken før eller efter opholdets afslutning. Det er dog nødvendigt, at barnet får opbakning fra familie, skole, sundhedsplejerske mv. ikke bare undervejs, men også både før og efter forløbet for at kunne fasthol-

de de gode resultater. I Indsatsen Øget udbytte var det derfor hensigten at afprøve et øget og systematiseret forældre- og kommunesamarbejde på to Julemærkehjem (Fjordmark og Hobro). Indsatsen bestod af to hovedspor (161):

1. at styrke forældresamarbejdet.
2. at styrke samarbejdet mellem barnets hjemkommune og Julemærkehjemmet for at fastholde virkningerne af barnets ophold på lang sigt.

12. Venstre, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti

1) Forældresamarbejdet

Det udvidede forældresamarbejde består af en mere struktureret tilgang til forældreinvolvering og af flere planlagte aktiviteter end tidligere. Det er også hensigten at etablere og understøtte et netværk mellem børnenes forældre. På Julemærkehjemmet Fjordmark indførtes en teamstruktur, hvor hvert team fik ansvaret for en gruppe børn, som startede samtidigt. På den måde fik barnet og forældrene også kendskab til de andre pædagoger end den primære kontaktperson, allerede før opholdet startede. På Julemærkehjemmet i Hobro ændrede de i stedet strukturen for modtagelsen af børnene, så flere børn ankom samtidigt med henblik på at fremme et forældrenetværk. I Øget udbytte er der indsat ekstra aktiviteter i forældresamarbejdet for forældrene før, under og efter et ophold, heriblandt en infodag, forældredag og en opfølgning. På infodagen får forældrene informationer om selve opholdet (inklusiv kost, motion og trivsel) før opholdets start. Forældredagen afholdes 6-8 uger inde i opholdet, og her er der fokus på den enkelte familie og på, hvordan familien kan hjælpe barnet, når det kommer hjem fra opholdet. 4-6 uger efter opholdets afslutning er der en opfølgningsdag, hvor der er aktiviteter målrettet både børn og forældrene (161).

2) Samarbejde mellem kommune og Julemærkehjemmene

I projekt Øget udbytte har man forsøgt at etablere et bedre samarbejde mellem Julemærkehjemmene og kommunerne. Kommunernes tilbud opleves meget forskellige, og derfor er der blevet udarbejdet en samarbejdsmodel, som ensarter samarbejdet på tværs af landets kommuner. Modellen skal

være med til at sikre, at kommunikationen mellem kommunerne og Julemærkehjemmene giver en sammenhængende indsats for det enkelte barn fremadrettet. I hver kommune er der blandt andet udpeget en kontaktperson, som har ansvaret for opfølgningen, når barnets ophold er færdigt. Kontaktpersonen er typisk en sundhedsplejerske på barnets skole. Kommunen bliver informeret, så snart et barn optages på et Julemærkehjem, hvor kontaktpersonen får tilsendt dokumenter omkring barnet, herunder barnets handleplan, så han/hun har de bedste forudsætninger for at rådgive og støtte familien i at fastholde barnets gode udvikling efter opholdet (161).

Evaluerings (kvalitativ og kvantitativ): Evalueringen af projekt Øget udbytte blev i 2016 gennemført af det daværende SFI (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd)¹³. I evalueringen er børnenes udbytte af et ophold på et Julemærkehjem blevet målt i form af deres fysiske sundhed (herunder vægt) og deres mentale sundhed og trivsel (herunder livskvalitet og sundhed). Analysen baserer sig mest på spørgeskemaesvarelses før og efter opholdet, men også på kvalitative interviews, der belyser perspektiver på forældre- og kommunesamarbejdet (161).

Julemærkehjemmene har selv fulgt op på børnenes udbytte et år efter, at de har afsluttet deres ophold, hvor både børn og forældre har besvaret spørgeskemaer omkring trivsel, skole, kost og motion. Resultaterne viser overordnet, at de positive resultater også er fastholdt 12 måneder efter opholdet. Omkring halvdelen af børnene har eksempelvis oplevet mobning inden opholdet, mens dette kun opleves af 15 % af børnene 12 måneder efter et ophold (se tabel 2) (163).

Tabel 2: Børns udvikling på forskellige parametre målt ved start og afslutning på ophold på Julemærkehjemmene Fjordmark og Hobro tilknyttet projekt Øget udbytte.ne.

	Start ophold	12 måneder efter ophold
Trivsel		
- Har oplevet mobning	49 %	15 %
- Ser sit liv som over middel	30 %	66 %
- Har en god tro på sig selv	50 %	71 %
Skole		
- Er glad for at gå i skole	22 %	38 %
Kost		
- Opmærksom på portionsstørrelser	58 %	93 %
- Følger Julemærkehjemmets kostråd	9 %	91 %
Motion		
- Fysisk aktiv >3 gange/ugen (fritid)	40 %	60 %
- Fysisk aktiv <3 gange/ugen (skole)	44 %	55 %

Kilde: Julemærket. Vores arbejde 2021. Tilgængelig fra: <https://www.julemaerket.dk/742/vores-arbejde>

13. Siden 2017: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

I evalueringen påpeges det, at den faste kontaktperson (skolesundhedsplejerskeren) er vigtig for, at barnet bibeholder de gode vaner på længere sigt. I samarbejdsmodellen er relationen mellem barnet og kontaktpersonen meget tæt, da de kender hinanden fra skolen. Dette giver gode muligheder for at udvikle en åben og tillidsbaseret relation, som giver barnet de bedste forudsætninger for støtte. Det fremhæves også i evalueringen, at familierne føler en tryghed i kontaktpersonen, da de ved, hvem de skal ringe til, hvis de skal have hjælp (161).

Forældreinddragelse: På Julemærkehjemmene tilstræbes et tæt samarbejde med forældrene for at have de bedste forudsætninger for at hjælpe og forstå barnet. Det er for eksempel vigtigt, at forældrene informerer personalet på Julemærkehjemmene om, hvad der foregår i barnets liv både før og under opholdet. På baggrund af resultaterne fra projekt Øget udbytte er der siden 2021 blevet indført et udvidet samarbejde med forældrene. Der er blandt andet indført to forældredage som en fast del af opholdet, hvor barnets forældre kommer på besøg og får et indblik i, hvad barnet laver og lærer under opholdet. Forældrene deltager blandt andet i madværkstedet, hvor de er med til at lære om sunde og nærende måltider samt trivselsværkstedet, hvor forældrene er med til at tale om vigtige emner såsom gode venskaber og hvordan et godt familieliv er i hverdagen. Desuden afholdes individuelle samtaler med forældrene, hvor de får værktøjer til at tackle de udfordringer, som fremover kan opstå i barnets liv. På denne måde hjælper Julemærkehjemmene også forældrene til at videreføre de gode vaner og rutiner efter endt ophold. I evalueringen af projektet tilkendegav alle interviewede grupper (børn, forældre, pædagoger og forstandere) endvidere, at forældreinvolvering er afgørende for et succesfuldt ophold (164).

Indsats 12: Børnehuset Buen

Formål: Fremme børnenes følelsesmæssige og adfærdsmæssige udvikling, så barnet lærer at begå sig i dagligdagen sammen med andre børn

Målgruppe: 4-14-årige børn og unge fra udsatte familier

Aktør: Hillerød Kommune

Indhold/beskrivelse: Børnehuset Buen (Børnehuset) blev etableret i 2007 og hører til under afdelingen Familier og Sundhed i Hillerød Kommune (165). Det er kommunen som henviser og visiterer børn og deres familier til Børnehuset, hvis det vurderes, at børnene har komplekse og massive problemer. Børnene er normalt begavede, men problemer i hjemmet gør, at de kan have det svært i skolen eller svært ved at danne venskaber, eksempelvis på grund af en udadreagerende adfærd (165, 166). Børnene bor stadig hjemme ved deres forældre, men har mulighed for at komme i huset, når de har lyst. For mange af børnene er Børnehuset derfor også et alternativ til anbringelse. Formålet med Børnehuset er at fremme børnenes følelsesmæssige og adfærdsmæssige udvikling, så barnet kan lære at begå sig i dagligdagen sammen med andre børn (165). De samlede mål og ønskede resultater for børnene og forældrene i Børnehuset er følgende:

- At børnene forbliver i normalskolen (folke- eller privatskole)
- At børnene har kammerater i lokalmiljøet
- At børnene deltager i lokalmiljøets fritidsliv
- At børnene bliver fortrolige med Børnehuset
- At forældrene benytter tilbuddene i Børnehuset
- At børnene oplever færre konflikter
- At børnene oplever en større sammenhæng i deres liv
- At forældrene oplever sammenhæng i deres børns liv

Børnehuset består af socialrådgivere, pædagoger, pædagogmedhjælpere og lærere. Huset udgør en base for børnene et par gange om ugen, hvor de efter skoletid har mulighed for at komme og tage del i aktiviteterne, for eksempel hjælp til lektier, fælles-spisning eller leg med de andre børn (165). Der arbejdes socialpædagogisk med at opsætte bevidste handlinger og aktiviteter, som kan hjælpe børnene, hvor hver gruppe af børn bliver tilknyttet et team af medarbejdere. De målrettede aktiviteter vedrører særlige forhold, som personalet vurderer er relevante for gruppen at arbejde med. Erfaringerne viser eksempelvis, at 5-9-årige har godt af aktivitetsbårne aktiviteter, hvor sprog eksempelvis trænes gennem musik og leg. For de 9-10-årige piger arbejdes der derimod med at blive bedre til at kunne "mærke sig selv" gennem massage, afslapning og ved at skabe ro og hygge omkring dem (166).

Fokus i projektet er også på barnets omgivelser, på familien/forældrene, skolen, institutionen og fritidslivet (165). Alle familier og deres barn får et individuelt tilrettelagt forløb med en fast kontaktperson, som står for den primære kontakt til barnet, forældrene og skolen. Kontaktpersonen har mulighed for at støtte familierne i eget hjem, hvis familierne ønsker det, for eksempel ved at vise børnene, hvordan man opfører sig, sidder ved et bord, hvordan man læser godnathistorie eller børster tænder. Kontaktpersonen kan også have en støttende rolle i forbindelse med lægebesøg, skole-hjem-samtaler, forældrearrangementer i skolen eller børnefødselsdag (165). Endelig tilbyder Børnehuset også støtte til skolen, hvor det er muligt for lærerne at modtage fælles supervision sammen med barnets kontaktperson og lærer fra huset og en ekstern supervisor. Her kan lærerne få udvidet deres perspektiv på det enkelte barn og eventuelt ændre deres tilgang til barnet (165).

