

Danske grundskolers arbejde med elevers trivsel og sundhed

EN NATIONAL KORTLÆGNING AF PRAKSIS OG KAPACITET

IBEN RASK HEUCK

TERESA HOLMBERG

EMILIA LUISE HANSEN

ANNEKE VANG HJORT



Center for Sundt Liv og Trivsel er en national videns- og udviklingsaktør, der arbejder for, at alle børn i Danmark kan vokse op i god trivsel og sundhed. Centeret skaber viden om, hvad der påvirker børn og unges sundhed og trivsel – fra hverdagsliv og fællesskaber til sociale vilkår og omgivelser. I stærke samarbejder med kommuner, fagprofessionelle, forskere og civilsamfund udvikler og afprøver centeret løsninger, der virker i praksis og gør en reel forskel i børn og unges hverdag.

Læs mere om [Center for Sundt Liv og Trivsel](#) og centerets [Code of Conduct](#).

**Udgivet af**

Center for Sundt Liv og Trivsel

Forfattere

Iben Rask Heuck, Teresa Holmberg, Emilia Luise Hansen og Anneke Vang Hjort

Udgivelsesår

2026

ISBN

978-87-977563-0-0 (elektronisk)

Dataindsamling

Survey, Danmarks Statistik, på vegne af Center for Sundt Liv og Trivsel

Grafisk design

Kit Halting, SurvivalKit

Foto

Stine Heilmann

Internt bidrag til udvikling og analyser

Maya Sofie Tipsmark og Amanda Beske Almstrup

Internt review

Tine Curtis, Nanna Schneekloth Jarlstrup, Josephine Funck Bilsteen, Nina Rica Wium Geiker, Ditte Marie Nissen Storgaard og Annegrete Juul

Eksternt review

Bo Nielson, Forsknings- og udviklingsleder ved Institut for Læreruddannelsen, Københavns Professionshøjskole
Helle Bjerg, Institutchef ved Institut for Læreruddannelsen, Københavns Professionshøjskole, og tidligere skoleleder på Skolen på Grundtvigsvej, Frederiksberg

Rapporten kan downloades på [Rapporter | Center for sundt liv & trivsel](#)
Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

Forord	4
Sammenfatning	5
Resultater	7
Perspektivering	12
2. Introduktion, formål og målgruppe	15
Introduktion	16
Formål	17
Målgruppe for rapporten	17
3. Om undersøgelsen	18
Centrale begreber	19
Dataindsamling og repræsentativitet	21
Præsentation af resultater	21
Deltagere i undersøgelsen	23
4. Resultater	24
Tema 1: Elevers udfordringer inden for trivsel og sundhed	25
Tema 2: Implementering af politikker inden for trivsel og sundhed	31
Tema 3: Integration af arbejdet med trivsel og sundhed i skoledagen	36
Tema 4: Viden og kompetencer til arbejdet med trivsel og sundhed	42
Tema 5: Medansvar og prioritering af arbejdet med trivsel og sundhed	49
Tema 6: Involvering, organisering og samarbejde om trivsel og sundhed	55
Tema 7: Tidlig opsporing og samarbejde om elever med trivsels- og sundhedsudfordringer	59
Tema 8: Rammer og ressourcer til arbejdet med trivsel og sundhed	64
5. Diskussion og potentialer	69
Diskussion	70
Potentialer	77
6. Konklusion	79
7. Metode	81
Udvikling af spørgeskema	82
Bortfaldsanalyse	85
Styrker og begrænsninger ved undersøgelsen	87
Referencer	88

Forord

For børn og unge er skolen langt mere end et sted, hvor de lærer at læse og regne. Skolen danner rammen om en stor del af børns hverdag, det er her, de skaber relationer og indgår i fællesskaber, og det er i skolen, at en væsentlig del af deres dannelse finder sted. Det er også i skolen, at en række af de vaner og erfaringer, som har betydning for børn og unges trivsel og sundhed, formes - både her og nu og senere i livet.

Det gør skolen til en af vores vigtigste fælles arenaer for at fremme børn og unges trivsel og sundhed. Ikke fordi skolen skal løse alle de udfordringer, børn og unge møder, eller fordi lærere og pædagoger skal være sundhedsprofessionelle. Men fordi de rammer, børn og unge møder i deres hverdag, har betydning. Fællesskaber og deltagelsesmuligheder, bevægelse, mad og måltider, digitale medier og forholdet til egen krop er alle en del af skolelivet - og samtidig forhold, der har betydning for trivsel og sundhed.

Det stiller krav til mere end den enkelte lærer eller pædagog. Hvis skolen skal kunne udfolde sit potentiale som trivsels- og sundhedsfremmende arena, kræver det viden og kompetencer, tydelige prioriteringer og organisatoriske rammer, der understøtter arbejdet. Derfor er det vigtigt, at vi ikke alene spørger, hvad skolerne gør, men også hvilke forudsætninger de har for at gøre det.

Det er udgangspunktet for denne rapport, som præsenterer resultaterne fra en national spørgeskemaun-

dersøgelse blandt 7.056 medarbejdere og ledere i den danske grundskole. Undersøgelsen giver for første gang et samlet nationalt billede af skolernes arbejde med elevers trivsel og sundhed og af den kapacitet og de vilkår, arbejdet udfolder sig indenfor.

Rapporten viser, at skolerne allerede gør meget. Arbejdet er særligt koncentreret om fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel, mens andre områder som søvn, kropsopfattelse, seksualitet samt drikkevaner fylder mindre i den daglige praksis. Samtidig ser vi, at arbejdet med en række trivselsområder fylder mindre på de ældre klassetrin end i indskolingen, selvom det samtidig rapporteres, at de ældre børns trivsel er mere udfordret.

Resultaterne giver anledning til vigtige spørgsmål. Fx hvordan sikrer vi, at trivsel og sundhed tænkes bredt og sammenhængende gennem hele skolelivet? Og hvordan understøtter vi skolerne, så arbejdet ikke alene afhænger af lokale prioriteringer og enkeltpersoners engagement?

Det er ikke spørgsmål, som skolerne skal besvare alene. Skolen er en afgørende arena, men ansvaret for at skabe gode betingelser for børn og unges trivsel og sundhed er langt bredere. Det kræver samarbejde mellem skoler, kommuner, faglige miljøer, civilsamfund og nationale beslutningstagere - og et vedvarende blik for de rammer, vi som samfund skaber omkring børn og unges hverdagsliv.

Med denne kortlægning får vi et nyt og vigtigt vidensgrundlag for den samtale. For Center for Sundt Liv og Triv-

sel er ambitionen, at rapporten ikke alene skal beskrive den eksisterende praksis, men bidrage til en dialog om, hvor der er behov og muligheder for at styrke skolernes arbejde - og dermed skabe endnu bedre rammer for, at alle børn og unge kan leve et sundt liv og trives.

Center for Sundt Liv og Trivsel ønsker at rette en stor tak til de fagpersoner og forskere, der har bidraget med faglig sparring og kvalificering af spørgeskemaets indhold. Det gælder bidragsydere fra Dansk Skoleidræt, Kommunernes Landsforening, Skolelederforeningen, Statens Institut for Folkesundhed, Steno Diabetes Center København, Steno Diabetes Center Aarhus, VIA University College og University College Syd.

En særlig tak rettes til de skoleledere, lærere og pædagoger, der deltog i pilottestene og dermed bidrog til at sikre undersøgelsens kvalitet og relevans.

Endelig en stor tak til de mange medarbejdere og ledere i landets grundskoler, som midt i en travl skolehverdag har taget sig tid til at deltage i undersøgelsen. Uden jeres bidrag ville denne kortlægning ikke have været mulig.



Annegrete Juul

Direktør

Center for Sundt Liv og Trivsel



Sammenfatning

BOKS 1 Operationalisering af trivsel og sundhed

I undersøgelsen er trivsel og sundhed operationaliseret gennem 11 områder

Nogle spørgsmål er stillet særskilt for hvert af de 11 områder, mens andre spørgsmål belyser arbejdet med trivsel og sundhed samlet set, det vil sige på tværs af områderne.

Denne tilgang giver et samlet overblik over skolernes arbejde, men indebærer også nogle metodiske begrænsninger. Når der spørges til trivsel og sundhed samlet set, træder nuancer mellem de enkelte områder i baggrunden.

Samtidig indfanger undersøgelsen ikke nødvendigvis alle de aktiviteter og praksisser, som skolerne selv vil betragte som en del af deres trivselsarbejde. Resultaterne skal derfor læses som et bredt indblik i skolernes arbejde med trivsel og sundhed frem for en udtømmende kortlægning af området.



1. Fællesskaber og sociale relationer



2. Mental trivsel



3. Skærmbrug og sociale medier



4. Køn og seksualitet



5. Kropsopfattelse



6. Motion, bevægelse og motorik



7. Vægt



8. Søvn og træthed



9. Mad og måltider



10. Drikkevaner



11. Alkohol, tobak, nikotin eller rusmidler

Skolen er en af de vigtigste fælles rammer om børn og unges hverdagsliv. Her mødes elever blandt andet om faglig læring, måltider, bevægelse, digitale medier og hverdagens rutiner. Forskning peger på, at sundhedsvaner formes tidligt i livet (Craigie et al., 2011; García-Hermoso et al., 2025; Simmonds et al., 2016), og skolen fremhæves derfor internationalt som en central arena for arbejdet med børn og unges trivsel og sundhed (Pulimeno et al., 2020; Sawyer et al., 2021; Turunen et al., 2017).

Samtidig er arbejdet med trivsel og sundhed ikke en entydig eller klart afgrænset opgave i grundskolen.

Trivsel og sundhed indgår på forskellige måder i skolens lovgrundlag, fag, obligatoriske emner og pædagogiske praksis. Det gælder blandt andet den nationale trivselsmåling samt fagene Sundheds- og Seksualundervisning og Familiekundskab, Idræt og Madkundskab, men også skolernes arbejde med relationer, fællesskaber og elevers deltagelsesmuligheder kan ses som trivsels- og sundhedsfremmende.

For mange i skoleverdenen vil trivsel formentlig opleves som en integreret del af skolens kerneopgave (Simovska & Primdahl, 2024), mens sundhed kan forbin-

des mere med bestemte fag, emner eller indsatser. I praksis er grænserne imidlertid mindre tydelige. Mange af de forhold, der har betydning for elevers trivsel, har også betydning for deres sundhed, og omvendt. Arbejdet med relationer og fællesskaber, bevægelse, skærmbrug, mad og måltider eller kropsopfattelse kan eksempelvis vanskeligt placeres entydigt som enten trivsels- eller sundhedsarbejde. På den baggrund spørger vi i denne undersøgelse til arbejdet inden for 11 områder, som samlet set giver et bredt indblik i skolernes arbejde med trivsel og sundhed.

Der findes på nuværende tidspunkt ikke en national undersøgelse, der samlet belyser skolernes praksis og kapacitet til arbejdet med trivsel og sundhed. Denne rapport bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt 7.056 medarbejdere og ledere i de danske grundskoler i hele landet. Undersøgelsen belyser skolernes praksis og deres kapacitet til arbejdet med trivsel og sundhed, herunder oplevelser af elevers udfordringer, skriftlige politikker, arbejdet i skolehverdagen, viden og kompetencer, medansvar, organisering, samarbejde, tidlig opsporing samt rammer og ressourcer. Målgruppen for rapporten er beslutningstagere, kommuner, skoler og andre aktører, der arbejder med eller har interesse for arbejdet med børn og unges trivsel og sundhed i grundskolen.

Resultater

Dette afsnit sammenfatter rapportens centrale fund og giver således et samlet indblik i den danske grundskoles arbejde med trivsel og sundhed samt de vilkår, arbejdet foregår under.

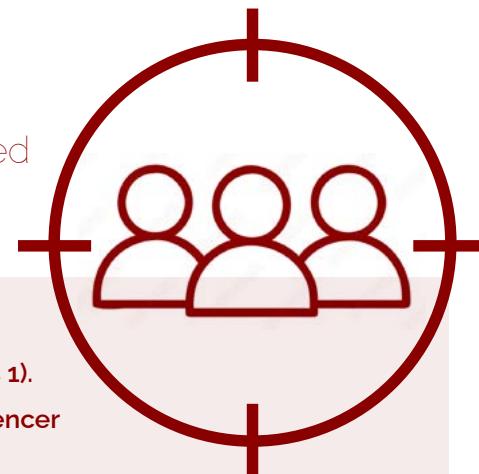
Der er bred opbakning til arbejdet med trivsel og sundhed, men de organisatoriske rammer følger ikke altid med

Langt størstedelen af lederne (96%) vurderer, at skolen har et ansvar for at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed, når de spørges til dette samlet set. Samtidig vurderer 84% af medarbejderne og 95% af lederne, at deres skole arbejder ud fra en forståelse af sammenhængen mellem elevers læring, trivsel og sundhed. Ni ud af ti ledere (90%) vurderer desuden, at skoleledelsen i høj eller meget høj grad prioriterer dette arbejde, mens to tredjedele af medarbejderne (67%) vurderer det samme.

Formålet med rapporten er at kortlægge danske grundskolers arbejde med elevers trivsel og sundhed og at belyse skolernes kapacitet på området.

Rapporten undersøger blandt andet

- Arbejdet på tværs af de 11 trivsels- og sundhedsområder (se Boks 1).
- Hvordan medarbejdere og ledere vurderer ansvar, viden, kompetencer og organisatoriske rammer for arbejdet med trivsel og sundhed.
- Hvordan arbejdet og kapaciteten varierer mellem skoletyper, klassetrin, personalegrupper og skoler med forskellig socioøkonomisk elevsammensætning.



Den brede opbakning afspejles imidlertid ikke i samme grad i de konkrete rammer for arbejdet. Godt hver femte medarbejder (22%) vurderer, at der er tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed, mens lidt mere end hver tredje (38%) vurderer, at skolens fysiske rammer er egnede. Knap halvdelen (46%) vurderer, at ledelsen sætter klare mål og retning for arbejdet. Blandt lederne vurderer 84%, at skolebestyrelsen understøtter tiltag inden for trivsel og sundhed, og 61% vurderer, at forældrene bakker op. Omvendt vurderer omkring en tredjedel, at skolen har et økonomisk råderum til arbejdet (33%), og at forvaltningen sætter klare mål og retning (34%).

Fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel fylder mest i skolernes praksis og særligt på de yngre klassetrin

Blandt de 11 områder, der spørges ind til i undersøgelsen, er fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel de områder, der fylder mest i skolernes daglige praksis. I alt 75% af medarbejderne vurderer, at de

dagligt arbejder organiseret og planlagt med fællesskaber og sociale relationer, mens 59% vurderer det samme for mental trivsel.

Områderne står også stærkt i vurderingen af viden og kompetencer samt medansvar. Samlet vurderer 79% af medarbejdere og ledere, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet med fællesskaber og sociale relationer, mens andelen er 58% for mental trivsel. Samtidig vurderer 95% af medarbejderne, at de har et medansvar for at fremme fællesskaber og sociale relationer, og 89% vurderer det samme for mental trivsel.

Fællesskaber og sociale relationer er desuden et udbredt tema i skolernes formelle rammer. I alt 85% af lederne vurderer, at skolen har en skriftlig politik på området, og blandt disse vurderer 76%, at politikken i høj eller meget høj grad er implementeret i skolehverdagen. For mental trivsel har 43% af skolerne en skriftlig politik, hvoraf 59% vurderer, at politikken er implementeret.

Det daglige arbejde med begge områder falder imidlertid med stigende klassetrin. For fællesskaber og sociale relationer falder andelen, der dagligt arbejder organiseret og planlagt med området, fra 85% i indskolingen til 76% på mellemtrinnet og 65% i udskolingen. For mental trivsel er de tilsvarende andele 65%, 60% og 51%.

Motion, bevægelse eller motorik er især forankret på de yngre klassetrin og blandt pædagoger og medhjælpere

Blandt de 11 områder er motion, bevægelse eller motorik et af de områder, hvor de største andele vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer samt et medansvar for arbejdet. Samlet vurderer 58% af medarbejdere og ledere, at de har viden og kompetencer til arbejdet, og 62% af medarbejderne vurderer, at de har et medansvar for at fremme elevernes motion og bevægelse.

Desuden har mere end halvdelen (57%) af skolerne en skriftlig politik på området.

Arbejdet falder imidlertid betydeligt med stigende klassetrin. Andelen, der dagligt arbejder organiseret og planlagt med motion, bevægelse eller motorik, falder fra 43% i indskolingen til 27% på mellemtrinnet og 16% i udskolingen. Tilsvarende falder andelen, der vurderer at have et medansvar, fra 75% i indskolingen til 61% på mellemtrinnet og 49% i udskolingen.

Der ses desuden forskelle mellem personalegrupper. Blandt pædagoger og medhjælpere vurderer 48%, at

de dagligt arbejder organiseret og planlagt med motion, bevægelse eller motorik, sammenlignet med 22% af lærerne. Tilsvarende vurderer 69% af pædagoger og medhjælpere at have viden og kompetencer til arbejdet, sammenlignet med 50% af lærerne.

Det daglige arbejde med skærmb brug og sociale medier er mindre udbredt end den formelle forankring gennem skriftlige politikker

Blandt de 11 områder er skærmb brug og sociale medier et af de områder, hvor flest skoler har en skriftlig politik. I alt vurderer 87% af lederne, at skolen har en skriftlig politik på området, og blandt disse vurderer 72%, at politikken i høj eller meget høj grad er implementeret i skolehverdagen.

Omvendt vurderer 21% af medarbejderne, at de dagligt arbejder organiseret og planlagt med skærmb brug og sociale medier i relation til trivsel og sundhed. Arbejdet varierer samtidig med klassetrin. Blandt medarbejdere i udskolingen vurderer 31%, at de dagligt arbejder organiseret og planlagt med området, sammenlignet med 24% på mellemtrinnet og 12% i indskolingen. Tilsvarende stiger andelen, der vurderer at have et medansvar for arbejdet med området – fra 36% i indskolingen til 55% i udskolingen.

Der ses tydelige forskelle mellem ledere og medarbejdere i vurderingen af viden og kompetencer til arbejdet med skærmb brug og sociale medier. I alt 69% af lederne vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet, sammenlignet med 35% af lærerne og 27% af pædagogerne og medhjælperne.

Blandt medarbejdergrupperne samlet stiger andelen desuden fra 23% i indskolingen til 39% på både mellemtrin og i udskolingen.

Vægt, kropso pfattelse samt køn og seksualitet fylder mindre i skolernes daglige praksis

Blandt de 11 områder, der spørges ind til i undersøgelsen, fylder områderne vægt, køn og seksualitet samt kropso pfattelse mindst i skolernes praksis. For vægt vurderer 2% af medarbejdere, at de dagligt arbejder organiseret og planlagt med området, mens 3% af ledere vurderer, at skolen har en skriftlig politik på området. For køn og seksualitet er de tilsvarende andele 5% og 14%, og for kropso pfattelse er de 11% og 13%.

Viden og kompetencer angives også lavere på flere af disse områder. Omtrent hver femte medarbejder og leder vurderer samlet set, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet med henholdsvis vægt (21%) samt køn og seksualitet (23%). En tredjedel vurderer det samme for kropso pfattelse (33%).

Oplevelsen af medansvar varierer desuden betydeligt med områderne. For vægt vurderer 20% af medarbejdere, at de har et medansvar, mens andelen er 44% for køn og seksualitet og 60% for kropso pfattelse.

Elevers udfordringer angives generelt som mere udbredt på de ældre klassetrin, mens praksis på nogle områder er mere udbygget i indskolingen

På flere områder vurderer medarbejdere, at elevernes udfordringer er mere udbredte både på mellemtrinnet

og i udskolingens sammenlignet med indskolingens. Der ses forskelle for mental trivsel, hvor andelen der vurderer, at elever i høj eller meget høj grad har udfordringer er 42% i indskolingens, 55% på mellemtrinnet og 53% i udskolingens. Tilsvarende mønster gør sig gældende for skærmbrug og sociale medier (38% vs. 63% og 71%), køn og seksualitet (7% vs. 16% og 17%), kropsoptagelse (14% vs. 32% og 34%) og for søvn og træthed gælder det især udskolingens (26% vs. 38% og 53%). Udfordringsbilledet ses primært i udskolingens for drikkevaner (16% og 19% vs. 39%).

Samtidig er det daglige arbejde med flere områder mest udbredt i indskolingens sammenlignet med både mellemtrin og udskolingens. Det gælder blandt andet fællesskaber og sociale relationer, hvor andelen af medarbejdere, der dagligt arbejder organiseret og planlagt med området er 85% i indskolingens, 76% på mellemtrinnet og 65% i udskolingens. Tilsvarende tendens ses for mental trivsel (65%, 60% og 51%) samt for motion, bevægelse eller motorik (43%, 27% og 16%).

Skærmbrug og sociale medier adskiller sig dog fra dette mønster. Her stiger både andelen, der dagligt arbejder med området med klassetrin (12%, 24% og 31%).

På fire områder opleves der særlige elev-udfordringer i udskolingens, som ikke i samme omfang afspejles af udskolingens praksis og medarbejdernes vurderinger af viden og kompetencer

Søvn og træthed, kropsoptagelse, skærmbrug og sociale medier samt drikkevaner er områder, hvor relativt store andele af medarbejderne i udskolingens vurderer, at eleverne i høj eller meget høj grad har udfordringer.

For skærmbrug og sociale medier vurderer 71%, at eleverne i udskolingens har udfordringer, mens de tilsvarende andele er 34% for kropsoptagelse, 53% for søvn og træthed og 39% for drikkevaner.

Samtidig indgår områderne i mindre omfang i udskolingens daglige organiserede og planlagte arbejde, og relativt få medarbejdere i udskolingens vurderer at have viden og kompetencer til arbejdet med områderne. I alt arbejder 31% af medarbejderne i udskolingens dagligt organiseret og planlagt med skærmbrug og sociale medier, mens de tilsvarende andele er 10% for kropsoptagelse, 19% for søvn og træthed og 16% for drikkevaner. Tilsvarende vurderer omkring en tredjedel af både lærerne samt pædagogerne og medhjælperne i udskolingens, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet med henholdsvis skærmbrug og sociale medier (35% og 27%), kropsoptagelse (30% og 39%), søvn og træthed (33% og 37%) samt drikkevaner (37% og 38%).

For søvn og træthed er den formelle forankring igennem skriftlige politikker desuden begrænset. I alt vurderer 22% af lederne, at skolen har en skriftlig politik på området. Blandt disse vurderer alene 28%, at politikken i høj eller meget høj grad er implementeret i skolehverdagen.

Under en fjerdedel oplever, at elever med udfordringer får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb - og vurderingen er særligt lav blandt lærere

Når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer, vurderer 79% af medarbejderne samarbejdet med forældrene positivt. Omkring halvdelen vurderer sam-

arbejdet med PPR positivt (49%), mens cirka en tredjedel vurderer samarbejdet med sundhedsplejersken positivt (34%).

I alt 23% vurderer, at de har tilstrækkelig tid til at følge op på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Under en fjerdedel (23%) vurderer, at elever samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.

Der ses samtidig forskelle mellem personalegrupper. Blandt pædagoger og medhjælpere vurderer 37%, at de har tilstrækkelig tid til opfølgning, sammenlignet med 17% af lærere. Tilsvarende vurderer 56% af pædagoger og medhjælpere, at samarbejdet med PPR fungerer godt, sammenlignet med 45% af lærere. Andelen, der vurderer, at elever får et velkoordineret og sammenhængende forløb, er 32% blandt pædagoger og medhjælpere og 19% blandt lærere.

Pædagoger og medhjælpere vurderer oftere end lærere at have ansvar, viden, kompetencer og rammer til arbejdet med trivsel og sundhed

Pædagoger og medhjælpere vurderer generelt oftere end lærere, at de arbejder med trivsel og sundhed i skolehverdagen. Det gælder for eksempel fællesskaber og sociale relationer, hvor 88% vurderer, at de dagligt arbejder organiseret og planlagt med området, sammenlignet med 70% af lærere. Tilsvarende andele ses for mental trivsel (73% vs. 52%) og motion, bevægelse eller motorik (48% vs. 22%).

Der er også en større andel af pædagoger og medhjælpere, der vurderer at føle sig rustede til arbejdet. I alt 87% af pædagoger og medhjælpere vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet

med fællesskaber og sociale relationer, sammenlignet med 74% af lærere. Tilsvarende ses for mental trivsel (72% vs. 49%) og motion, bevægelse eller motorik (69% vs. 50%). Omvendt vurderer en større andel af lærere, at de har viden og kompetencer inden for alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (35% vs. 48%).

Der ses også forskelle i oplevelsen af medansvar. Her vurderer større andele pædagoger og medhjælpere end lærere, at de har et medansvar for at fremme trivsel og sundhed inden for motion, bevægelse eller motorik (79% vs. 55%), mad og måltider (48% vs. 35%) og drikkevaner (45% vs. 35%).

Generelt vurderer pædagoger og medhjælpere flere af rammerne for arbejdet mere positivt end lærere. Det gælder blandt andet tilstrækkelig tid til arbejdet (37% vs. 15%) og egnede fysiske rammer (45% vs. 35%).