Evaluering (kvalitativ og kvantitativ): Foranstaltningen blev for første gang evalueret af Hillerød Kommunes interne evalueringskonsulent i maj 2008. Foranstaltningen var dog kun et halvt år gammel på det tidspunkt, men evalueringen viste alligevel, at der var stor tilfredshed med de opnåede resultater blandt børn, forældre og medarbejdere. Interviews med medarbejdere og lederen af Børnehuset viste, at Børnehuset bidrager til, at børnene får et mere stabilt liv, og at de fagligt bedre kan følge med i

skolen. Børnene udtrykker også en større følelse af at være "normal" og mindre stigmatiseret, når de støttes i at deltage i skolearrangementer, børnefødselsdage, husker gymnastiktøj og får muligheden for at invitere venner med i Børnehuset. Desuden udtrykker børnene lettelse over, at udfordringerne og ansvaret i hjemmet deles med nogen, da Børnehuset og kontaktpersonen fungerer som sparringspartnere (165).

I 2013 blev Børnehuset Buen igen evalueret, men som en del af flere forebyggelsesindsatser. Her er Børnehuset Buen blevet evalueret af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd¹⁴ som en del af "Dialogprojektet", der består af 23 forebyggende foranstaltninger til børn og unge som alternativ til anbringelse¹⁵. Det er ikke muligt at præsentere specifikke effekter af Børnehusets indsats, men kun samlede før- og eftermålinger for seks forskellige indsatser. Fælles for disse foranstaltninger er dog, at det er et tilbud til familier og børn, der har det svært, og som har brug for hjælp og støtte i hverdagen som alternativ til anbringelse, og at familierne får tilknyttet en fast kontaktperson. Man må derfor forvente, at de gavnlige effekter også ses ved Børnehuset Buen. Før- og eftermålinger for 5-9-årige viste ikke statistisk signifikante resultater, men resultaterne indikerer, at børnene har fået det en smule bedre både inden for familie og netværk, sundhed og fritid, skolegang og uddannelse samt trivsel og udvikling (14).

Forældreinddragelse: I Børnehuset Buen har de også fokus på børnenes forældre. Der arbejdes ud fra en betragtning om, at hvis forældrene har det godt, så har børnene det også godt. Kontaktpersonen hjælper og støtter eksempelvis forældrene i dagligdagen, hvor forældrene kan få indarbejdet nogle rutiner og vaner sammen med børnene, som også kan have en positiv effekt på børnenes trivsel på længere sigt. Desuden arrangerer Børnehuset aktiviteter for mødre, for eksempel yoga eller make-up-aften, hvor de har mulighed for at tale sammen og have det sjovt sammen (165).

14. I dag kaldet Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

15. Høldagskolen Ådalen i Assens Kommune, Familiecenter i Faxe Kommune, Børnehuset i Fredericia Kommune, Ullerødskolen i Hillerød Kommune, Børnefamiliegruppen i Mariagerfjord Kommune og Børnehuset Buen i Hillerød Kommune.

Anbefaling 7: Styrke fokus på opsøgende og fastholdende indsatser (herunder vaccinationer) for børn i socialt sårbare familier og familier med kort uddannelse

Det kan have store konsekvenser for børns muligheder i barndommen og senere i voksenlivet, hvis der ikke reageres tidligt på begyndende problemer (167). Det gælder særligt for børn og unge fra socialt sårbare familier og familier med kort uddannelse, der som udgangspunkt har færre ressourcer og ringere betingelser end andre familier. En opvækst i sådanne familier øger børnenes risiko for psykiske problemer, fattigdom, kriminel adfærd og senere alkoholmisbrug (168). Det er derfor vigtigt at implementere indsatser, der opsporer og hjælper disse børn og unge, og samtidig fastholder en gavnlig effekt. Dette for at understøtte børnenes trivsel, udvikling og læring over tid, og dermed mindske den sociale ulighed i sundhed (167). Nedenfor præsenteres to indsatser, som forsøger at fremme udsatte børns sundhed gennem vedvarende initiativer. Der er ingen specifikke indsatser med vedrørende vaccinationer, da der ikke er fundet relevante indsatser specifikt mod børn i socialt sårbare familier.

Indsats 13: Børns Voksenvener

Formål: Styrke børns trivsel og skoleengagement samt mindske risikoadfærd

Målgruppe: 6-12-årige børn og unge med spinkelt familienetværk eller svære familieforhold

Aktører: TrygFondens Børneforskningscenter, Det Kriminalpræventive Råd og Det Frie Forskningsråd

Indhold/beskrivelse: Børns Voksenvener (BVV) er en landsdækkende frivillig organisation, som blev etableret i 1990 med det overordnede formål at styrke børns trivsel og skoleengagement og at mindske risikoadfærd (f.eks. rygning og alkoholforbrug) ved at tildele dem en såkaldt voksenven. Målgruppen er børn defineret ved et spinkelt familienetværk eller svære familieforhold, fordi de enten er vokset op hos enlige forældre, eller fordi de har lidt eller slet ingen kontakt til deres forældre. Siden 1990 har BVV etableret omkring 4.000 venskaber over hele landet, og i dag etableres 250 venskaber om året (169).

BVV matcher børnene med frivillige voksenvener i forhold til køn, alder, aktivitetsniveau og transporttid. BVV rekrutterer og uddanner de voksne til at indgå i et socialt samvær med børnene. Her opfordres de blandt andet til, at venskabet som minimum skal vare et år, og at besøgene skal foregå to til fire gange om måneden (170). Det er barnet og den voksne, som selv bestemmer, hvilke aktiviteter de

vil lave sammen. Dette kan eksempelvis være at gå en tur, spille spil, lave mad eller gå i biografen (171).

Evaluerings (kvalitativ og kvantitativ): TrygFondens Børneforskningscenter ved Aarhus Universitet påbegyndte i 2015 et forskningsprojekt om BVV og betydningen af en voksenven for børns udvikling. Første del af forskningen har været et pilotprojekt, som blev foretaget i 2016-2018. I denne undersøgelse er screeningsprocessen og matchpraksis samt motiver til og udbytte af venskaberne blevet undersøgt. Den store hovedanalyse af BVV gik i gang i 2019 og forventes først afsluttet i 2022, hvorfor kun resultaterne af pilotprojektet vil blive præsenteret her. Disse kan dog give en indikation på, om indsatsen lykkes med at opspore udsatte børn, og hvorvidt venskabet har en gavnlig effekt på børnenes trivsel, skolefravær, risikoadfærd og fritidsbeskæftigelser (172, 173).

I evalueringen af pilotprojektet er der både anvendt kvalitative og kvantitative målemetoder. I den kvalitative del undersøges oplevelsen af venskabet set fra voksenvennernes og børnenes perspektiv. I den kvantitative del undersøges børnenes generelle trivsel og oplevelse af kvalitet ved venskabet (172).

Evalueringen viser blandt andet, at børnene, forældrene og voksenvenerne vurderer, at kvaliteten af venskabet er højt. For børnene repræsenterer voksenvenerne et sikkerhedsnet, som kan give stabilitet i deres liv. Derudover får børnene en ven, som har tid til hyggelige stunder og spændende aktiviteter og kan give nærvær. Generelt rapporterer forældrene, at venskabet har styrket barnets selvtillid og mindsket barnets problemer (170, 172). Resultaterne viser også, at tidsperspektivet sandsynligvis er en afgørende faktor for barnets trivsel. Børn, der har haft en voksenven i mindst ét år, trives bedre, har færre problemer og bedre sociale kompetencer end børn i målgruppen, der endnu ikke har haft en voksenven i et år. Der kan dog ikke konkluderes noget om, hvorvidt den høje trivsel skyldes venskabet eller egenskaber hos børnene (170, 172). BVV har også erfaringer med, at venskaberne ofte fortsætter i mange år, når de først har holdt et år, hvilket indikerer, at BVV er en indsats, der er vedvarende, og at de gavnlige effekter derfor også er fastholdende (170). Der er derfor sandsynligt, at BVV kan være med til at påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt børn og unge, da voksenrelationen har højnet deres trivsel og selvtillid, hvilket kan have

en afgørende rolle i forhold til børnenes kognitive og følelsesmæssige udvikling (37-39).

Forældreinddragelse: I denne indsats er der ikke et forældreinddragende perspektiv, da den frivillige vokseven på nogle punkter erstatter forældrerollen. De frivillige voksevenner er med til at give den støtte til barnet, som barnet har behov for, og som barnet muligvis ikke får derhjemme. Voksevennerne skaber en tillidsfuld og nærværende relation ved at have overskud til at tale om svære emner eller lave hyggelige aktiviteter sammen, hvilket forældrene ikke har tid eller ressourcer til.

Indsats 14: Familien i Fokus

Formål: At styrke børnefamiliers livsmestring og skabe bæredygtige forandringer i familiernes liv og hermed også styrke børn og unges udvikling og trivsel

Målgruppe: Udsatte børnefamilier
Aktører: Røde Kors og A.P. Møller Fonden

Indhold/beskrivelse: Røde Kors har med finansiering fra den A.P. Møllerske Støttefond igangsat Familien i Fokus, som er en videreudvikling af Røde Kors' eksisterende familieindsatser. Familien i Fokus består egentlig af to indsatser, som er Familieven-forløbet og Mentorforløbet. Sidstnævnte har til hensigt at hjælpe ledige i arbejde, mens Familieven-forløbet er rettet mod børnefamilier. I denne præsentation tages der derfor kun udgangspunkt i Familieven-forløbet som indsats (174).