Arbejdet med trivsel og sundhed er primært forankret internt på skolerne – og involverer i mindre grad eksterne aktører

Næsten alle ledere (97%) vurderer, at medarbejdere inddrages, når skolen udvikler eller træffer beslutninger om tiltag inden for trivsel og sundhed. Omkring halvdelen vurderer, at elever (58%), forældre eller værgere (55%) og PPR (49%) inddrages, mens en mindre andel vurderer, at sundhedsplejersker (27%) og eksterne aktører som foreninger, sundhedskonsulenter eller NGO'er (15%) inddrages.

Samtidig vurderer 79% af ledere, at skolen har udpeget en tovholder eller har et team eller udvalg med ansvar for at igangsætte eller drive tiltag inden for trivsel og sundhed. Blandt medarbejdere vurderer 91%, at samarbejdet om trivsel og sundhed fungerer godt med kol-

legaer, mens 66% vurderer, at samarbejdet fungerer godt med ledelsen.

Skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen oplever flere elevudfordringer, men ikke tilsvarende bedre rammer for arbejdet med trivsel og sundhed

På skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen vurderer medarbejdere generelt, at elevers udfordringer er mere udbredte end på skoler med høj. Eksempelvis vurderer 67% på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen, at elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for fællesskaber og sociale relationer, sammenlignet med 40% på skoler med høj. Tilsvarende ses særligt forskelle for mental trivsel (61% vs. 35%), motion, bevægelse eller motorik (39% vs. 17%) samt mad og måltider (36% vs. 16%). Dette mønster genfindes på tværs af alle 11 områder.

På enkelte områder er det daglige arbejde også mere udbredt på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen. Det gælder mental trivsel, hvor 63% på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen dagligt arbejder organiseret og planlagt med området, sammenlignet med 53% på skoler med høj. Tilsvarende gælder motion, bevægelse eller motorik, hvor andelen er 34% og 24%.

Medarbejderes vurderinger af egen viden og kompetencer varierer derimod ikke med elevgruppens socioøkonomi. Blandt ledere ses én forskel i vurderingen af viden og kompetencer, idet 74% på skoler med høj socioøkonomi vurderer at have viden og kompetencer inden for skærmbrug og sociale medier, sammenlignet med 64% på skoler med lav socioøkonomi.

Desuden er skriftlige politikker mindre udbredte på skoler med lav socioøkonomi end skoler med høj inden for fællesskaber og sociale relationer (81% vs. 91%) samt skærmbrug og sociale medier (81% vs. 92%). Der ses tilsvarende forskelle i implementeringen af politikker inden for fællesskaber og sociale relationer (71% vs. 84%), mental trivsel (55% vs. 67%) samt mad og måltider (42% vs. 57%).

Endelig vurderer 50% af ledere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen, at forældre bakker op om arbejdet med trivsel og sundhed, sammenlignet med 72% på skoler med høj. Der ses ikke forskelle knyttet til socioøkonomi i medarbejderes vurderinger af tid, fysiske rammer eller samarbejdet om elever med udfordringer.

Specialskoler skiller sig ud ved både flere oplevede elevudfordringer og en mere udbygget praksis inden for trivsel og sundhed

Medarbejdere på specialskoler vurderer i højere grad, at elever har udfordringer inden for de 11 områder. Det gælder for eksempel inden for fællesskaber og sociale relationer, hvor 96% af medarbejdere på specialskoler vurderer, at elever i høj eller meget høj grad har udfordringer, sammenlignet med 53% på folkeskoler og 34% på fri- og privatskoler. Tilsvarende ses for blandt andet mental trivsel (89% vs. 47% og 29%), motion, bevægelse eller motorik (64% vs. 25% og 14%), søvn og træthed (64% vs. 37% og 25%) samt mad og måltider (56% vs. 25% og 15%).

Samtidig er arbejdet med trivsel og sundhed mere udbygget på specialskoler. For eksempel vurderer 89% af medarbejdere, at de dagligt arbejder organiseret og

planlagt med fællesskaber og sociale relationer, sammenlignet med 74% på folkeskoler og 67% på fri- og privatskoler. For mental trivsel er andelen 81%, 57% og 48%, mens de for motion, bevægelse eller motorik er 47%, 28% og 24%. En større andel af medarbejdere på specialskoler vurderer desuden, at de har viden og kompetencer til arbejdet sammenlignet med både folkeskoler og fri- og privatskoler. Det gælder blandt andet for mental trivsel (75% vs. 54% og 54%), motion, bevægelse eller motorik (69% vs. 54% og 51%) samt mad og måltider (54% vs. 42% og 41%).

Også rammerne for arbejdet angives generelt mere positivt på specialskoler. For eksempel vurderer 44% af medarbejdere på specialskoler, at der er tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed, sammenlignet med 17% på folkeskoler og 30% på fri- og privatskoler. Tilsvarende vurderer 53%, at der er tilstrækkelig tid til opfølgning på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer, mod 18% på folkeskoler og 28% på fri- og privatskoler. Samtidig vurderer 41%, at elever med udfordringer samlet set får et velkoordineret og sammenhængende forløb, sammenlignet med 19% på folkeskoler og 33% på fri- og privatskoler. Samarbejdet med PPR angives ligeledes mere positivt på specialskoler (56%) end på folkeskoler (48%) og fri- og privatskoler (46%).

På fri- og privatskoler vurderer ledere og medarbejdere generelt færre elevudfordringer og bedre rammer for arbejdet med trivsel og sundhed

Medarbejdere på fri- og privatskoler vurderer generelt, at eleverne har færre udfordringer end på de øvrige

skoletyper. Det gælder for eksempel fællesskaber og sociale relationer, hvor 34% vurderer, at eleverne i høj eller meget høj grad har udfordringer, sammenlignet med 53% på folkeskoler og 96% på specialskoler. Tilsvarende ses for blandt andet skærmbrug og sociale medier (46% vs. 56% og 69%), motion, bevægelse eller motorik (14% vs. 25% og 64%), søvn og træthed (25% vs. 37% og 64%) samt mad og måltider (15% vs. 25% og 56%).

Samtidig angives flere rammer for arbejdet med trivsel og sundhed mere positivt på fri- og privatskoler. Blandt medarbejdere vurderer 79%, at ledelsen prioriterer arbejdet med trivsel og sundhed, sammenlignet med 64% på folkeskoler og 68% på specialskoler. Tilsvarende vurderer 61%, at ledelsen sætter klare mål og retning for arbejdet, mod 43% på folkeskoler og 47% på specialskoler. Derudover vurderer 30%, at der er tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed, sammenlignet med 17% på folkeskoler.

Blandt ledere vurderer en større andel på fri- og privatskoler, at forældrene bakker op om arbejdet med trivsel og sundhed (75%), sammenlignet med folkeskoler (57%) og specialskoler (67%). Samtidig vurderer 59%, at skolen har økonomisk råderum til arbejdet, mod 24% på folkeskoler. Omvendt vurderer en mindre andel af ledere på fri- og privatskoler, at forvaltningen sætter klare mål og retning for arbejdet (11%), sammenlignet med 39% på folkeskoler og 45% på specialskoler.

Ledere og medarbejdere på folkeskoler vurderer på flere områder de vanskeligste rammer for arbejdet

Folkeskoler placerer sig mellem specialskoler og fri- og

privatskoler, når medarbejdere vurderer elevernes udfordringer.

Samtidig fremstår folkeskoler som den skoletype, hvor den mindste andel vurderer rammer for arbejdet positivt. Det gælder blandt andet tid, hvor 17% af medarbejdere på folkeskoler vurderer, at de i høj eller meget høj grad har tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed, sammenlignet med 30% på fri- og privatskoler og 44% på specialskoler. Samtidig vurderer 43%, at ledelsen sætter klare mål og retning, mod 61% på fri- og privatskoler.

I arbejdet med elever med trivsels- og sundhedsudfordringer vurderer 18% på folkeskoler, at der er tilstrækkelig tid til at følge op på eleven, mod 28% på fri- og privatskoler og 53% på specialskoler. Tilsvarende vurderer 19%, at eleverne får et velkoordineret og sammenhængende forløb, mod 33% på fri- og privatskoler og 41% på specialskoler.

Folkeskoler ligger også lavere end både fri- og privatskoler og specialskoler, når ledere vurderer implementeringen af skriftlige politikker. For eksempel vurderer 53%, at de i høj eller meget høj grad har implementeret politikken for mental trivsel, mod 76% på fri- og privatskoler og 71% på specialskoler. Samme gælder for kropsofattelse (38%, 60% og 54%), motion, bevægelse eller motorik (55%, 76% og 76%), søvn og træthed (23%, 40% og 33%), mad og måltider (44%, 59% og 55%) samt drikkevaner (65%, 75% og 76%).

Perspektivering

Rapporten peger samlet på, at grundskolerne har et stærkt udgangspunkt for arbejdet med elevers trivsel og sundhed. Samtidigt viser resultaterne, at skolernes praksis og kapacitet varierer mellem trivsels- og sundhedsområder, klassetrin, faggrupper og skoler med forskellige rammevilkår. Rapportens udvalgte hovedfund er opsummeret i Boks 2. Rapportens resultater illustrerer således, at arbejdet med trivsel og sundhed er en kompleks opgave, hvor skolernes muligheder for at arbejde systematisk påvirkes af både organisatoriske rammer og lokale forudsætninger. Dette er i overensstemmelse med forskning, der fremhæver betydningen af organisatorisk kapacitet og en helskoletilgang til arbejdet med trivsel og sundhed (Darlington et al., 2021; Samdal & Rowling, 2015a; WHO, 2021).

På tværs af rapportens resultater tegner der sig samtidig et billede af, at udviklingen af skolernes arbejde med trivsel og sundhed både handler om at videreudvikle arbejdet inden for konkrete områder, hvor elevernes udfordringer vurderes som størst, og om at styrke de organisatoriske rammer, samarbejder og kompetencer, som understøtter skolernes eksisterende arbejde.

Rapportens resultater giver anledning til at pege på en række udviklingspotentialer (Boks 3), som kan indgå i de videre faglige og organisatoriske drøftelser af skolernes arbejde med trivsel og sundhed. Potentialerne udspringer af rapportens resultater, men skal ses i lyset af, at grundskolerne arbejder under forskellige lokale forudsætninger og med mange samtidige opgaver. De repræsenterer derfor ikke en prioriteret liste over indsatser, men peger på områder, hvor rapportens resultater indikerer, at der kan være særlige muligheder for videre udvikling.

BOKS 2 Udvalgte hovedfund i rapporten



Skolerne arbejder allerede bredt med trivsel og sundhed – men nogle områder står stærkere end andre

Fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel fylder mest i skolernes daglige praksis og står også stærkt i forhold til medarbejdernes oplevede viden, kompetencer og medansvar. Motion og bevægelse står ligeledes relativt stærkt, særligt på de yngre klassetrin. Omvendt indgår vægt, kropsopfattelse samt køn og seksualitet i mindre omfang i skolernes daglige arbejde.

På flere områder opleves elevudfordringerne større på de ældre klassetrin, mens skolernes praksis er mere udbredt på de yngre

På tværs af flere områder vurderer medarbejderne, at elevernes udfordringer er størst i udskoling, mens den daglige organiserede og planlagte indsats samt oplevelsen af medansvar på flere områder er mest udbredt i indskoling.

På fire områder modsvarer omfang af skolernes praksis og kapacitet ikke de oplevede elevudfordringer

Søvn og træthed, kropsopfattelse, skærmb brug og sociale medier samt drikkevaner er områder, hvor relativt store andele af medarbejdere vurderer, at eleverne har udfordringer, mens den daglige praksis og medarbejdernes vurderinger af viden og kompetencer er mindre udbredte.

Positive samarbejdsrelationer følges ikke altid af sammenhængende forløb for elever med trivsels- og sundhedsudfordringer

Medarbejderne vurderer generelt samarbejdet med forældre og centrale samarbejdspartnere positivt. Samtidig oplever under halvdelen, at elever med trivsels- og sundhedsudfordringer samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.

Skolerne har forskellige vilkår for arbejdet med trivsel og sundhed

Medarbejdere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen oplever generelt flere trivsels- og sundhedsudfordringer uden tilsvarende stærkere organisatoriske rammer. Tilsvarende vurderes flere rammer for arbejdet med trivsel og sundhed mindre positivt på folkeskoler end på fri- og privatskoler og specialskoler.