Projektet blev udviklet, fordi 10-15 % af børn i Danmark lever i udsatte familier, som kan have behov for særlig støtte. Udsathed kan både forstås som materiel udsathed, hvor børn vokser op med begrænsede økonomiske ressourcer, og som manglende social støtte i hjemmet, fordi forældrene lider af psykiske eller fysiske sundhedsproblemer eller er belastet af f.eks. alkoholmisbrug. I begge tilfælde kan familiernes udsathed have betydning for barnets mentale og fysiske sundhed, skolegang og forudsætninger for senere uddannelse (174).

Når forældre styrkes i at håndtere deres udfordringer, får de bedre mulighed for at give børnene den rette omsorg og skabe stabile rammer i hjemmet (174). Formålet med projektet er dels at styrke familiernes mestring af at leve under svære sociale livsvilkår, og dels at styrke udviklingen af læringsmiljøet for børnene i hjemmet. Læringsmiljøet hen-

viser her til at styrke barnets kognitive kompetencer, men også sociale kompetencer i forhold til at indgå i sociale sammenhænge med andre børn (175).

Udsatte børnefamilier tilbydes en frivillig netværksperson eller en familieven, hvis de af forskellige årsager har brug for støtte. Familierne matches med en frivillig, som helt grundlæggende skal hjælpe dem med at mestre hverdagslivet, eksempelvis i form af praktiske råd til, hvordan hverdagslivet fungerer bedst, hvordan konflikter håndteres, eller hvordan en stram økonomi mestres (174). Dette kan bidrage til et støttende læringsmiljø for børnene. Helt konkret har netværkspersonerne til opgave at (175):

- hjælpe familien med at udvikle fastere rammer og rutiner for dagligdagen (f.eks. i forbindelse med børneopretning, fælles måltider og fjernsynstid).
- hjælpe forældrene til at prioritere samværet og nærværet med børnene, hvor der er tid til ros, respekt, opmærksomhed og fordybelse.
- støtte familien til at integrere lege i hverdagen med et læringsperspektiv (f.eks. højtlesning, rim og remser samt tallege).
- brobygge mellem lokalsamfundets/institutionernes læringsorienterede aktiviteter og familierne, eksempelvis introducere dem for biblioteket og legepladser. Her kan forældrene også finde inspiration til læringsaktiviteter i hjemmet.
- støtte forældrenes samarbejde med diverse instanser (f.eks. familieafdelingen).
- hjælpe forældrene med at søge professionel hjælp til eksempelvis læseudfordringer, adfærdsproblemer eller manglende trivsel hos det enkelte barn.
- støtte forældrene til at søge bistand ved behov (f.eks. økonomisk bistand).

I disse opgaver ligger der også, at familierne i et udviklings- og læringsperspektiv får viden og information om mulighederne for at deltage i samfundet og muligheder for hjælp (175). Derudover anbefales det, at forløbet som minimum har et års varighed for at få det bedste udbytte (174). Der er således integreret et langsigtet perspektiv, hvor projektet kan være med til at bryde den sociale arv og således bidrage til positive gevinster på den lange bane.

Evaluering (kvantitativ og kvalitativ): VIVE (Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) er i gang med at evaluere Familien i Fokus og har indtil videre udgivet en midtvejsstatus på projektet. Rapporten bygger både på kvantitative og kvalitative data, men størstedelen er baseret på kvalitative data. Det kvantitative materiale bygger på spørgeskema-data fra forældrene ved indsatsens start og afslutning, mens de kvalitative data bygger på interviews med forældrene og de frivillige er gennemført i perioden juni 2019 til februar 2020. De foreløbige resultater giver et godt indblik i indsatsen, som forældrene og de frivillige oplever den (174).

I mange forløb er det lykkedes at støtte forældre i sårbare positioner, så de i større udstrækning selv kan mestre udfordringerne i deres hverdag og sikre positive forandringer i familielivet. Eksempelvis vurderer 71 % af forældrene med en netværksperson, at de har stor gevinst af forløbet. Det betyder blandt andet, at de i højere grad er motiveret til at organisere hverdagen praktisk med skole, lektielæsning, indkøb og madlavning. En del af forældrene giver også udtryk for, at de føler sig mere trygge i forældrerollen, hvilket bidrager til at styrke forældrenes selvtilid i deres daglige relation med børnene (174). Der er således grundlag til at tro, at Familien i Fokus kan påvirke den sociale ulighed i sundhed blandt børn og unge, da forældrene i indsatsen i højere grad opnår en støttende rolle over for det enkelte barn. Støttende forældrerelationer danner i høj grad ramme for etableringen af sund livsstilsadfærd og sundhedsrelaterede vaner (28).

Indsatsen adskiller sig også fra andre tilsvarende offentlige indsatser, da Familien i Fokus er baseret på frivillighed i stedet for professionel og faglig støtte. Mange af forældrene oplever, at familievennen giver dem et pusterum, da de har én at betro sig til, og som lytter fordomsfrit uden at have intentioner på deres vegne (174).

Forældreinddragelse: Familien i Fokus er motiveret af, at familien som aktør ofte er et uudnyttet potentiale i indsatser, der omhandler styrkelsen af læringsmiljøer. I disse indsatser er der tale om et "missing link", hvor der mere har været fokus på læringsmiljøer i daginstitutioner og folkeskoler, og hvor forældrene ikke på samme måde er blevet inviteret ind i samarbejdet. I projektet har forældrene derfor en særdeles stor rolle i forhold til at styrke børnenes læring og udvikling (175).

Anbefaling 8: Starte forsøg i det nære sundhedsvæsen med integration af medicinske og sociale ydelser med fælles ledelse, budget og værktøj til indsamling af patientdata om behov og effekt

Her fokuserer vi på kommuner, der har etableret et tværgående samarbejde på børneområdet.

Tværfagligt samarbejde er ofte afgørende for forebyggelsesinitiativernes effekt, fordi det muliggør et samlet og mere helhedsorienteret blik på det enkelte barn (176). Forebyggelse på børneområdet er dog et komplekst felt med mange forskellige aktører, hvilket kan udfordre det gode samarbejde. Det er derfor vigtigt, at samarbejdet på tværs af organisatoriske enheder foregår lokalt, og at alle arbejder ud fra en fælles forståelse og referenceramme (177). På dette delområde præsenteres en guide fra Aalborg Kommune, som beskriver en strategi for tværfaglige koordinerende indsatser.

Indsats 15: Håndbogen På Tværs

Formål: Styrke det tværfaglige samarbejde og koordineringen mellem de fagprofessionelle i kommunen

Målgruppe: 0-18 årige børn og unge med særlige behov eller i risiko for at udvikle særlige behov

Aktør: Aalborg Kommune

Indhold/beskrivelse: Aalborg Kommune udgav for første gang Håndbogen På Tværs i 2009 i samarbejde med Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen og Skoleforvaltningen. Håndbogen er senest opdateret i 2019. På Tværs er en guide til tværfagligt samarbejde omkring 0-18-årige og henvender sig til alle fagprofessionelle, der arbejder med børn og unge i kommunen (178).

Håndbogen blev udarbejdet, da man manglede et fælles sprog og en fælles forståelsesramme i det tværfaglige samarbejde omkring udsatte børn og unge. Formålet med håndbogen er derfor at styrke samarbejdet og koordineringen mellem de fagprofessionelle i kommunen. I håndbogen er det beskrevet, at barnets hverdagsliv skal være omdrejningspunktet i det tværfaglige samarbejde. For at opnå dette bør der opsættes en udviklingsstrategi med følgende fire målsætninger (179):

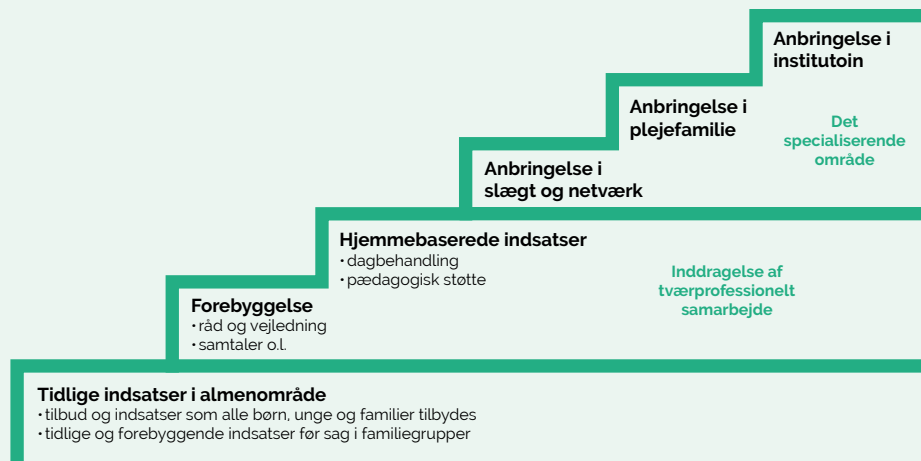
I håndbogen præsenteres to centrale redskaber til at opnå de fire målsætninger, henholdsvis 1) "Indsatsstrappen" og 2) "Signs of Safety".

1. Koordinere arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt.
2. Opretholde eller bringe barnet så tæt på et almindeligt hverdagsliv som muligt ved at vælge den rette indsats på det rette tidspunkt, som matcher barnets og familiens behov.
3. Fokuser på barnets og familiens ressourcer og mestringsevne med det formål at se muligheder fremfor begrænsninger.
4. Opnå et fælles sprog blandt de fagprofessionelle omkring mistrivsel.

1. Indsatstrappen

Indsatstrappen er et værktøj til at vælge den rette indsats til det enkelte barn. Indsatsen skal svare til barnets og familiens behov, men på den mindst indgribende måde. Figur 10 illustrerer Aalborg Kommunes forskellige indsatsområder, heriblandt den lokale indsats på almenområdet (universelle indsatser der tilbydes alle familier), inddragelse af tværprofessionelle samarbejdspartnere og ikke mindst den specialiserede indsats (målrettet familier i særlig behov), hvor hvert trin på trappen illustrerer en mere indgribende indsats. For specifikke indsatser inden for de forskellige områder henvises der til På Tværs (178).

Figur 10:
Indsatstrappen i Håndbogen På tværs.



Kilde:

Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, Aalborg Kommune. På tværs. Håndbog for medarbejdere i arbejdet med børn og unge i udsatte positioner. Aalborg Kommune. Version 7, 2020.