Et centralt perspektiv er, at udviklingspotentialerne ikke bør læses som et argument for, at skolen skal løse flere særskilte opgaver. Skolerne arbejder allerede i en hverdag præget af mange samtidige krav. Udviklingsperspektivet er i stedet, hvordan arbejdet med trivsel og sundhed kan tænkes meningsfuldt sammen med skolens eksisterende undervisning, pædagogik, organisering og samarbejder. I dette perspektiv bliver spørgsmålet ikke alene, hvilke nye indsatser der skal iværksættes, men også hvordan eksisterende praksisser, relationer, fællesskaber og samarbejder kan understøtte både læring, trivsel og sundhed. Dette er i tråd med en "add-in" helskoletilgang, hvor trivsel, sundhed og læring betragtes som gensidigt understøttende (Bentsen et al., 2020; Darlington et al., 2021; Samdal & Rowling, 2015a; Sawyer et al., 2021).

Samtidig formes trivsel og sundhed af forhold både i og uden for skolen, herunder fritidsliv, samfundsmæssige normer og elevernes individuelle livssituationer. Skolens rolle kan derfor ses som en del af et bredere fælles ansvar på tværs af aktører og arenaer. Undersøgelsen viser desuden, at blandt andet søvn og træthed samt kropsopfattelse kun i begrænset omfang indgår i skolernes praksis, selv om medarbejderne vurderer, at eleverne – særligt i udskoling – har udfordringer på områderne. Dette er i overensstemmelse med ny dansk ungdomsforskning, der peger på, at børn og unges forhold til egen krop har betydning for deres deltagelse i skolens sociale fællesskaber (Børns Vilkår, 2026; Justenborg, 2023; Justenborg et al., 2021). Tilsvarende peger international forskning på søvns betydning for blandt andet koncentration og læring (Barlaan et al., 2022; Bruce et al., 2017; Uleman et al., 2026).

BOKS 3 Udviklingspotentialer for arbejdet med trivsel og sundhed i grundskolen



Udskoling kaldes på særlig opmærksomhed

Rapporten viser, at medarbejderne generelt oplever flere trivsels- og sundhedsudfordringer blandt de ældre elever, mens arbejdet på flere områder er mest udbredt blandt de yngre elever. Resultaterne peger dermed på et potentiale i fortsat at udvikle arbejdet med trivsel og sundhed på de ældre klassetrin på en måde, der matcher de udfordringer og behov, som præger elevernes ungdomsliv.

Arbejdet med fire områder kan videreudvikles; (1) søvn og træthed, (2) kropsopfattelse, (3) skærmb brug og sociale medier samt (4) drikkevaner

Dette er et udviklingspotentiale, fordi rapporten viser, at skolernes praksis, viden og kompetencer ikke i samme omfang afspejler de udfordringer, medarbejderne oplever blandt eleverne. Dette gælder særligt for udskoling.

Sammenhængende forløb for elever med trivsels- og sundhedsudfordringer kan styrkes.

Dette er i tråd med den aktuelle udvikling mod mere sammenhængende indsatser for børn og unge, herunder på området for bekymrende skolefravær, og stemmer desuden overens med Trivselskommissionens (2025) anbefalinger om styrket koordinering på tværs af aktører.

Flere perspektiver kan bringes i spil i arbejdet med trivsel og sundhed.

Rapportens resultater peger på et potentiale i en mere systematisk inddragelse af elever, PPR, sundhedsplejen og øvrige eksterne samarbejdspartnere (fx lokalsamfund og NGO'er), når det er relevant, i arbejdet med at beslutte eller udvikle trivsels- og sundhedstiltag på skolerne.

Kapacitetsopbygning kan i højere grad målrettes skoler med de største behov, særligt folkeskoler og skoler med en lav socioøkonomisk elevsammensætning

Dette er et udviklingspotentiale, da rapportens resultater peger på større trivsels- og sundhedsudfordringer på disse skoler, uden tilsvarende bedre organisatoriske rammer.

I et add-in-perspektiv peger dette på, at også områder, som i dag i mindre grad indgår i skolernes praksis, kan være relevante at tænke ind i skolens arbejde med trivsel og sundhed. Netop fordi de (også) har betydning for skolens kerneopgave. Dette ændrer imidlertid ikke ved, at disse komplekse udfordringer bedst kan adresseres på tværs af aktører og arenaer.

Datagrundlag

Rapporten bygger på en national spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere i danske grundskoler.

I alt indgår 7.056 respondenter i undersøgelsen, heraf er 6.020 medarbejdere og 1.036 ledere. Medarbejdergruppen omfatter lærere, pædagoger, pædagogiske assistenter, pædagogmedhjælpere og øvrige medarbejdere. Ledergruppen omfatter både øverste ledelse og mellemledere. Undersøgelsen omfatter folkeskoler, fri- og privatskoler samt specialskoler.

Spørgeskemaet er udviklet i samarbejde med forskere og eksperter på området, og er testet på målgruppen. Spørgeskemaet er sendt ud via E-boks og data er indsamlet i foråret og sommeren 2025 i samarbejde med Survey, Danmarks Statistik.

Resultaterne er deskriptive og viser andele af respondenter, der har afgivet bestemte svar. Der er ikke foretaget signifikanstest. I rapporten beskrives forskelle på 10 procentpoint eller derover som forskelle, mens forskelle på mere end 20 procentpoint beskrives som markante eller betydelige forskelle.



Introduktion, formål og målgruppe

Introduktion

Skolen udgør en central arena i børn og unges hverdagsliv. Hvert år tilbringer omkring 700.000 elever en betydelig del af deres dag i den danske grundskole, hvor de lærer, spiser måltider sammen, bevæger sig, samarbejder og indgår i sociale fællesskaber med både jævnaldrende og voksne. De rammer, der kendetegner skolehverdagen – fra klasselokaler og skolegårde til rutiner, sociale normer og organiseringen af hverdagen – er med til at forme børn og unges trivsel og sundhed. Forskning viser samtidig, at de sundhedsvaner, der grundlægges i barndommen, kan vare ved langt ind i voksenlivet (Craigie et al., 2011; García-Hermoso et al., 2025; Simmonds et al., 2016). På den baggrund fremhæves skolen også internationalt som en central arena for at fremme trivsel og sundhed blandt børn og unge (Pulimeno et al., 2020; Sawyer et al., 2021; Turunen et al., 2017).

Skolens muligheder for at arbejde systematisk med trivsel og sundhed hænger tæt sammen med de lovgivningsmæssige betingelser for folkeskolen. Med den politiske aftale ”Folkeskolens kvalitetsprogram – frihed og fordybelse” fra 2024 blev den understøttende undervisning afskaffet, og det nationale krav om 45 minutters daglig motion og bevægelse ophævet (Regeringen, 2024). Aftalen indebærer samtidig en generel øget lokal frihed til at tilrettelægge skoledagen, hvilket kan få betydning for, hvordan arbejdet med trivsel og sundhed organiseres og prioriteres på tværs af skoler og kommuner. Som led i kvalitetsprogrammet udvikles der desuden nye og enklere fagplaner for folkeskolens fag, der træder i kraft fra skoleåret 2027/2028. Fagfornyelsen lægger blandt andet vægt på praktisk orienteret undervisning, elevinddragelse samt faglige og

sociale fællesskaber og kan dermed få betydning for, hvordan trivsel og sundhed indgår i skolens fag og undervisning (Undervisningsministeriet, 2026a).

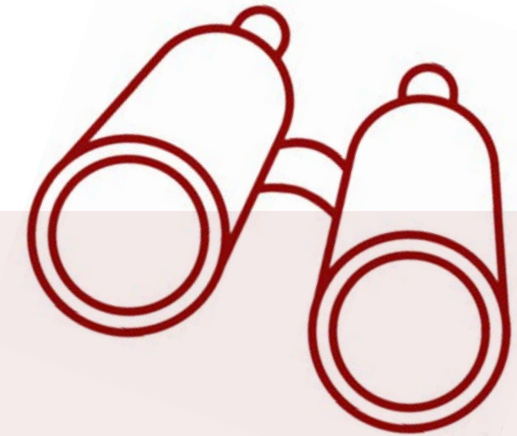
Samtidig findes der fortsat en række obligatoriske elementer i folkeskolen, som direkte eller indirekte relaterer sig til sundhed. Det gælder blandt andet det (timeløse) tværgående emne Sundheds- og Seksualundervisning og Familiekundskab (SSF) samt idræts- og madkundskabsfagene, som er obligatoriske dele af folkeskolens undervisning. Arbejdet med disse områder understøttes også gennem uddannelsen af lærere, pædagoger og pædagogiske assistenter, hvor sundhedsfremme og bevægelse indgår som mulige kompetenceområder (Børne- og Undervisningsministeriet, 2024a; Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2017, 2023). Der findes enkelte nationale kortlægninger af arbejdet med SSF, som blandt andet peger på variationer i implementeringen på tværs af skoler samt udfordringer med, at lærere ikke altid føler sig tilstrækkeligt rustet til at undervise i emnet (Duus, 2021; Følner et al., 2019). Idrætsundervisningen og arbejdet med bevægelse i skoledagen har tilsvarende været genstand for flere undersøgelser, som peger på, at idrætsfaget generelt er en veletableret del af skolens undervisning, mens arbejdet med bevægelse varierer mere mellem skoler og undervisningssituationer (Danmarks Evalueringsinstitut, 2017c; Oxford research, 2020; Syddansk Universitet, 2019). En evaluering af madkundskabsfaget peger på et fag med ambitiøse mål og udviklingspotentiale, men også på udfordringer knyttet til det afsatte timetal (Danmarks Evalueringsinstitut, 2018).

Spørgsmålet om skolemad har også fået øget politisk opmærksomhed i de senere år, og der er igangsat nati-

onale forsøgsordninger i en række kommuner og skoler med henblik på at undersøge betydningen af skolemad for blandt andet læring, trivsel og sundhed (Børne- og Undervisningsministeriet, 2023, 2025a).

Trivsel kan i dag betragtes som en institutionaliseret del af grundskolens opgave. Selvom begrebet ikke fremgår eksplicit af folkeskolens formålsparagraf, er det bredt anerkendt, at elevers trivsel hænger tæt sammen med grundskolens kerneopgave (Simovska & Primdahl, 2024). Trivsel fik en mere central position i skolens styring med folkeskolereformen i 2014, hvor det blev formuleret som et af de nationale mål for folkeskolen og samtidig fremhævet som en væsentlig forudsætning for læring (Regeringen et al., 2013). Som led heri gennemfører alle folkeskoler årligt en national trivselsmåling, der indsamler elevernes perspektiver på blandt andet undervisningsmiljø, relationer, ro og orden samt tilhørsforhold til skolen. Målingen anvendes som et redskab i skolernes løbende arbejde med at følge og udvikle elevernes trivsel (Børne- og Undervisningsministeriet, 2026). Inklusionsdagsordenen er tæt forbundet til arbejdet med trivsel, idet den retter sig mod elevers deltagelse i skolens faglige og sociale fællesskaber. I praksis arbejder mange kommuner og skoler i disse år med at udvikle mere fleksible løsninger i forhold til almen- og specialundervisning for at give bedre muligheder for at tilpasse undervisningen til elever med forskellige behov (EVA, 2022; VIVE, 2022; VIVE og forfatterne, 2023).

I Danmark er der også i disse år bred politisk og offentlig opmærksomhed på børn og unges trivsel. Trivselskommissionen (2025) fremhævede skolen som en vigtig arena i arbejdet med at styrke børn og unges trivsel, blandt



Rapporten undersøger blandt andet

- hvordan medarbejdere og ledere vurderer ansvar, viden og kompetencer samt organisatoriske rammer for arbejdet med trivsel og sundhed
- hvordan arbejdet varierer mellem skoletyper, klassetrin, personalegrupper og skoler med forskellig socioøkonomisk elevsammensætning.

andet gennem etableringen af en tidssvarende pædagogisk praksis, en tydeligere regulering af smartphones og skærmb brug og tidligere og mere forebyggende indsatser for børn og unge, der oplever mistrivsel, herunder gennem et tættere samarbejde mellem fagligheder omkring børn og unge (Trivselskommissionen, 2025).

Der findes således adskillige undersøgelser og initiativer, der fokuserer på forskellige dele af arbejdet med trivsel og sundhed i skolen. Der mangler imidlertid fortsat et samlet overblik over, hvordan arbejdet samlet set prioriteres, organiseres og opleves i danske grundskoler, samt hvordan det varierer på tværs af faggrupper, skoletyper og klassetrin.

Formål

Denne rapport præsenterer resultaterne fra en national spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere fra danske folkeskoler, fri- og privatskoler samt specialskoler. Hvor tidligere undersøgelser typisk har belyst enkelte temaer eller indsatser, giver denne kortlægning et samlet nationalt billede af skolernes arbejde med trivsel og sundhed og de rammer, ressourcer og kompetencer, arbejdet foregår under.

Formålet med rapporten er at kortlægge danske grundskolers arbejde med elevers trivsel og sundhed og at belyse skolernes kapacitet på området.