2. "Signs of safety"

"Signs of Safety" er et samtaleredskab, der anvendes til at opspore børn med mistrivsel. "Signs of Safety" kan bruges på forskellige indsatsområder, eksempelvis i trivselsfora¹⁶, dialogmøder¹⁷ og netværksmøder¹⁸. Med udgangspunkt i spørgsmålene "hvad fungerer? Hvad bekymrer? Og hvad skal der ske?" stiles efter en anerkendende og resourcefokuserende løsning. Udgangspunktet er nemlig, at

familiernes viden og erfaringer skal være en del af løsningen og nøglen til forandring, og at fagprofessionelle sammen med familien kortlægger bekymringer, men også identificerer familiens ressourcer (178, 179).

Håndbogen opfordrer til kompetenceudviklingskurser for de involverede medarbejdere (f.eks. pædagoger, sundhedsplejersker, tandplejere og medarbejdere i fritidscentre) og for ledere på tværs af den kommunale organisation, hvor to kommunale konsulenter underviser i indsatstrappen, "Signs of Safety" og andre værktøjer. For at sikre, at denne kompetenceudvikling virker efter hensigten, og at redskaberne forankres i de lokale arbejdsgange, besøger de to konsulenter efterfølgende alle skoler i kommunen (179).

¹⁶ Trivselsforum: Skolen indkalder til trivselsforum med skolens ressourcepersoner, når der skal skabes opmærksomhed omkring et barns læring og trivsel.

¹⁷ Dialogmøde: Møde mellem tværprofessionelle samarbejdspartnere og forældre, når der er behov for at tale om et barns trivsel og læring. Der aftales indsatser, og der udarbejdes handleplan i samarbejde med forældrene.

¹⁸ Netværksmøde: Møde mellem barnet, familien, det private netværk og den relevante professionelle. Formålet er at styrke samarbejdet mellem parterne. Et netværksmøde kan etableres af et dagtilbud, skole, rådgiver eller andre professionelle.

Evaluering: Der er ikke foretaget en evaluering af brugen af På Tværs, men VIVE har foretaget interviews med ledere og medarbejdere i Aalborg Kommune i forbindelse med udgivelsen af en rapport omkring kommuners erfaringer med tidlige forebyggende indsatser på børne- og ungeområdet (179).

Ledere og medarbejdere giver udtryk for at have fået en større bevidsthed om nødvendigheden af at arbejde tværfagligt, og hvad de forskellige aktører kan bruge hinanden til. For eksempel har ledere på forskellige områder, på eget initiativ, etableret nye samarbejdsaftaler med fælles mål, hvilket sker ud fra en forståelse af, at arbejdet med børn og unge er en fælles opgave. Tidligere har skoler haft et mere læringsorienteret blik på det enkelte barn, hvorimod de i dag i højere grad har fokus på barnets samlede trivsel. Derudover er der kommet et stærkere fokus på forebyggelse, hvor det er blevet tydeligere for aktører på almenområdet, hvilke tværfaglige indsatser der skal iværksættes, når de opsporer et barn i mistrivsel. På denne måde forsøges der at tage hånd om problemerne inden, at de udvikler sig til noget, som skal løses i det specialiserede område (jf. Indsatstrappetænkningen) (179).

På baggrund af dette vurderes det også af medarbejdere og ledere, at implementeringen af håndbogen kan være med til at skabe kontinuitet og tryghed for det enkelte barn og familierne, da de i højere grad oplever en sammenhæng i deres sagsforløb og hverdagsliv. Derudover formodes det, at håndbogen kan være med til at påvirke uligheden i sundhed blandt børn og unge, da det tværfaglige samarbejde fremmer barnets trivsel og forebygger, at barnet ikke ender i det specialiserede område, hvor der blandt andet er større risiko for dårligere mental sundhed, usund livsstil, større grad af risikoadfærd (f.eks. brug af rusmidler og kriminalitet) og færre uddannelsesmuligheder (180, 181).

Forældreinddragelse: Ifølge Aalborg Kommune er familien et vigtigt fundament for at udvikle og tilpasse de gode løsninger for barnet, og ved at inddrage forældrene så tidligt som muligt er der større sandsynlighed for at styrke barnets trivsel, læring, udvikling og dannelse i hverdagen. Indsatstrappens hverdagslivsperspektiv handler blandt andet om, at de mest effektive indsatser er dem, som implementeres og etableres i familien. I "Signs of Safety" er tanken også, at et godt samarbejde med forældrene øger indsigt i barnets liv, hvilket skaber de bedste forudsætninger for at løfte barnets trivsel (178).

Diskussion

Denne rapport har først i overordnede træk beskrevet den tilgængelige viden om forekomsten af social ulighed i sundhed blandt 6-11 årige børn i Danmark og dernæst udvalgt og beskrevet 15 igangværende eller afprøvede danske sundhedsindsatser. De 15 sundhedsindsatser kan implementeres i en kommunal kontekst og vi skønner, at de har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt 6-11-årige børn.

6-11-årige børn befinder sig en periode i deres liv, hvor de skal finde deres fodfæste (og sig selv) i skolelivet, fritids- og foreningslivet og i andre sociale sammenhænge. Forskellige undersøgelser viser, og denne rapport beskriver, at der er social ulighed i sundhed blandt børn. Børn af forældre med en kort uddannelse, forældre som står udenfor arbejdsmarkedet, eller forældre, som er indvandrere og/eller efterkommere af indvandrere, har flere motoriske og sproglige vanskeligheder, svagere sociale relationer, dårligere mental sundhed og en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end børn af bedre stillede forældre. På nogle parametre er den sociale ulighed i sundhed stor blandt de 6-11 årige, mens den på andre områder er mindre synlig. Men det er vigtigt at have for øje, at konsekvenserne af motoriske og sproglige vanskeligheder, svagere sociale relationer, dårligere mental sundhed og mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd sandsynligvis vil akkumulere og ophobe sig over tid (26-28). Undersøgelser har dokumenteret, at der i Danmark er en voksende social ulighed i sundhed i befolkningen generelt (74-76) til trods for skiftende politiske målsætninger om at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Rapporten har dernæst beskrevet 15 sundhedsindsatser, som vi skønner har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt 6-11-årige børn. Under de rette implementeringsforhold af kommuner eller andre lokale aktører kan de 15 indsatser reducere enten den relative forskel i sundhed mellem de sunde og de mindre sunde børn eller forbedre de mindre sunde børns sundhed i absolut forstand. Arbejdet med udvælgelsen af de 15 indsatser har givet anledning til følgende overvejelser og opfordringer til det videre arbejde med at bekæmpe social ulighed i sundhed blandt børn.

Livsperspektiv og helhedsorientering

For at forstå de processer, der skaber social ulighed i sundhed, er det frugtbart at se uligheden i et livsperspektiv. Barndommen spiller en afgørende rolle for børns kognitive, emotionelle og sociale udvikling, som påvirker barnets uddannelsesforløb og arbejdsmuligheder i ungdommen, og som igen påvirker sundheds- og sygdomsudviklingen i voksenlivet (74). Børns tidlige udvikling påvirkes allerede under graviditeten og de helt tidlige barneår, hvor adfærdsmæssige, fysiske og sociale funktioner etableres. Børns tidlige udvikling påvirkes af forældrenes sociale position, og den sociale ulighed opstår derfor allerede ved fødslen og i den tidlige barndom (74). Forældre med kortere uddannelse har eksempelvis større risiko for at få børn med lav fødselsvægt (74) og for at opleve spædbarnsdødelighed (182). De adfærdsmæssige, fysiske og sociale funktioner har stor betydning for barnets videre udvikling og skolegang og kan påvirke barnets fysiske og mentale sundhed senere i livet (74). Indsatser rettet mod børn, der har til hensigt at reducere den sociale ulighed i sundhed, vil derfor, hvis de virker, have effekter langt ud i fremtiden. Jo yngre målgruppe, jo større påvirkningstid, alt andet lige. Simpeltthen fordi børnene har fordel af indsatsen i flere år. Endvidere har James Heckman vist, at indsatser omkostningseffektivitet er større, jo yngre målgruppen er (5). I 6-11 års alderen er det langt fra for sent at intervenere. For det er også et spørgsmål om at lokalisere de konkrete problemer, og der er indsatser, der først giver mening dér, hvor de relevante sociale og sundhedsmæssige udfordringer opstår, eksempelvis indsatser rettet mod 6-11-årige børn med kognitive og sociale udfordringer i forbindelse med skole- og fritidslivet. Det er også vigtigt at have for øje, at vores sundhed påvirkes af rigtig mange forskellige forhold, og en opfordring skal derfor lyde, at de enkelte sundhedsparametre ikke betragtes alene, men ses i en sammenhæng. Aalborg kommunes håndbog "På tværs", som er beskrevet i denne rapport, er således et eksempel på, hvordan sådan et ønske om helhedsorientering kan honoreres.

Med til denne helhedsorientering hører også, at man i udviklingen og implementering af indsatser har blik på hele barnets hverdag og ikke blot den del, der udfolder sig i skolen og på institutioner. Kun få indsatser rettet mod børn kan indfri sit mål, hvis de ikke har forældrene med. Derfor har vi i denne rapport medtaget denne dimension i beskrivelsen af de 15 udvalgte indsatser. Flere studier har fundet evidens for, at forældrestøttende programmer for udsatte familier er et vigtigt led i at påvirke den sociale ulighed i børnenes sundhed (3-5). I 2009 opfordrede WHO til, at ikke bare børn, men også deres mødre, blev inddraget i sundhedstiltag (2)

Ulighedsproblemet

Det sundhedsforebyggende arbejde handler om at forbedre folkesundheden, altså den gennemsnitlige sundhed i befolkningen. Men ifølge mange politikere og fagpersoner er ulighed i sundhed også et problem, som skal tages alvorligt (183, 184). Der er mange forskellige årsager til social ulighed i sundhed og mange forskellige måder, hvorpå man kan påvirke fordelingen af sundhed i samfundet. Indsatser, der har til formål at reducere den sociale ulighed i sundhed blandt børn, må handle om at forbedre sundheden hos de mindre begunstigede børn. I forhold til den specifikke bekæmpelse af social ulighed i sundhed er valget af indsatstype derfor et vigtigt valg. For selvom universelle indsatser kan være effektive målt på den gennemsnitlige sundhed, vil de ikke altid være lighedsfremmende (185). Nogle gange øges sundhedsniveauet for alle grupper, men nogle gange er det de mest begunstigede grupper, som gavner mest af universelle indsatser. I så fald forøger de den sociale ulighed i sundhed. Vi ved dog stadig for lidt om effekterne af universelle indsatser tidligt i børns liv. En naturlig udfordring ved universelle indsatser er nemlig, at tilbuddene gives til alle, og at der dermed ikke kan sammenlignes med "kontrolgrupper", som ikke får tilbuddet (185).