Arbejdet med trivsel og sundhed er ofte tæt forbundet med skolens øvrige opgaver, dagsordner og praksisser og fremstår derfor ikke nødvendigvis som en særskilt indsats. Rapporten søger på den baggrund at synliggøre, om og hvordan arbejdet med trivsel og sundhed er integreret i skolernes eksisterende praksis.

Rapporten er en kortlægning og ikke en håndbog eller en anvisning på, hvordan skolerne bør tilrettelægge arbejdet. Det er heller ikke hensigten at pege på nye, særskilte opgaver, der skal lægges oven i skolernes eksisterende arbejde. Resultaterne skal derimod bidrage med viden om, hvordan arbejdet allerede kommer til udtryk, og om de betingelser, det foregår under.

Resultaterne synliggør både fælles mønstre, styrker og variationer i skolernes arbejde med trivsel og sundhed. De kan dermed danne grundlag for drøftelser af prioriteringer, ansvarsfordeling og understøttelse af arbejdet på lokalt, kommunalt og nationalt niveau. Resultaterne kan desuden bidrage til overvejelser om, hvordan nye eller eksisterende initiativer kan tilpasses den kontekst og praksis, de skal indgå i.

Målgruppe for rapporten

Rapportens primære målgruppe er kommunale forvaltninger på skole- og sundhedsområdet samt nationale myndigheder, organisationer og andre aktører med ansvar for eller interesse i børn og unges trivsel og sundhed. For disse aktører kan rapporten anvendes som afsæt til at afdække eksisterende indsatser og praksisser og til at overveje, hvordan politiske, strategiske eller organisatoriske initiativer kan understøtte skolernes arbejde.

Rapporten er ligeledes relevant for forsknings- og praksisaktører, der udvikler eller understøtter skolebaserede indsatser inden for trivsel og sundhed.

For skoleledere kan rapporten danne grundlag for refleksion over, hvilke områder skolen arbejder med, og i hvilken grad arbejdet er systematisk, organiseret og forankret i skolens øvrige praksis. Rapporten kan også være relevant for øvrige medarbejdere i grundskolen med interesse for skolens arbejde med trivsel og sundhed.

Endeligt kan rapporten være relevant i arbejdet med Fagfornyelsen (2027/2028) og implementering af den til undervisning og lokal praksis.



Om undersøgelsen

Undersøgelsen er gennemført som en national spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere på danske grundskoler, herunder folkeskoler, fri-, privat- og lilleskoler samt specialskoler. Dataindsamlingen fandt sted i foråret og sommeren 2025.

Der blev udviklet to separate spørgerammer målrettet hhv. medarbejdere (lærere, pædagoger, pædagogmedhjælpere mfl.) og ledere. Opdelingen blev foretaget for at sikre relevans for de enkelte respondentgrupper. Nogle områder belyses derfor udelukkende fra et medarbejderperspektiv, andre fra et ledelsesperspektiv, mens enkelte områder belyses fra begge perspektiver.

Centrale begreber

Undersøgelsen belyser danske grundskolers praksis og kapacitet i arbejdet med at understøtte børn og unges trivsel og sundhed. Praksis og kapacitet er operationaliseret i otte temaer (se Figur 1), der også svarer til rapportens otte resultatkapitler. Hvert resultatkapitel indledes desuden med en kort beskrivelse af temaet, herunder hvorfor det er centralt for skolens kapacitet på området. Se Metode (s. 81) for nærmere beskrivelse af operationaliseringen.

Begreberne "trivsel og sundhed" er operationaliseret i 11 områder (se Boks 4). I nogle tilfælde bliver der i undersøgelsen spurgt separat til alle 11 områder, mens respondenterne i andre tilfælde er blevet bedt om at vurdere praksis og kapacitet samlet på tværs af områderne. Denne tilgang er valgt som en metodisk afvejning mellem ønsket om detaljeret viden om de enkelte områder og hensynet til spørgeskemaets længde. Når der spørges på tværs af områderne, giver det et mere overordnet billede af arbejdet med trivsel og sundhed, men samtidig mindre detaljeret viden om eventuelle forskelle mellem de enkelte områder.



Figur 1: Hvad er praksis og kapacitet i denne undersøgelse?

BOKS 4 Hvad er trivsel og sundhed i undersøgelsen?



1. Fællesskaber og sociale relationer



2. Mental trivsel



3. Skærmbrug og sociale medier



4. Køn og seksualitet



5. Kropsopfattelse



6. Motion, bevægelse og motorik



7. Vægt



8. Søvn og træthed



9. Mad og måltider



10. Drikkevaner



11. Alkohol, tobak, nikotin eller rusmidler

Trivsel og sundhed er centrale begreber i denne undersøgelse, men der findes ikke én fælles måde at forstå dem på.

I forskning og folkesundhedsarbejde anvendes ofte Verdenssundhedsorganisationens brede sundhedsbegreb, hvor trivsel betragtes som en del af sundhed (WHO, 1948). I en dansk skolekontekst anvendes begreberne imidlertid ofte anderledes. Her betragtes trivsel typisk som en del af skolens kerneopgave og som en forudsætning for elevers læring, deltagelse og udvikling (Simovska & Primdahl, 2024), mens sundhed ikke nødvendigvis har samme position i skolens opgaveforståelse.

Samtidig viser forskning, at der heller ikke blandt fagprofessionelle findes én fælles for-

ståelse af, hvad trivsel dækker over. Et nyere review identificerer flere forskellige trivselsforståelser, som ofte eksisterer side om side i praksis uden nødvendigvis at være gjort eksplicitte (Molbæk et al., 2023; Villumsen et al., 2024). Det betyder, at der ikke findes én afgrænsning af trivselsbegrebet, som alle arbejder ud fra.

Denne undersøgelse tager derfor ikke stilling til, hvilken forståelse af trivsel og sundhed der er den rigtige. Formålet er ikke at definere begreberne, men at undersøge, hvordan skoler arbejder med dem i praksis. Derfor anvendes en pragmatisk inddeling i 11 områder, som tilsammen dækker centrale dele af skolernes arbejde med trivsel og sundhed:

- Nogle af de 11 områder vil af mange blive opfattet som primært trivselsrelaterede, mens andre vil blive opfattet som mere sundhedsrelaterede. Undersøgelsen tager ikke stilling til, hvor grænsen mellem de to går.
- Inddelingen omfatter centrale områder af skolernes arbejde med trivsel og sundhed, men indfanger ikke nødvendigvis alle de måder, trivsel forstås på i skolepraksis. Eksempelvis indgår faglig trivsel ikke i undersøgelsen.
- I nogle spørgsmål vurderer respondenterne hvert af de 11 områder særskilt, mens de i andre spørgsmål vurderer arbejdet med trivsel og sundhed på tværs af områderne. Når respondenterne vurderer arbejdet med trivsel og sundhed samlet set, vil nogle nuancer naturligt gå tabt.
- Området Alkohol, tobak, nikotin og andre rusmidler indgår kun for respondenter, der arbejder med elever i udskoling.

Dataindsamling og repræsentativitet

Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Survey, Danmarks Statistik, som har identificeret populationen og varetaget udsendelsen af spørgeskemaet. Spørgeskemaerne blev udsendt direkte til respondenterne via deres personlige e-Boks (dvs. ikke gennem skolerne).

Spørgeskemaet er sendt til 26.942 personer, heraf samtlige ledere (N=2.875) samt til en stikprøve blandt medarbejdere bestående af ca. 25% af lærere (N=10.022) og ca. halvdelen af de øvrige medarbejdere (N=14.045).

I alt er 7.056 respondenter inkluderet i undersøgelsen (se Tabel 1), hvilket svarer til en samlet svarprocent på 26%. I alt blev 575 respondenter ekskluderet fra undersøgelsen; 167 respondenter blev ekskluderet på grund af manglende oplysninger om stillingsbetegnelse og/eller skoletype, mens 408 respondenter blev ekskluderet, da de kun havde besvaret ganske få spørgsmål og ikke de spørgsmål, der indgår i analyserne.

Der er gennemført bortfaldsanalyser for at vurdere, om de respondenter, der har besvaret spørgeskemaet, adskiller sig systematisk fra dem, der ikke har. Bortfaldsanalysen viser kun små forskelle på centrale parametre, herunder skolestørrelse, skolens socioøkonomi i elevgruppen og geografiske forhold. Dog ses en skævhed i forhold til alder, hvor ældre respondenter er overrepræsenterede i undersøgelsen. En mere detaljeret gennemgang af bortfaldsanalyserne fremgår af Metode (Kapitel 7).

Samlet set bygger undersøgelsen på et stort nationalt datagrundlag. På trods af enkelte forskelle mellem deltagere i undersøgelsen og personer, der ikke har besvaret spørgeskemaet, vurderes data i vid udstrækning at være repræsentative for medarbejdere og ledere i grundskolen.



	Antal	Procent (%)
I alt	26.942	100
Inkluderede respondenter i undersøgelsen	7.056	26
Fulde besvarelser	5.710	
Delvise besvarelser	1.346	
Ekskluderede respondenter	575	2

Tabel 1: Antal inkluderede respondenter og ekskluderede

Præsentation af resultater

Resultaterne består af opgørelser af antal og procentandele for indikatorer for kapacitet og praksis. De fleste indikatorer er målt ved hjælp af Likert-skalaer (1–5), hvor respondenterne har taget stilling til, i hvilken grad et givent forhold gør sig gældende samt muligheden for at svare ”ved ikke”. I analyserne opgøres den samlede andel af respondenter, der har svaret ”i høj grad” eller ”i meget høj grad”.

Resultaterne præsenteres i søjlediagrammer og farvekodede tabeller (Heatmaps), der giver overblik over niveauer og variationer på tværs af temaer og undergrupper. I de farvekodede tabeller angiver farveintensiteten andelenes størrelse, hvor mørkere farver repræsenterer større andele og lysere farver mindre andele. I opgørelser, hvor antallet af respondenter er færre end 10, er resultater ikke vist og angivet med ”N/A”.

Der er ikke foretaget signifikanstest, og resultaterne skal derfor fortolkes som deskriptive forskelle i andele.

Baseret på data har vi fastlagt, at forskelle på 10 procentpoint eller derover beskrives som forskelle, mens forskelle på mere end 20 procentpoint beskrives som markante eller betydelige forskelle. Disse tærskler er fastlagt for at sikre en ensartet og systematisk beskrivelse af variationer i data.

Resultaterne præsenteres opdelt på fire variable: respondentgruppe, klassetrin, skoletype og elevgruppens socioøkonomi – se Boks 5. Som det fremgår af Tabel 2 (s. 23), var det muligt at opdele data på flere variable. Vi har dog valgt at fokusere på de fire ovenstående, da de både er analytisk relevante og viser tydelige variationer i materialet.

Det bemærkes desuden, at undersøgelsen er baseret på et tværsnitsdesign, som giver et øjebliksbillede af arbejdet med trivsel og sundhed på grundskoler, men som ikke kan sige noget om årsagsmæssige, kausale sammenhænge.

BOKS 5 Præcisering af de fire opdelingsvariable



Respondentgruppe

Respondentgruppe er opdelt i tre kategorier: Ledere, Lærere samt Pædagoger og medhjælpere. Ledere omfatter både øverste ledelse og mellemledere, mens pædagoger og medhjælpere omfatter børnehaveklasselærere, uddannede pædagoger, pædagogiske assistenter og pædagogmedhjælpere. Variablen er baseret på respondenternes egne angivelser i spørgeskemaet. Lærere og Pædagoger og medhjælpere omtales samlet som "medarbejdere". Respondentgruppe indgår i analyser, hvor samme spørgsmål er stillet til flere respondentgrupper (for eksempel medarbejderspørgeskema).



Klassesetrin

Klassesetrin er opdelt i tre kategorier: indskoling (0.–3. klasse), mellemtrin (4.–6. klasse) og udskoling (7.–9. klasse). Variablen er baseret på respondenternes angivelse af, hvilke klassesetrin de arbejder med. Klassesetrin indgår i alle analyser blandt medarbejdere.



Skoletype

Skoletype er opdelt i tre kategorier: Folkeskoler, Fri- og privatskoler samt Specialskoler. Kategorien Fri- og privatskoler inkluderer også lilleskoler. Variablen er baseret på respondenternes egne angivelser i spørgeskemaet. Skoletype indgår i alle analyser.



Elevgruppens socioøkonomi

Elevgruppens socioøkonomi er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og konstrueret på baggrund af andelen af elever med højtuddannede forældre på den enkelte skole. Forældrenes uddannelsesniveau er klassificeret som hhv. lavt (grundskole, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse) eller højt (kort videregående uddannelse eller højere). For hver skole er andelen af elever med højtuddannede forældre beregnet og sammenholdt med gennemsnittet for alle skoler i stikprøven. På den baggrund er skolerne klassificeret i tre kategorier: lav (mere end 5 procentpoint under gennemsnittet), mellem (inden for ± 5 procentpoint) og høj (mere end 5 procentpoint over gennemsnittet).

Deltagere i undersøgelsen

I alt indgår 7.056 respondenter i analyserne (se Tabel 2), hvor hovedparten er medarbejdere (85%). Ud af denne gruppe er flest lærere (67%), efterfulgt af pædagoger og medhjælpere (30%) samt øvrige medarbejdere (4%). Der er en større andel af besvarelser fra medarbejdere i indskoling (33%) end på mellemtrin (16%) og i udskoling (23%).

Ledere udgør 15% af respondenterne, hvoraf 64% er øverste ledelse og resten mellemedere (36%).

Respondenterne fordeler sig nogenlunde ligeligt på skoler klassificeret efter lav (35%), mellem (39%) og høj (25%) socioøkonomi i elevgruppen. Størstedelen af respondenterne arbejder på folkeskoler (75%), mens fri- og privatskoler samt specialskoler også er repræsenteret (hhv. 14% og 11%). Respondenterne er desuden bredt fordelt på kommunetyper (11–27% i hver gruppe), og flest arbejder på skoler med 300 eller flere elever (72%).

Analyserne i rapportens resultatafsnit er baseret på gyldige besvarelser for de enkelte spørgsmål, hvorfor antallet af besvarelser varierer. Dette skyldes dels, at ikke alle respondenter har fået de samme spørgsmål, og dels, at ikke alle har besvaret alle spørgsmål i spørgeskemaet.

Tabel 2 Respondentkarakteristika

* Variablene respondentgruppe, klasstrin og skoletype er baseret på besvarelser på spørgeskemaet, mens variablene elevgruppens socioøkonomi, kommunetype og skolestørrelse er konstrueret ud fra Danmarks Statistiks registre. ** De 211 medarbejdere i kategorien "øvrige medarbejdere" indgår ikke i analyser opgjort på personalegruppe. *** Klasstrin er kun opgjort for medarbejdere (N=6.020). **** 10% arbejder på hele skolen (N=573), mens 18% arbejder på tværs af klasstrin (1.085). Størstedelen af disse kombinationer findes mellem indskoling og mellemtrin (N=620) samt mellem mellemtrin og udskoling (N=342). Derudover arbejder 1% udelukkende i 10. klasse (N=75). Tilsvarende er 1.733 (29%) af medarbejdere, ekskluderet i analyser opdelt på klasstrin, da de arbejder på tværs af klasstrin. ***** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

Kategori *	Antal	Andel (%)
Total	7.056	100
Respondentgruppe		
Ledere i alt	1.036	15
Øverste ledelse (skoleleder/rektor og viceskoleledere)	661	
Mellemedere (afdelings- og pædagogiske ledere mm.)	375	
Medarbejdere i alt	6.020	85
Lærere	4.028	
Pædagoger og medhjælpere (børnehaveklasselærere, pædagoger, pædagogiske assistenter og medhjælpere)	1.781	
Øvrige medarbejdere (vejledere og vikarer) **	211	
Klasstrin ***		
Hele grundskolen eller på tværs af klasstrin (0.-10. klasse) ****	1.733	29
Indskoling (0.-3. klasse)	1.975	33
Mellemtrin (4.-6. klasse)	944	16
Udskoling (7.-9. klasse)	1.368	23
Skoletype		
Folkeskoler	5.285	75
Fri- og privatskole	996	14
Specialskole	775	11
Elevgruppens socioøkonomi *****		
Lav	2.483	35
Mellem	2.774	39
Høj	1.799	25
Kommunetype (land/by)		
Hovedstadskommuner	1.901	27
Storbykommuner	742	11
Provinskommuner	1.660	24
Oplandskommuner	1.256	18
Landkommuner	1.487	21
Skolestørrelse		
<300 elever	1.981	28
≥300 elever	5.075	72



Resultater

Resultaterne præsenteres i en række tematiske kapitler, der samlet belyser skolernes arbejde med og kapacitet til at understøtte elevers trivsel og sundhed. Hvert kapitel indledes med en kort begrundelse for temaet og en beskrivelse af, hvilke indikatorer og respondentgrupper resultaterne bygger på, efterfulgt af et kort resumé af temaets hovedfund. Dernæst følger detaljerede resultater og afsluttes med en kort sammenfatning og fortolkning.

Elevens udfordringer inden for trivsel og sundhed

Medarbejderes og lederes vurderinger af deres elevers udfordringer inden for trivsel og sundhed har betydning for, hvilke problemstillinger der får opmærksomhed i skolen.

Forskning peger på, at oplevet behov er en drivkraft for prioritering og igangsættelse af indsatser. Vurderes et problem som nærværende, øges sandsynligheden for handling, mens et lavt oplevet behov kan mindske

engagementet (Greenhalgh et al., 2004; Naoom et al., 2005; O'Loughlin et al., 2022). Oplevelsen af elevers udfordringer er dermed en forudsætning for at forstå skolers praksis og kapacitet i arbejdet med trivsel og sundhed.

I undersøgelsen har skolernes medarbejdere vurderet, i hvilken grad deres elever har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Hovedfund – Tema 1

Oplevede elevudfordringer – generelt billede

- De største andele medarbejdere vurderer, at eleverne har udfordringer relateret til skærmb brug og sociale medier, fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel. De mindste andele er relateret til vægt samt køn og seksualitet.

Oplevede udfordringer – forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- På fire områder vurderer en større andel pædagoger og medhjælpere end lærere, at deres elever har udfordringer. Det gælder fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt mad og måltider. Omvendt vurderer en større andel lærere end pædagoger og medhjælpere, at skærmb brug og sociale medier er en udfordring blandt deres elever.
- Omfanget af oplevede udfordringer stiger generelt

med klassetrin. For søvn og træthed ses en gradvis stigning fra indskolingen til mellemtrinnet og videre til udskolingen. For mental trivsel, skærmb brug og sociale medier og kropsoptagelse ses primært en stigning fra indskolingen til mellemtrinnet, hvorefter niveauet er relativt stabilt i udskolingen. For drikkevaner ses en markant stigning fra mellemtrinnet til udskolingen.

Oplevede udfordringer – forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- Medarbejdere på specialskoler vurderer generelt flere udfordringer end medarbejdere på de øvrige skoletyper. Der ses markante forskelle inden for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik, hvor andelen er større for specialskoler sammenlignet med både fri- og privatskoler samt folkeskoler.

- En undtagelse er for alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler, hvor andelen er større for folkeskoler sammenlignet med de øvrige skoletyper.
- Medarbejdere på folkeskoler vurderer flere udfordringer end fri- og privatskoler på syv områder. Det gælder for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel, skærmb brug og sociale medier, motion, bevægelse eller motorik, søvn og træthed, mad og måltider samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler.
- Medarbejdere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen vurderer generelt flere udfordringer. Dette mønster ses på tværs af alle områder, men forskellene er størst for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt mad og måltider.

Resultater – Tema 1

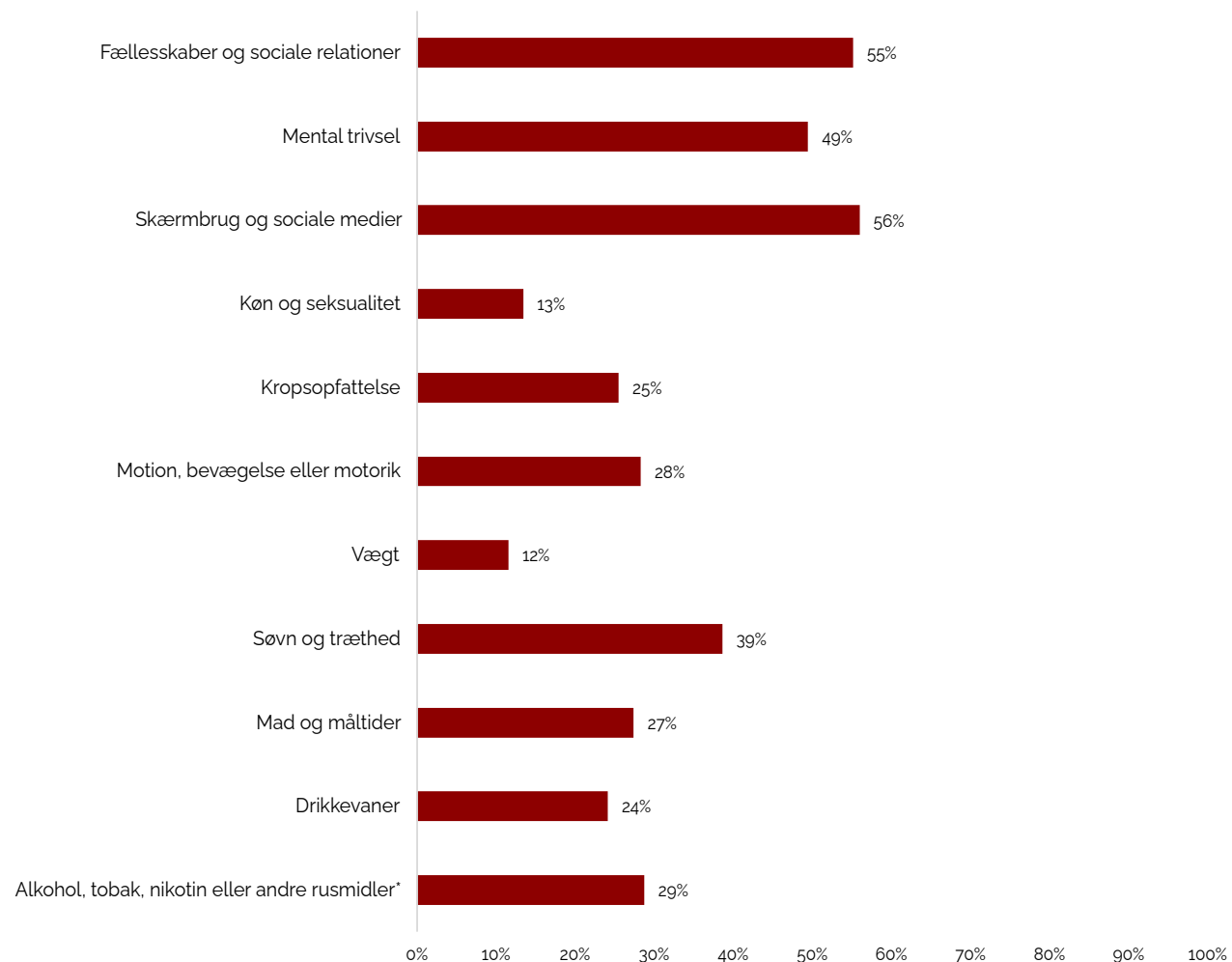
Figur 1.1 viser andelen af medarbejdere, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder. Andelen, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer, er størst for *skærmbrug og sociale medier* (56%), *fællesskaber og sociale relationer* (55%) samt *mental trivsel* (49%). Omvendt er andelen lavest inden for *vægt* (12%) og *køn og seksualitet* (13%).

Figur 1.1: Samlet andel af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at deres elever har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin, N=1.371.

I hvilken grad oplever du, at de elever, du arbejder med, har udfordringer relateret til følgende områder?