Det er indlysende, at det er godt, hvis nogen bliver sundere, men hvis ulighed i sundhed er et problem, må det også være bedre, alt andet lige, hvis sundheden forbedres hos én, der er mindre sund, end hos én, der i forvejen er mere sund. Om folkesundheden er forbedret kan således ikke kun afhænge af, om befolkningen et blevet sundere samlet set, men også af, hvem i befolkningen der er blevet sundere. Hvis ulighed i sundhed skal tages alvorligt, er det nødvendigt at forholde sig til, hvor meget vægt hensynet til at bekæmpe uligheden skal gives i forhold til hensynet til at forbedre den gennemsnitlige sundhed.

Mere effektvurdering på ulighed

Som denne rapport har påpeget flere gange, mangler der veludførte evalueringer af mange indsatser samlede effekter. Men endnu mere mangler der evalueringer af, hvordan indsatsernes effekter, hvor de har nogen, fordeles sig på socialgrupper. Margaret Whitehead, som forsker i social ulighed i sundhed, har påpeget, at størstedelen af de forebyggende indsatser ikke er blevet evalueret i forhold deres effekt på sociale grupper, men kun i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen som helhed (186). Der findes således ikke tilstrækkelig forskningsbaseret viden til at afgøre, hvilke indsatser der har effekt på den sociale ulighed i sundhed (74), hvilket denne rapport også bevidner. Når vi har skønnet, at en indsats har potentiale til at påvirke uligheden i sundhed blandt børn, har vi alene set på potentialet til at påvirke uligheden på den eller de sundhedsparametre, som indsatserne er evalueret på, eksempelvis uligheden i skolefravær. Men om uligheder på sådanne mere smalle sundhedsparametre også er sammenfaldende med social ulighed i sundhed, har vi for de fleste indsatser ikke kunnet sige noget om.

Der mangler nationale monitoreringsundersøgelser af den sociale ulighed i sundhed blandt 6-11-årige børn i Danmark, ligesom der mangler flere indsatser, der er effektvurderet. Denne rapport kan anses som inspirationskilde for praktikere, embedsmænd og beslutningstagere, som beskæftiger sig med børns sundhed, i forhold til at afgøre hvilke indsatser, der bør implementeres i kampen mod social ulighed i sundhed. Vi håber, at rapporten vil udgøre en trædesten til at udvikle og effektvurdere flere sundhedsindsatser med denne målsætning målrettet 6-11-årige børn.

Referencer

1. Vallgård S, Diderichsen F, Torben J. Sygdomsforebyggelse 1. udgave. Kbh: København: Munksgaard. 2014.
2. Larsen FB, Friis K, Lasgaard M, Pedersen MH, Sørensen JB, Jakobsen LMA, et al. Hvordan har du det? 2013 - Sundhedsprofil for region og kommuner: Bind 1. Aarhus: CFK. Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.
3. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review. *Pediatric research*. 2014;76(5):418-24.
4. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Trab Damsgaard M, Graham H, et al. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian journal of public health*. 2011;39(6_suppl):62-78.
5. Heckman JJ. Schools, skills, and synapses. *Economic inquiry*. 2008;46(3):289-324.
6. Brooks-Gunn J, Cunha F, Duncan G, Heckman JJ, Sojourner A. A Reanalysis of the IHDP Program. Unpublished manuscript, Infant Health and Development Program, Northwestern University, 2006.
7. Heckman JJ, Stixrud J, Urzua S. The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor economics*. 2006;24(3):411-82.
8. Heckman JJ, Rubinstein Y. The importance of noncognitive skills: Lessons from the GED testing program. *American Economic Review*. 2001;91(2):145-9.
9. Nielsen L, Damsgaard MT, Voss I, Madsen KR. Veje til social ulighed i børn og unges sundhed - teoretiske perspektiver. *Sundhedsstyrelsen*; 2022.
10. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood*. 2019;104(10):998-1003.
11. Vallgård S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient?: A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*. 2008;85(1):71-82.
12. Udesen C, Skaarup C, Petersen M, Ersbøll A. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København S: Sundhedsstyrelsen; 2020.
13. Gadeberg AK, Andersen I, Brønnum-Hansen H, Christensen U, Diderichsen F. Indsatser mod ulighed i sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2020.
14. Lausten M, Hansen H, Jensen VM. God praksis i forebyggende arbejde - samlet evaluering af Dialogprojektet. Hovedrapport. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2013.
15. Sundhedsstyrelsen. Lighed i sundhed - sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. København; 2009.
16. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1986.
17. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København; 2019.
18. Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om social service [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/1114>].
19. Sundhedsstyrelsen. Regionernes forebyggelsesopgaver - en vejledning til sundhedslovens §119, stk. 3. København: Sundhedsstyrelsen; 2009.

20. Tønnesen H, Søndergaard L, Jørgensen T, Overgaard D, Kristensen I, Barfod S, et al. Terminologi: forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.
21. Socialstyrelsen. Vidensportalen på det sociale område. Definition: Socialstyrelsen; 2020 [Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Tidlig-indsats/definition-1>].
22. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
23. Morrison J, Pikhart H, Goldblatt P. Interventions to reduce inequalities in health and early child development in Europe from a qualitative perspective. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):87.
24. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*. 2014;14:1040.
25. Pierron A, Fond-Harmant L, Laurent A, Alla F. Supporting parenting to address social inequalities in health: a synthesis of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1087.
26. Pommerencke L, Pedersen T. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2019/20. Databasen Børns Sundhed. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
27. Ammitzbøll J, Pant SW, Holstein BE, Pedersen TP, Due P. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. Region Hovedstaden; 2018.
28. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
29. Ottosen M, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark - velfærd og trivsel 2018. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
30. Pedersen TP, Pant SW, Ammitzbøll J. Motorisk udvikling ved indskolingsalderen: Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for skoleåret 2018/19. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2020.
31. Kristensen K. Tale- og sprogforstyrrelser hos børn: Sundhed; 2021 [Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/vaekst-og-udvikling/tale-og-sprogforstyrrelser-hos-boern/>].
32. Bleses D, Højen A, Dybdal L, Dale P, Justice L, Piasta S, et al. A randomized controlled trial of a large scale systematic and explicit language and literacy intervention in Danish daycares: The SPELL study. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*. 2014:1504-24.
33. Whitehouse AJ, Line E, Watt HJ, Bishop DV. Qualitative aspects of developmental language impairment relate to language and literacy outcome in adulthood. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2009;44(4):489-510.
34. Elbro C, Dalby M, Maarbjerg S. Languagelearning impairments: a 30year followup of languageimpaired children with and without psychiatric, neurological and cognitive difficulties. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2011;46(4):437-48.
35. Jørgensen PS. Sundhed på vippen: en undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd: Hans Reitzel; 2001.
36. Hart S. Udviklingspsykopatologi. I: Schwartz R & Hart S. Barnet og dets relationelle miljø København, Hans Reitzels Forlag. 2013.

37. Colonnese C, Draijer EM, Jan JM Stams G, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Noom MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(4):630-45.
38. Damsgaard MT, Holstein BE, Koushede V, Madsen KR, Meilstrup C, Nelausen MK, et al. Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact? *International journal of public health*. 2014;59(5):721-6.
39. Thomson RM, Allely CS, Purves D, Puckering C, McConnachie A, Johnson PC, et al. Predictors of positive and negative parenting behaviours: evidence from the ALSPAC cohort. *BMC pediatrics*. 2014;14(1):1-10.
40. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231.
41. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen K, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år-forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2020.
42. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *The Journal of School Nursing*. 2004;20(4):189-96.
43. Puskar KR, Marie Bernardo L. Mental health and academic achievement: Role of school nurses. *Journal for Specialists in Pediatric nursing*. 2007;12(4):215-23.
44. Andersen S, Davidsen M, Nielsen L, Tolstrup JS. Mental health groups in high school students and later school dropout: a latent class and register-based follow-up analysis of the Danish National Youth Study. *BMC psychology*. 2021;9(1):1-11.
45. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*. 2001;36(6 Pt 1):987.
46. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. 2007;369(9569):1302-13.
47. Holstein BE, Henriksen TB, Rayce SB, Ringsmose C, Skovgaard AM, Teilmann GK, et al. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København; Vidensråd for Forebyggelse; 2021.
48. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R, et al. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(12):1328-35.
49. Vukojevic M, Zovko A, Talic I, Tanovic M, Resic B, Vrdoljak I, et al. Parental socioeconomic status as a predictor of physical and mental health outcomes in children—literature review. *Acta Clin Croat*. 2017;56(4):742-8.
50. Cao M, Quan M, Zhuang J. Effect of high-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training on cardiorespiratory fitness in children and adolescents: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(9):1533.
51. Eddolls WT, McNarry MA, Stratton G, Winn CO, Mackintosh KA. High-intensity interval training interventions in children and adolescents: a systematic review. *Sports Medicine*. 2017;47(11):2363-74.
52. Carson V, Rinaldi R, Torrance B, Maximova K, Ball G, Majumdar S, et al. Vigorous physical activity and longitudinal associations with cardiometabolic risk factors in youth. *International journal of obesity*. 2014;38(1):16-21.

53. Martinez-Gomez D, Gomez-Martinez S, Ruiz JR, Diaz LE, Ortega FB, Widhalm K, et al. Objectively-measured and self-reported physical activity and fitness in relation to inflammatory markers in European adolescents: the HELENA Study. *Atherosclerosis*. 2012;221(1):260-7.
54. Liu S, Yu Q, Li Z, Cunha PM, Zhang Y, Kong Z, et al. Effects of Acute and Chronic Exercises on Executive Function in Children and Adolescents: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:3482.
55. Brown H, Pearson N, Braithwaite R, Brown W, Biddle S. Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2012;15:S343.
56. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet – Håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen; 2018.
57. Grøntved A, Ried-Larsen M, Møller NC, Kristensen PL, Wedderkopp N, Froberg K, et al. Youth screen-time behaviour is associated with cardiovascular risk in young adulthood: the European Youth Heart Study. *European journal of preventive cardiology*. 2014;21(1):49-56.
58. Hjorth MF, Chaput J-P, Damsgaard CT, Dalskov S-M, Andersen R, Astrup A, et al. Low physical activity level and short sleep duration are associated with an increased cardio-metabolic risk profile: a longitudinal study in 8-11 year old Danish children. *PloS one*. 2014;9(8):e104677.
59. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*. 2016;41(6):S240-S65.
60. Toftager M, Brønd JC. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15-årige: National monitorering med objektive målinger. Sundhedsstyrelsen; 2019.
61. Sundhedsstyrelsen. Motorik, fysisk aktivitet og stillesiddende tid hos 0-6-årige børn. Sundhedsstyrelsen; 2016.
62. Whiting S, Buoncristiano M, Gelius P, Abu-Omar K, Pattison M, Hyska J, et al. Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6–9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015–2017. *Obesity facts*. 2021;14(1):32-44.
63. Reilly J, Methven E, McDowell Z. Health consequences of obesity arch dis child. London: H Bauchner. 2003.
64. Molgaard C, Dela F, Froberg K. Forebyggelse af overvægt hos børn og unge – oplæg til strategi. *Ugeskrift for læger*. 2007;169(24):2314.
65. Brixval CS, Johansen A, Rasmussen M, Due P. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002-2014: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed; 2017.
66. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International journal of obesity*. 2011;35(7):891-8.
67. Johnsen N, Toftager M, Melkevik O, Holstein BE, Rasmussen M. Trends in social inequality in physical inactivity among Danish adolescents 1991–2014. *SSM-Population Health*. 2017;3:534-8.
68. Rasmussen M, Damsgaard MT, Morgen CS, Kierkegaard L, Toftager M, Rosenwein SV, et al. Trends in social inequality in overweight and obesity among adolescents in Denmark 1998–2018. *International journal of public health*. 2020;65(5):607-16.

69. Holstein BE, Ammitzbøll J, Damsgaard MT, Pant SW, Pedersen TP, Skovgaard AM. Difficulties falling asleep among adolescents: Social inequality and time trends 1991–2018. *Journal of Sleep Research*. 2020;29(1):e12941.
70. Holstein BE, Damsgaard MT, Madsen KR, Rasmussen M. Persistent social inequality in low life satisfaction among adolescents in Denmark 2002–2018. *Children and Youth Services Review*. 2020;116:105097.
71. Holstein BE, Jørgensen SE, Due P, Damsgaard MT, Rasmussen M. persistent social inequality in poor self-rated health among adolescents in Denmark 1991–2014. *European Journal of Public Health*. 2018;28(6):1114-6.
72. Due P, Damsgaard MT, Madsen KR, Nielsen L, Rayce SB, Holstein BE. Increasing prevalence of emotional symptoms in higher socioeconomic strata: Trend study among Danish schoolchildren 1991–2014. *Scandinavian journal of public health*. 2019;47(7):690-4.
73. Madsen K, Holstein B, Damsgaard M, Rayce S, Jespersen L, Due P. Trends in social inequality in loneliness among adolescents 1991–2014. *Journal of Public Health*. 2019;41(2):e133-e40.
74. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen; 2011.
75. Koch MB, Davidsen M, Juel K. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2012.
76. Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år: Betydningen af rygning og alkohol. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2013.
77. Diderichsen F, Andersen I. The syndemics of diabetes and depression in Brazil—An epidemiological analysis. *SSM-population health*. 2019;7.
78. Danmarks Statistik. BU43: Udsatte børn og unge i procent af befolkningen (0-22 år) efter område, foranstaltning og alder; 2019. [Available from: <https://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=BU43&PLanguage=0>
79. KL. Der er god grund til at interessere sig for udsatte børn og unges skolegang! København: KL; 2018.
80. Wengel TTT, Troelsen J. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet: Litteraturstudie af sammenhængen mellem byens indretning og fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
81. Gutman LM, Vorhaus J. The Impact of Pupil Behaviour and Wellbeing on Educational Outcomes. London: Childhood Wellbeing Research Centre, Institute of Education, University of London; 2012.
82. Andreasen AG, Lausten M. Trivselsudfordringer ved skolestart - Et langtidsperspektiv. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019.
83. Lomholt JJ, Johnsen, D. B., & Thastum, M.,. Hvordan hjælper vi børn med problematisk skolefravær? Erfaringer fra Back2School-projektet. *Ledelse i Morgen*. 2019;22(4).
84. Københavns Kommune. Opgavebeskrivelse for skolesocialrådgiverne i Borgercenter Børn og Unge (2019): Københavns Kommune; 2019 [Available from: https://www.kk.dk/sites/default/files/uploaded-files/opgavebeskrivelse_for_skolesocialraadgiverne_2019.pdf
85. Københavns Kommunes Socialforvaltning. Evaluering af udvidelsen af skolesocialrådgiverordningen: Københavns Kommunes Socialforvaltning; 2013 [Available from: <https://www.kk.dk/sites/default/files/uploaded-files/Evaluering%20udvidelse%20af%20skolesocialr%C3%A5dgiverordningen%20%28februar%202013-endelig%20udgave%29.pdf>

86. Københavns Kommune. Slutevaluering af projekt Socialrådgivere på skolerne: Københavns Kommune; 2010 [Available from: <https://www.kk.dk/sites/default/files/migrated/sc/Slutevaluering-af-projekt-Socialraadgivere-paa-skolerne.pdf>].
87. Lomholt JJ, Johnsen DB, Silverman WK, Heyne D, Jeppesen P, Thastum M. Feasibility Study of Back2School, a Modular Cognitive Behavioral Intervention for Youth With School Attendance Problems. *Front Psychol.* 2020;11:586.
88. Dansk Socialrådgiverforening. Socialrådgiveren 09/19. 2019.
89. Bundy DAP, Silva Nd, Horton S, Patton GC, Schultz L, Jamison DT. Child and Adolescent Health and Development: Realizing Neglected Potential. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 8): Child and Adolescent Health and Development* 2017. p. 1-24.
90. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, et al. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science.* 2014;343(6178):1478-85.
91. Hahn RA, Knopf JA, Wilson SJ, Truman BI, Milstein B, Johnson RL, et al. Programs to increase high school completion: a community guide systematic health equity review. *Am J Prev Med.* 2015;48(5):599-608.
92. Mawn L, Oliver EJ, Akhter N, Bambra CL, Torgerson C, Bridle C, et al. Are we failing young people not in employment, education or training (NEETs)? A systematic review and meta-analysis of re-engagement interventions. *Systematic reviews.* 2017;6(1):16-.
93. TrygFondens Børneforskningscenter. READ - Sammen om læsning - et forskningsprojekt i Aarhus: TrygFondens Børneforskningscenter; 2021 [Available from: <https://childresearch.au.dk/skole/sprog-og-laesning/read-sammen-om-laesning>].
94. Andersen SC, Nielsen HS. Reading intervention with a growth mindset approach improves children's skills. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2016;113(43):12111-3.
95. Rosholm M, Vind BD, Laursen NB, Lomholt JJ, Nielsen SA. Evaluering af skolerettede og skoleunderstøttende indsatser i projekt "Styrket faglighed blandt udsatte børn i folkeskolen". TrygFondens Børneforskningscenter; 2019.
96. Griffiths R, Comber C. Letterbox green 2010: An evaluation of the letterbox club pilot for children in secondary school. London: Booktrust; 2011. 28 p.
97. Dymoke S, Griffiths R. The Letterbox Club: The Impact on Looked-After Children and Their Carers of a National Project Aimed at Raising Achievements in Literacy for Children Aged 7 to 11 in Foster Care. *Journal of Research in Special Educational Needs.* 2010;10(1).
98. Griffiths R. The Letterbox Club: An account of a postal club to raise the achievement of children aged 7 to 13 in foster care. *Children and Youth Services Review.* 2012;34(6).
99. Griffiths R, Comber, C. and Dymoke, S. The Letterbox Club 2007 to 2009: Final Evaluation Report. London: Booktrust; 2010.
100. Winter K, Connolly P, Bell IW, Ferguson J, editors. Evaluation of the Effectiveness of the Letterbox Club in Improving Educational Outcomes among Children Aged 7-11 Years in Foster Care in Northern Ireland 2011.
101. Forsman H. Exploring the Letterbox Club programme's impact on foster children's literacy: potent intervention or general support? *Oxford Review of Education.* 2019;45(4):502-18.
102. Red Barnet Ungdom. Barnets Ven. Red Barnet Ungdom; 2020.
103. Oxford Research. Evaluering af Barnets Ven. Oxford Research; 2020.
104. Fujimoto K, Valente TW. Decomposing the components of friendship and friends' influence on adolescent drinking and smoking. *Journal of Adolescent Health.* 2012;51(2):136-43.