Total (N=5.702)

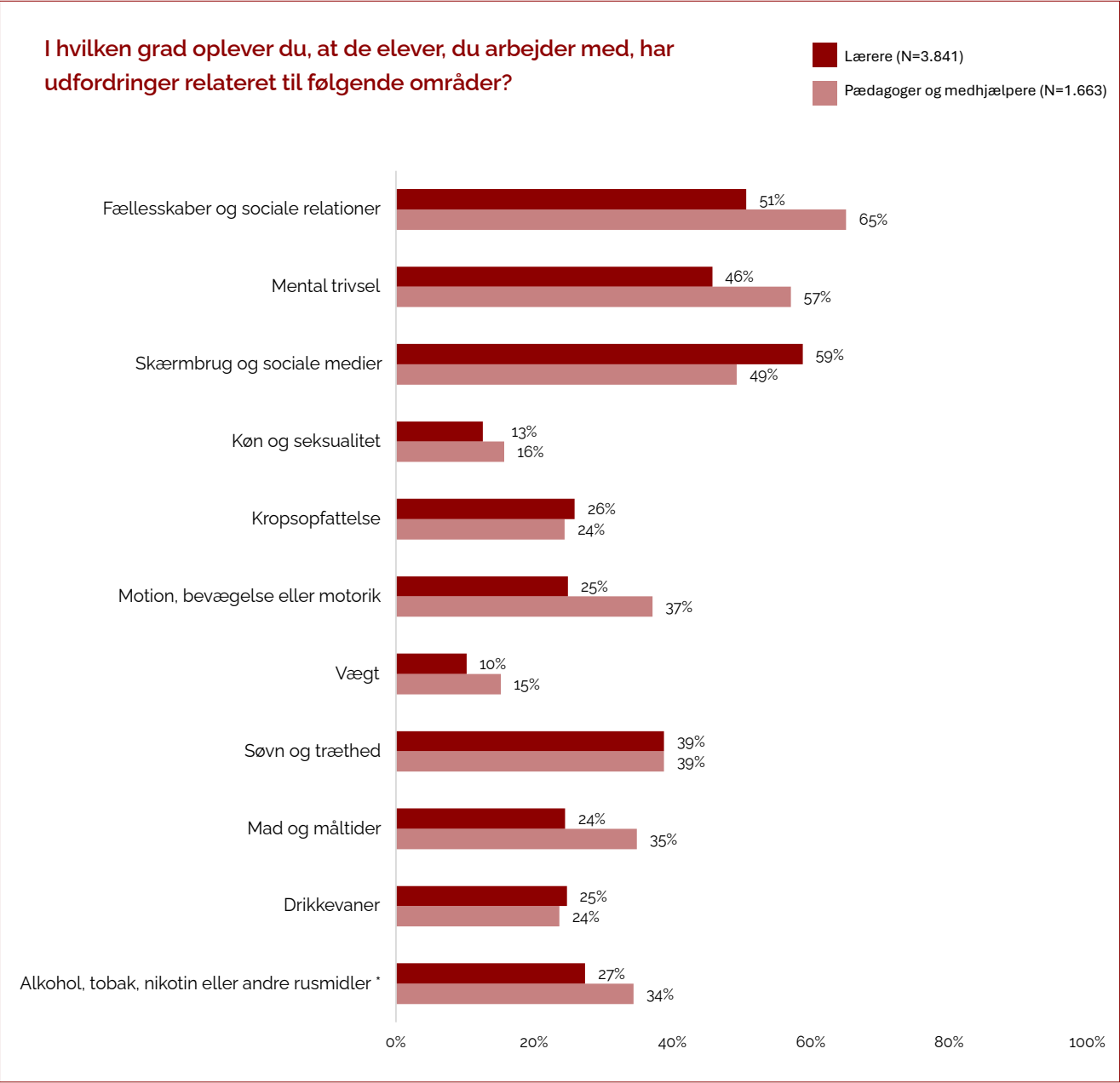


Figur 1.2 viser andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

En større andel pædagoger og medhjælpere end lærere vurderer, at deres elever har udfordringer relateret til *fællesskaber og sociale relationer* (65% vs. 51%), *mental trivsel* (57% vs. 46%), *motion, bevægelse eller motorik* (37% vs. 25%) samt *mad og måltider* (35% vs. 24%). Omvendt vurderer en større andel lærere, at deres elever har udfordringer relateret til *skærmbrug og sociale medier* (59% vs. 49%).

Figur 1.2: Andelen af lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.125 for lærere og N=163 for pædagoger og medhjælpere.

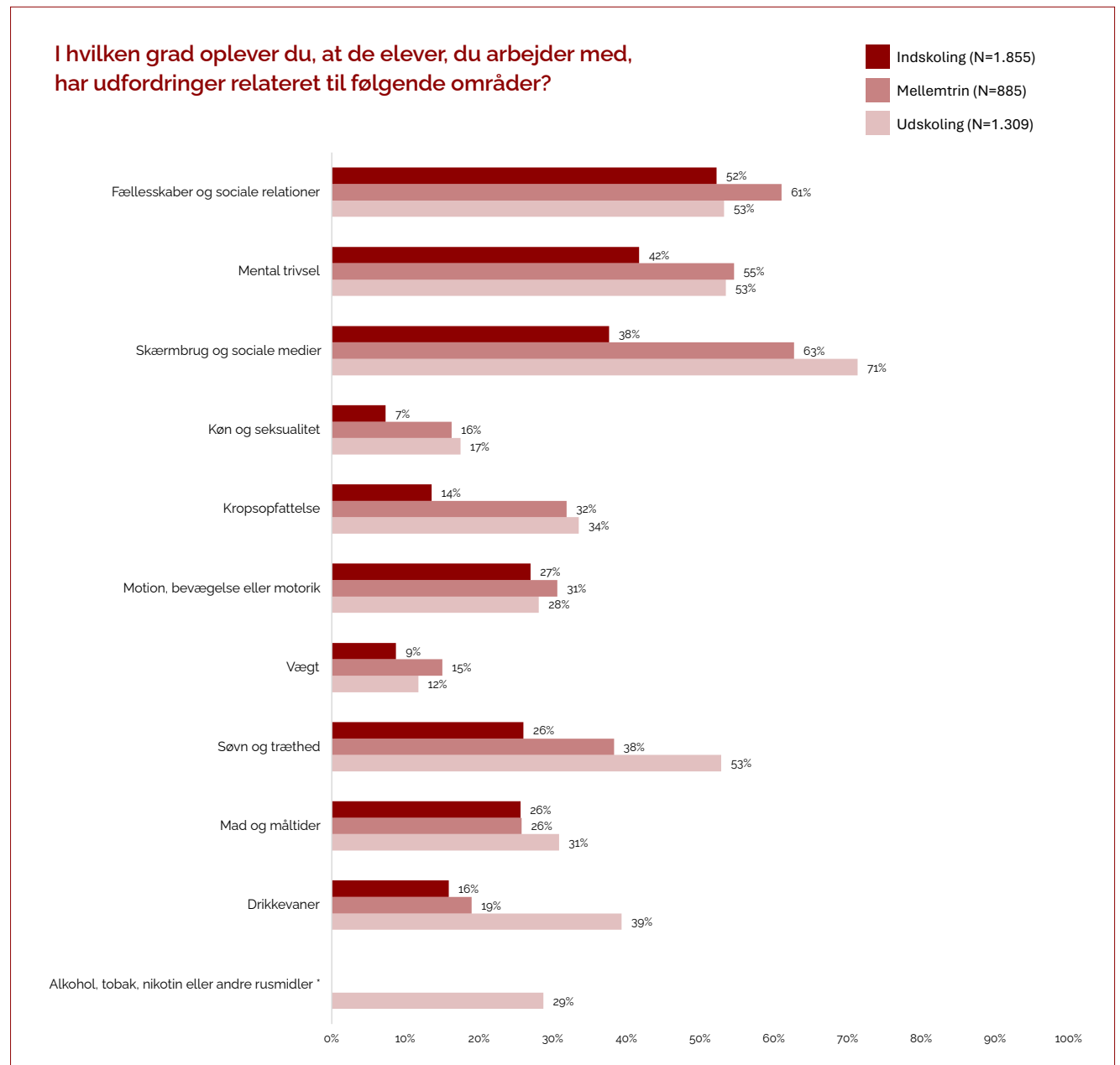


Figur 1.3 viser andelen af medarbejdere, opdelt efter klassetrin, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Der ses en gradvis stigning fra indskolingen til mellemtrinnet og videre til udskolingen for *søvn og træthed* (26% vs. 38% vs. 53%). Mens der ses en stigning primært fra indskolingen til mellemtrinnet for hhv. *mental trivsel* (42% vs. 55% vs. 53%), *skærm og sociale medier* (38% vs. 63% og 71%) samt *kropsopfattelse* (14% vs. 32% og 34%). For *drikkevaner* ligger andelen på et ensartet niveau i indskolingen og på mellemtrinnet, men stiger markant i udskolingen (16% og 19% vs. 39%).

Figur 1.3: Andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin.



Figur 1.4 viser andelen af medarbejdere, fordelt efter skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder. Andelene er generelt set størst på specialskoler, dernæst på folkeskoler og mindst på fri- og privatskoler. Dette gælder særligt for *fællesskaber og sociale relationer* (96% vs. 53% vs. 34%), *mental trivsel* (89% vs. 47% vs. 29%), *motion, bevægelse eller motorik* (64% vs. 25% vs. 14%). En undtagelse er for *alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler*, hvor andelen er større på folkeskoler sammenlignet med både fri- og privatskole og specialskoler (31% vs. 19% og 21%).

Der ses et gennemgående mønster, hvor større andele medarbejdere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen vurderer udfordringer sammenlignet med mellem og høj. Der ses særligt forskelle for *fællesskaber og sociale relationer* (67% vs. 55% vs. 40%), *mental trivsel* (61% vs. 49% vs. 35%) samt *motion, bevægelse eller motorik* (39% vs. 26% vs. 17%).

Figur 1.4: Andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at deres elever i høj eller meget høj grad har udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

*** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.034 for folkeskole, N=157 for fri- og privatskole, N=180 for specialskole. N=483 for lav, N=538 for mellem og N=350 for høj socioøkonomi i elevgruppen.

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
I hvilken grad oplever du, at de elever, du arbejder med, har udfordringer relateret til følgende områder:	Folkeskole (N=4.315)	Fri- og privatskole (N=737)	Specialskole (N=650)	Lav (N=1.992)	Mellem (N=2.269)	Høj (N=1.441)
Fællesskaber og sociale relationer	53%	34%	96%	67%	55%	40%
Mental trivsel	47%	29%	89%	61%	49%	35%
Skærmb brug og sociale medier	56%	46%	69%	64%	55%	47%
Køn og seksualitet	12%	7%	33%	17%	13%	9%
Kropsopfattelse	25%	17%	41%	30%	25%	20%
Motion, bevægelse eller motorik	25%	14%	64%	39%	26%	17%
Vægt	10%	5%	29%	16%	11%	5%
Søvn og træthed	37%	25%	64%	47%	38%	29%
Mad og måltider	25%	15%	56%	36%	27%	16%
Drikkevaner	24%	15%	36%	30%	24%	16%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ***	31%	19%	21%	35%	27%	22%



Opsamling – Tema 1

Samlet set peger resultaterne i Tema 1 på, at oplevede elevudfordringer varierer mellem personalegrupper, klassetrin, skoletyper og skoler med forskellig socioøkonomisk elevsammensætning.

Forskellene mellem klassetrin flugter med Skolebørnsundersøgelsen 2022, som viser, at flere indikatorer for trivsel og sundhedsadfærd er mere positive på yngre end ældre klassetrin (Madsen et al., 2023).

At medarbejdere på specialskoler gennemgående oplever flere elevudfordringer end medarbejdere på de øvrige skoletyper er forventeligt qua specialskolernes målgruppe (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025). Specialskoler er etableret for elever med behov for omfattende specialpædagogisk støtte, og elevgruppen har derfor ofte mere komplekse faglige, sociale og trivselsmæssige udfordringer end elever i almenområdet.

Endelig viser analyserne tydeligt, at udfordringer inden for trivsel og sundhed vurderes som mere udtalte på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen. Socioøkonomisk ulighed i sundhed og sygdom er et veldokumenteret fænomen (Holt Udesen, 2020; Marmot et al., 2008), og denne undersøgelse peger på, at disse forskelle også kommer til udtryk i skolernes hverdag gennem medarbejders oplevelse af elevernes udfordringer.

Implementering af politikker inden for trivsel og sundhed

Skriftlige politikker og retningslinjer kan bidrage til at tydeliggøre mål, ansvar og retning for arbejdet med trivsel og sundhed. I en skolekontekst, hvor mange medarbejdere er involveret, kan sådanne fælles rammer understøtte en mere ensartet praksis. Forskning inden for skolebaseret sundhedsfremme peger på skriftlige politikker som en central del af god praksis (Darlington et al., 2021; Lounsbury, 2017; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 1996, 2021, 2022) og viser samtidig, at politikker kan styrke forankring og kontinuitet i indsatser (Darlington et al., 2021;

Samdal & Rowling, 2015a; WHO, 2021). Skolepolitikker kan dermed ses som en del af både praksis og kapacitet i arbejdet med trivsel og sundhed.

I undersøgelsen er skoleledere blevet spurgt, om skolen har en skriftlig politik, vision eller handleplan, der omfatter de 11 trivsels- og sundhedsområder. Derudover er ledere blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad det samlet set er lykkedes at implementere disse som en del af skolens hverdag. Som supplerende indblik i den faktiske implementering, er medarbejdere blevet spurgt, i hvil-

ken grad deres arbejde med trivsel og sundhed generelt er baseret på skolens skriftlige politikker, visioner eller handleplaner.

Skriftlige politikker, visioner eller handleplaner er i undersøgelsen defineret som formelt beskrevne retningslinjer, for eksempel på skolens hjemmeside eller i skolens ordensregler. Disse kan både være udarbejdet lokalt på skolen eller være baseret på kommunale politikker, som skolen har implementeret. Fremover i rapporten kaldet ”skriftlige politikker”.