105. Fletcher A, Bonell C, Sorhaindo A. You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011;65(6):548-55.
106. Chugani HT, Behen ME, Muzik O, Juhász C, Nagy F, Chugani DC. Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*. 2001;14(6):1290-301.
107. Eluvathingal TJ, Chugani HT, Behen ME, Juhász C, Muzik O, Maqbool M, et al. Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging study. *Pediatrics*. 2006;117(6):2093-100.
108. Christoffersen MN, Højen-Sørensen A-K, Laugesen L. Daginstitutionens betydning for udvikling. En forskningsoversigt. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014.
109. Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraš Blatchford I, Taggart B, editors. The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Findings from Pre-school to end of Key Stage1 Research brief2004.
110. Ringsmose C. Flere børn klar til skole – uligheder i børns muligheder for at trives, udvikle sig og lære. *Paideia*. 2019;0(18):15-25.
111. Socialstyrelsen. De Utrolige År: Socialstyrelsen; 2020 [Available from: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/Udviklings-og-Investeringsprogrammerne/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder-born-og-unge/dua>].
112. Rambøll Management Consulting. Evaluering af De Utrolige År - Slutrapport. Servicestyrelsen; 2011.
113. Webster-Stratton C, Reinke WM, Herman KC, Newcomer LL. The Incredible Years Teacher Classroom Management Training: The Methods and Principles That Support Fidelity of Training Delivery. *School Psychology Review*. 2011;40(4):509-29.
114. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33(1):105-24.
115. Raver CC, Jones SM, Li-Grining CP, Metzger M, Smallwood K, Sardin L. Improving Preschool Classroom Processes: Preliminary Findings from a Randomized Trial Implemented in Head Start Settings. *Early Child Res Q*. 2008;63(3):253-5.
116. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in head start. *J Clin Child Psychol*. 2001;30(3):283-302.
117. Webster-Stratton C, Reid MJ. Adapting the Incredible Years child dinosaur social, emotional, and problem-solving intervention to address comorbid diagnoses. *Journal of Children's Services*. 2008;3:17-30.
118. Aarhus Kommune. Børns tidlige sprog i vuggestue, børnehave og indskoling; Aarhus Kommune; 2021 [Available from: <https://www.aarhus.dk/borger/pasning-skole-og-uddannelse/tidlige-indsatser/boerns-tidlige-sprog-i-vuggestue-og-boernehave/>].
119. Sprogklar. Børns tidlige sprog (2017-2020). Aarhus Kommune: Sprogklar; 2021 [Available from: <https://sprogklar.dk/reference/bts-boerns-tidlige-sprog/>].
120. Aarhus Kommune. Sproglige læringsmiljøer af høj kvalitet – praksisnær kompetenceudvikling. Aarhus Kommune; 2018.

121. Markussen-Brown J. Establishing Quality in Preschool Language and Literacy Environments: On the quality of Danish preschools, and pathways to improving it via professional developmen: Syddansk Universitet. Det Humanistiske Fakultet; 2015.
122. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet - Håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedstyrrelsen; 2018.
123. Loprinzi PD, Cardinal BJ, Loprinzi KL, Lee H. Benefits and Environmental Determinants of Physical Activity in Children and Adolescents. *Obesity Facts*. 2012;5(4):597-610.
124. Tester JM. The built environment: designing communities to promote physical activity in children. *Pediatrics*. 2009;123(6):1591-8.
125. Svendborg Kommune. Koncept for idrætsskoler i 0.-6- klasse: Svendborg Kommune; [Available from: https://www.svendborg.dk/sites/default/files/koncept_for_idraets-skoler_0.pdf].
126. Eiberg S, Bach LG. Aldersrelateret træning - håndbog for 0. til 6. klasse. 1. udgave, 1. oplag ed. Brøndby: Team Danmark; 2010.
127. Svendborgprojektet. Om Svendborgprojektet 2016 [Available from: <http://svendborg-projektet.dk/om-svendborgprojektet-2/>].
128. Børne- og Undervisningsministeriet. Bevægelse 2020 [Available from: <https://www.uvm.dk/folkeskolen/laering-og-laeringsmiljoe/bevaegelse>].
129. Oxford Research. Bevægelse i skoledagen 2019. Oxford Research; 2019.
130. Syddansk Universitet (SDU). Svendborgprojektet I-II-III: Syddansk Universitet (SDU); 2018 [Available from: https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/rich/forskning/projekter/svendborg+_projektet].
131. Klakk H, Andersen LB, Heidemann M, Møller NC, Wedderkopp N. Six physical education lessons a week can reduce cardiovascular risk in school children aged 6–13 years: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2014;42(2):128-36.
132. Hebert JJ, Klakk H, Møller NC, Grøntved A, Andersen LB, Wedderkopp N. The Prospective Association of Organized Sports Participation With Cardiovascular Disease Risk in Children (the CHAMPS Study-DK). *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):57-65.
133. Kühr P, Lima RA, Grøntved A, Wedderkopp N, Klakk H. Three times as much physical education reduced the risk of children being overweight or obese after 5 years. *Acta Paediatr*. 2020;109(3):595-601.
134. Tarp J, Jespersen E, Møller NC, Klakk H, Wessner B, Wedderkopp N, et al. Long-term follow-up on biological risk factors, adiposity, and cardiorespiratory fitness development in a physical education intervention: a natural experiment (CHAMPS-study DK). *BMC Public Health*. 2018;18(1):605.
135. Idrættens Analyseinstitut. Seks timers idræt gør børn sundere 2011 [Available from: <https://www.idan.dk/nyhedsoversigt/nyheder/2011/a029svendborgresultat/>].
136. Bergman P. Ekspert om børns sundhed: idræt, idræt, idræt ... TV2 Fyn; 2018 [Available from: <https://www.tv2fyn.dk/svendborg/ekspert-om-borns-sundhed-idraet-idraet-idraet>].
137. Christensen G, Christensen ML, Mehlsen L, Enemark MH, Jakobsen V. Tryghed og trivsel i udsatte boligområder – Evaluering af Landsbyggefondens boligsociale indsatser finansieret af 2015-18-midlerne. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2019.

138. Kjer MG, Jørgensen RCH, Mehlsen L, Jakobsen V. Effekfulde indsatser i boligområder til at forbedre børns skolegang og uddannelse og forældres arbejdsmarkedsparethed: En systematisk forskningsoversigt, nr. 2 og 3 af 4. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
139. Mehlsen L, Jensen MT, Christensen G, Jørgensen AK, Wendt RE. Effekfulde indsatser i boligområder til forebyggelse af kriminalitet: En systematisk forskningsoversigt nr. 1 af 4. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2015.
140. Ottosen MH, Andreasen AG, Dahl KM, Hestbæk A-D, Lausten M, Rayce SB. Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2018. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
141. Rotger GP, Galster GC. Neighborhood Effects on Youth Crime: Natural Experimental Evidence: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2017.
142. Caspersen S, Frier AT, Pedersen ST. Det delte Danmark. Børn bor i opdeltte nabolag: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2019.
143. Juul JS, Blicher SP. Skolerne bliver mere opdelt. De blandede skoler forsvinder i stor udstrækning: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2018.
144. Pate RR, Trost SG, Levin S, Dowda M. Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(9):904-11.
145. Santini ZI, Meilstrup C, Hinrichsen C, Nielsen L, Koyanagi A, Koushede V, et al. Associations Between Multiple Leisure Activities, Mental Health and Substance Use Among Adolescents in Denmark: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* 2020;14(232).
146. Pilgaard M, Rask S. Danskernes motions- og sportsvaner 2016. København: Idrættens Analyseinstitut; 2016.
147. Socialstyrelsen. Vidensopsamling om fritidspas. Erfaringer og inspiration fra kommuner med fritidspasordninger og tidligere fritidspasinitiativer. Socialstyrelsen; 2021.
148. DEFACTUM. Kom godt i gang med en fritidspasordning. Inspiration til implementering. Socialstyrelsen; 2017.
149. Socialstyrelsen. Fritidspas: Socialstyrelsen; 2021 [Available from: <https://socialstyrelsen.dk/born/forebyggelse-og-tidlig-indsats/Metoder/fritidspas>].
150. Oxford Research A/S. Evaluering af forsøg med fritidspas til udsatte børn og unge. 2009.
151. Christensen G, Christensen ML. Børn og unge i get2sport-foreningerne. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2021.
152. Danmarks Idrætsforbund (DIF). Hvad er DIF Get2Sport?: Danmarks Idrætsforbund (DIF); 2021 [Available from: <https://www.dif.dk/samfundsansvar/dif-get2sport/om>].
153. Ishøj Kommune. Get2Sport Camp 2020 ved Ishøj Idrætscenter: Ishøj Kommune; 2020 [Available from: <https://ishoj.dk/api/sbsys/attachment/?id=fd21b391-25d0-4b6b-83d3-ae07b9077ebd&name=Get2sport%20Camp%20sommer%202020%20-%20evaluering>].
154. Hjørring Kommune. Integration via Foreningslivet. Flere flygtninger og indvandrere ind i foreningslivet i Hjørring Kommune: Hjørring Kommune; 2017 [Available from: <https://dagsordner.hjoerring.dk/media/25772/moede-6-marts-2018-bilag-pkt-4-folde-vedr-integration-i-foreningslivet.pdf>].
155. Vidensportalen på det sociale område. Det tværprofessionelle samarbejde: Socialstyrelsen; 2021 [Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/inddragelse/det-tvaerprofessionelle-samarbejde>].

156. Hougaard M, Højbjerg LR. Socialt arbejde med børn, unge og familier. København: Hans Reitzels forlag; 2015.
157. Professionshøjskolen Metropol, University College Lillebælt, VIA University College. Håndbog om Barnets Reform: Socialstyrelsen; 2011.
158. Bengtsson TT, Olsen RF. Kortlægning af viden om kvalitet i sagsbehandlingen på børne- og ungeområdet: Et litteraturstudie af danske publikationer. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2021.
159. Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
160. Pommerencke LM, Pedersen TP. Sundhedsprofil for børn og unge ind- og udskolingsundersøgt i skoleåret 2019/20. Databasen Børns Sundhed. 2021.
161. Niss NK, Rasmussen IS. Evaluering af satspuljen forebyggende indsatser for overvægtige børn og unge. Projekt "Øget udbytte" på Julemærkehjemmene. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
162. Julemærket. Kommunesamarbejde 2021 [Available from: <https://www.julemaerket.dk/739/kommunesamarbejde>].
163. Julemærket. Vores arbejde 2021 [Available from: <https://www.julemaerket.dk/742/vores-arbejde>].
164. Julemærket. Forældresamarbejde 2021 [Available from: <https://www.julemaerket.dk/738/foraeldresamarbejde>].
165. Lausten M, Mølholt A-K, Hansen H, Schmidt LH, Aaquist M. Forebyggende foranstaltninger 5-9 år. Dialoggruppe - om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 3. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2011.
166. Børnehuset Buen. Præsentation af Børnehuset 2021 [Available from: <http://boernehusetbuen.dk/praesentation-af-boernehuset/>].
167. Socialstyrelsen. Om forebyggelse og tidlig indsats 2021 [Available from: <https://socialstyrelsen.dk/born/forebyggelse-og-tidlig-indsats/om-forebyggelse-og-tidlig-indsats>].
168. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hvad er effekten af opfølgende indsatser for udsatte børn og unge? 2020 [Available from: [https://www.vive.dk/da/nyheder/2020/hvad-er-effekten-af-opsoegende-indsatser-for-udsatte-boern-og-unge/](https://www.vive.dk/da/nyheder/2020/hvad-er-effekten-af-opfoelgende-indsatser-for-udsatte-boern-og-unge/)].
169. Børns Voksenvenner. Hvem er Børns Voksenvenner? [Available from: <https://voksenven.dk/om-os>].
170. Trygfondens Børneforskningscenter. Børn med langvarigt venskab med en frivillig voksenven trives bedst 2018 [Available from: https://childresearch.au.dk//nyheder/nyhed/artikel/boern-med-et-langvarigt-venskab-med-en-frivillig-voksenvenner-trives-bedst/?fbclid=IwARoyYw54scajqNc6VJpMHUjz-Gbo_0N71aXaZAQwBGNWch-6ccMzHkeF67KA].
171. Trygfondens Børneforskningscenter. Børns Voksenvenner - et forskningsprojekt om venskaber 2021 [Available from: <https://childresearch.au.dk/udsatte-boern-unge-og-familier/projekter/boerns-voksenvenner/>].
172. Damm AP, von Essen E, Perregaard N, van Mastrigt S, Vitus K, Wellnitz KB. Børns Voksenvenner. Pilotundersøgelse af foreningens screening og match praksis, motiver til og udbytte af venskaber. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2018.
173. Børns Voksenvenner. Viden og resultater [Available from: <https://voksenven.dk/viden-og-resultater>].
174. Hestbæk A-D, Hansen H, Prescott AB, Johansen EB. Familien i fokus - Midtvejsrapport. Evaluering af en frivillig indsats i Røde Kors-regi for børnefamilier med behov for støtte. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.

175. Hansen H, Hestbæk A-D. Læringsmiljø i hjemmet og frivillighed – Kortlægning af indsatser, der fremmer læringsmiljøet i hjemmet, med henblik på at synliggøre potentialer for en frivillig indsats. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
176. Socialstyrelsen. Tidlig opsporing og tværfagligt samarbejde 2020 [Available from: <https://socialstyrelsen.dk/born/forebyggelse-og-tidlig-indsats/tidlig-opsporing-og-tvaerfagligt-samarbejde>]
177. Socialstyrelsen. Fælles forståelse og tværfagligt samarbejde er afgørende for tidlig forebyggende indsats 2021 [Available from: <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2021/faelles-forstaelse-og-tvaerfagligt-samarbejde-er-afgorende-for-tidlig-forebyggende-indsats>]
178. Aalborg Kommune. På tværs. Håndbog for medarbejdere i arbejdet med børn og unge i udsatte positioner. 2020.
179. Iversen K. Tidligere forebyggende indsats på børn og unge-området – 18 kommuners erfaringer og 8 konkrete eksempler. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020.
180. Thomsen J-P. Unge i Danmark – 18 år og på vej til voksenlivet. Årgang 95 – Forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
- 181.181. Mehlbye J, Bolvig I, Kloppenborg HS. Børn og unge anbragt i familiepleje – Anbringelsesgrundlag, støtte under anbringelsen og børnenes trivsel. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.
- 182.182. Hvass LR, Manghezi A, Folker AP, Sandø N. Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? Sundhedsstyrelsen; 2012.
- 183.183. Vallgård S. When are health inequalities a political problem? *The European Journal of Public Health*. 2006;16(6):615-6.
- 184.184. Andersen MM. Hvorfor er sociale uligheder i sundhed uretfærdige? *Politica*. 2014;46(2):152-69.
- 185.185. Jensen LW, Storm I. Hvad skal vi med CRUNCH? – Forskerne fortæller. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; [Available from: <https://www.vive.dk/media/3691/hvad-skal-vi-med-crunch-forskerne-fortaeller.pdf>]
- 186.186. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(6):473-8.

Bilag 1:

Datakilder brugt til beskrivelse af forekomst af social ulighed i sundhed blandt 6-11-årige

Sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed beskriver børns sundhed i Danmark med udgangspunkt i data fra sundhedsplejerskernes journaler fra den lovpligtige indskolingsundersøgelse, som alle børn inviteres til i løbet af de første skoleår. Den senest rapporterede indskolingsundersøgelse blev foretaget blandt 17 kommuner i skoleåret 2019/20. Indskolingsundersøgelsen indeholder data om 7.339 indskolingsbørn og blev foretaget i 0. eller 1. klasse med en gennemsnitsalder på 6,5 år. Ved indskolingsundersøgelsen indgår en samtale mellem barnet og sundhedsplejersken, og sundhedsplejersken registrerer en række observationer om barnets sundhed og trivsel ved skolestart. Herudover besvarede forældrene et spørgeskema omkring barnets sundhed og trivsel forud for undersøgelsen (26).

Region Hovedstadens sundhedsprofil baserer sig på data på 5.308 indskolingsbørn fra 12 kommuner i Region Hovedstaden fra Databasen Børns Sundhed (indskolingsundersøgelsen) i 2016/2017. Ligesom i indskolingsundersøgelsen beskriver denne sundhedsprofil børns sundhed, men kun blandt børn i Region Hovedstaden, og er ligeledes baseret på data fra sundhedsplejerskernes journaler i forbindelse med den lovpligtige indskolingsundersøgelse. Til forskel fra sundhedsprofilen fra Databasen Børns Sundhed (indskolingsundersøgelsen) ses der i denne sundhedsprofil også på sundhed fordelt på social baggrund (forældres uddannelsesniveau, forældres tilknytning til arbejdsmarkedet og forældres herkomst) (27).

Skolebørnsundersøgelsen 2018 er baseret på spørgeskemabesvarelser fra et nationalt repræsentativt udsnit af 11-, 13- og 15-årige skoleelevers sundhed, trivsel og sundhedsadfærd fra 45 skoler. Vi beskriver kun data om sundhed og trivsel blandt de 11-årige og det har kun været muligt at afrapportere sociale forskelle for 11-15-årige som en samlet aldersgruppe. De sociale forskelle er defineret ved herkomst og familiesocialgruppe, hvor familiesocialgruppe er inddelt i høj, mellem og lav socialgruppe (28).

20. Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Egedal, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Gribskov, Herlev, Høje-Taastrup, Roskilde, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk og Vejle.

21. Albertslund, Allerød, Ballerup, Brøndby, Dragør, Gentofte, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Rødovre og Tårnby.

22. Klassificeringen af familiesocialgruppe er baseret på det daværende Socialforskningsinstituts klassiske inddeling i fem socialgruppe, som derefter er blevet inddelt i tre socialgrupper: høj (socialgruppe I og II), mellem (socialgruppe III og IV) og lav (socialgruppe V og IV). For nærmere beskrivelse henvises til Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018: Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019.

Bilag 2: Oversigt over fundne indsatser

Indsatsnr.	Aktør	Indsatsnavn
1	Københavns Kommune	Socialrådgiver på hver skole
2	Aarhus Kommune	Back2School
3	Psykiastrifonden	Mind my Mind
4	Gentofte Kommune	Familiecentret
5	Randers Kommune	FamilieCentret
6	Aarhus Kommune	READ – sammen om læsning
7	Aarhus Kommune	Børns tidlige sprog
8	Hedensted Kommune	KLAR til læring
9	Socialstyrelsen	Makkerlæsning/"Paired reading"
10	Socialstyrelsen	Klub Penalhus/"The Letterbox Club"
11	Socialstyrelsen	Fritidspas
12	Danmarks Idrætsforening	DIF Get2Sport
13	Julemærkefonden	Julemærkehjemmene
14	Ungdommens Røde Kors	Klubber
15	Ungdommens Røde Kors	Ferie- og weekendlejr
16	Red Barnet Ungdom	Læringscafé
17	Red Barnet Ungdom	Læringskolonier
18	Trygfondens Børneforskningscenter	Børns Voksenvenner
19	Broen til bedre sundhed	Hjernemad
20	Broen til bedre sundhed	Naturligvis
21	BROEN Danmark	BROEN Danmark – hjælper udsatte børn til en aktiv fritid
22	Frederikshavn Kommune	Familieklasse
23	Red Barnet Ungdom	Lektievenner
24	Fonden for Socialt Ansvar	Frivillige understøtter positive læringsmiljøer i familien
25	Aarhus Kommune	Mentorbarn
26	Lemvig Kommune	Udvikling af udendørs læringsrum
27	Svendborg Kommune	Svendborgprojektet
28	Morsø Kommune	Morsø Multipark
29	Røde Kors	Familien i Fokus
30	Esbjerg Kommune	Hjemme-hos Team – praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet
31	Københavns Kommune	"Sjakket" (Mjølnerparken)
32	Socialstyrelsen	De utrolige år (DUÅ)
33	Vejlen Kommune	"Inkluderende læringsmiljøer"
34	Frederiksberg Kommune	Tidlig literac – tidlig numeracy
35	Odense Kommune	Fremtidens Vollsmose og boligstrategisk udvikling
36	Frederikshavn Kommune	Familievejleder - støtte til børn med handicap
37	Albertslund Kommune	Familiehuset
38	Esbjerg Kommune	"Hånd om familien"
39	Faxe Kommune	Familiecenter
40	Hillerød Kommune	Børnehuset Buen
41	Aalborg Kommune	Godhåbskolen (heldagsskole)
42	Julemærkefonden	Julemærkehjem "Øget udbytte"
43	Halsnæs og Frederiksberg Kommune	Tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel
44	Norddjurs Kommune	Familiehuset
45	Frederikshavn Kommune	Skansen
46	Aalborg Kommune	Børnepsykologisk team
47	Aalborg Kommune	Håndbogen "På Tværs"
48	Socialstyrelsen	Familierådslagning

Sundhed for alle ♥ + ●