Hovedfund – Tema 2

Forekomst af skriftlige politikker

- Skriftlige politikker er mest udbredte inden for fællesskaber og sociale relationer, skærmb brug og sociale medier samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler. Færrest skoler har skriftlige politikker inden for vægt, kropso pfattelse samt køn og seksualitet.
- Forekomsten af skriftlige politikker varierer kun i begrænset omfang mellem skoletyper. En undtagelse er køn og seksualitet, hvor andelen med en skriftlig politik er større på specialskoler.
- Forekomsten af skriftlige politikker varierer kun i begrænset omfang mellem skoler med forskellig socioøkonomi i elevgruppen. Der ses alene forskelle for fællesskaber og sociale relationer samt skærmb brug og sociale medier, hvor andelen med en skriftlig po-

litik er større på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen end på skoler med lav.

Implementering af skriftlige politikker

- De skriftlige politikker vurderes bedst implementeret i hverdagen inden for fællesskaber og sociale relationer, skærmb brug og sociale medier samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler. Andelen, der vurderer høj grad af implementering, er lavest inden for søvn og træthed.
- På seks områder vurderer en mindre andel ledere på kommunale folkeskoler end på fri- og privatskoler og specialskoler, at implementeringen i høj eller meget høj grad er lykkedes. Det gælder: mental trivsel, kropso pfattelse, motion, bevægelse eller motorik, søvn og træthed, drikkevaner samt mad og måltider.
- På to områder – køn og seksualitet samt skærmb brug

og sociale medier – er andelen, der vurderer høj grad af implementering, lavere på specialskoler end de øvrige skoletyper.

- Der ses forskelle i implementeringen knyttet til elevgruppens socioøkonomi på tre områder. Det gælder fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel og mad og måltider, hvor en større andel ledere på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen vurderer, at politikken i høj eller meget høj grad er lykkedes sammenlignet med skoler med lav.

Medarbejderes vurderinger af skriftlige politikker i praksis

- Lidt under halvdelen af medarbejdere vurderer, at deres arbejde med trivsel og sundhed i høj eller meget høj grad er baseret på skolens skriftlige politikker.

Resultater – Tema 2

Figur 2.1 viser andelen af ledere, der vurderer, at skolen har en skriftlig politik inden for de 11 trivsels- og sundhedsrelaterede områder, samt andelen af disse, der vurderer, at politikken i høj eller meget høj grad er implementeret.

Størstedelen af skolerne har en skriftlig politik om skærmbrug og sociale medier (87%), fællesskaber og sociale relationer (85%) samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (84%). De laveste andele ses for skriftlige politikker om køn og seksualitet (14%), kropsopfattelse (13%) samt vægt (3%).

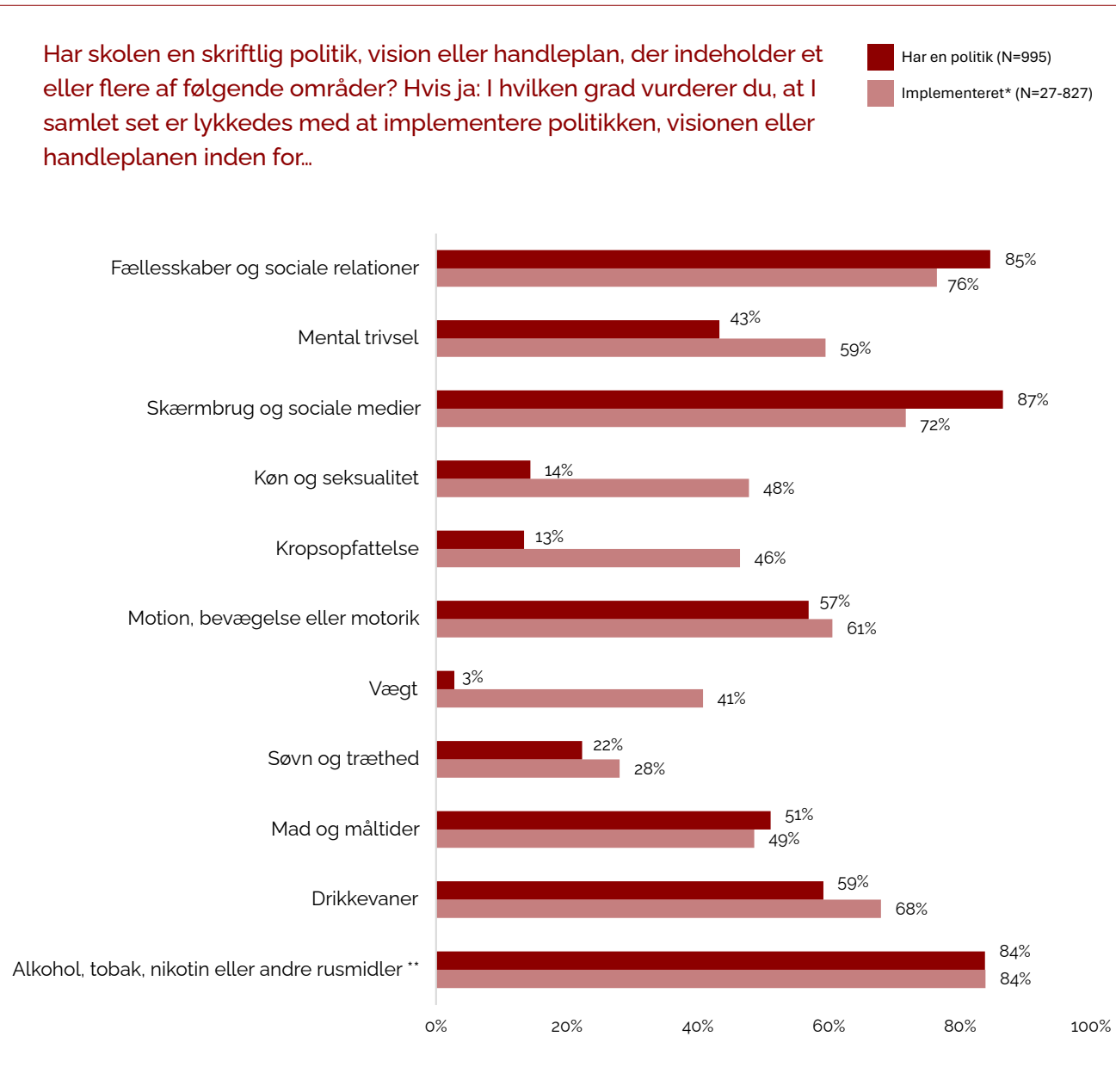
Andelen, der vurderer, at skolen i høj eller meget høj grad er lykkedes med at implementere politikken i hverdagen er størst for alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (84%), fællesskaber og sociale relationer (76%) samt skærmbrug og sociale medier (72%). Omvendt er andelen, der vurderer, at skolen har implementeret politikken, mindst for søvn og træthed (28%).

Supplerende til lederes vurderinger af implementeringen er medarbejdere blevet spurgt, i hvilken grad deres arbejde med trivsel og sundhed generelt er baseret på skolens skriftlige politikker. Her vurderer 45%, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet (data ikke vist, N=2.259).

Figur 2.1: Andelen af ledere, der svarer ja til at skolen har en skriftlig politik, vision eller handleplan inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder, samt andelen der vurderer, at denne i høj eller meget høj grad er implementeret i skolens hverdag

* Implementering er kun vurderet af ledere, der har svaret "ja" til at have en skriftlig politik, vision eller handleplan på området. Derfor varierende N for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

** Spørgsmål om skriftlig politik, vision eller handleplan vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin, N=905.



Figur 2.2 viser andelen af ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at skolen har en skriftlig politik, vision eller handleplan inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Overordnet er der begrænsede forskelle efter skoletyper – og efter elevgruppens socioøkonomi. En undtagelse er køn og seksualitet, hvor andelen med skriftlige politikker er større på specialskoler (31%) end på både folkeskoler (11%) og fri- og privatskoler (19%). Ligesom en mindre andel skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen har en skriftlig politik inden for fællesskaber og sociale relationer (81% vs. 91%) samt skærmb brug og sociale medier (81% vs. 92%) sammenlignet med høj.

Ledere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=707)	Fri- og privatskole (N=210)	Specialskole (N=78)	Lav (N=359)	Mellem (N=357)	Høj (N=279)
Har skolen en skriftlig politik, vision eller handleplan, der indeholder et eller flere af følgende områder?						
Fællesskaber og sociale relationer	85%	83%	82%	81%	83%	91%
Mental trivsel	42%	44%	47%	42%	41%	47%
Skærmb brug og sociale medier	86%	90%	79%	81%	88%	92%
Køn og seksualitet	11%	19%	31%	13%	13%	18%
Kropsopfattelse	11%	20%	18%	12%	13%	17%
Motion, bevægelse eller motorik	58%	54%	59%	56%	59%	55%
Vægt	3%	3%	5%	3%	3%	2%
Søvn og træthed	21%	25%	29%	20%	26%	20%
Mad og måltider	50%	53%	56%	51%	53%	49%
Drikkevaner	60%	59%	54%	61%	59%	57%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ***	82%	91%	78%	83%	83%	85%

Figur 2.2: Andelen af ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der svarer ja til, at skolen har en skriftlig politik, vision eller handleplan inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

*** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=635 for folkeskole, N=194 for fri- og privatskole, N=76 for specialskole. N=327 for lav, N=325 for mellem og N=253 for høj socioøkonomi i elevgruppen.

Figur 2.3 viser andelen af ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at skolens skriftlige politik, vision eller handleplan i høj eller meget høj grad er implementeret.

Andelen af ledere, der vurderer, at de er lykkedes med at implementere den skriftlige politik er mindre på folkeskoler end på både fri- og privatskoler og specialskoler for mental trivsel (53% vs. 76% og 71%), kropsofattelse (38% vs. 60% og 54%), motion, bevægelse eller motorik (55% vs. 76% og 76%), søvn og træthed (23% vs. 40% og 33%), mad og måltider (44% vs. 59% og 55%) samt drikkevaner (65% vs. 75% og 76%).

Andelen af ledere, der vurderer at være lykkedes med at implementere politikken er mindre på specialskoler sammenlignet de øvrige skoletyper for skærmb brug og sociale medier (45% vs. 73% og 74%) og køn og seksualitet (35% vs. 46% og 59%). Endeligt er andelen lavere på både folkeskoler og specialskoler end fri- og privatskoler inden for fællesskaber og sociale relationer (73% og 74% vs. 89%) samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (82% og 80% vs. 92%).

Der ses forskelle i implementeringen knyttet til elevgruppens socioøkonomi på tre områder. Det gælder fællesskaber og sociale relationer (71% vs. 84%), mental trivsel (55% vs. 67%) og mad og måltider (42% vs. 57%), hvor en mindre andel ledere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen vurderer, at politikken i høj eller meget høj grad er lykkedes sammenlignet med skoler med høj.

Figur 2.3: Andelen af ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomiske status, der vurderer, at den skriftlige politik, vision eller handleplan inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder, i høj eller meget høj grad, er implementeret som en del af skolens hverdag *.

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

* Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin

Ledere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=17-585)	Fri- og privatskole (N=37-181)	Specialskole (N=13-58)	Lav (N=10-275)	Mellem (N=12-287)	Høj (N=45-253)
I hvilken grad vurderer du, at I samlet er lykkedes med at implementere politikken, visionen eller handleplanen inden for...						
Fællesskaber og sociale relationer	73% (N=585)	89% (N=167)	74% (N=58)	71% (N=275)	75% (N=287)	84% (N=248)
Mental trivsel	53% (N=286)	76% (N=87)	71% (N=34)	55% (N=139)	57% (N=141)	67% (N=127)
Skærmb brug og sociale medier	73% (N=591)	74% (N=181)	45% (N=55)	68% (N=272)	73% (N=302)	74% (N=253)
Køn og seksualitet	46% (N=72)	59% (N=37)	35% (N=23)	38% (N=42)	47% (N=43)	57% (N=47)
Kropsofattelse	38% (N=72)	60% (N=40)	54% (N=13)	43% (N=37)	44% (N=43)	51% (N=45)
Motion, bevægelse eller motorik	55% (N=392)	76% (N=109)	76% (N=41)	61% (N=189)	62% (N=203)	57% (N=150)
Vægt	35% (N=17)	N/A	N/A	50% (N=10)	42% (N=12)	N/A
Søvn og træthed	23% (N=141)	40% (N=52)	33% (N=21)	26% (N=68)	28% (N=89)	30% (N=57)
Mad og måltider	44% (N=336)	59% (N=108)	55% (N=40)	42% (N=170)	48% (N=180)	57% (N=134)
Drikkevaner	65% (N=406)	75% (N=117)	76% (N=38)	71% (N=206)	67% (N=202)	65% (N=153)
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ***	82% (N=504)	92% (N=167)	80% (N=54)	82% (N=255)	81% (N=261)	90% (N=209)



Opsamling – Tema 2

Samlet peger resultaterne i Tema 2 på, at skriftlige politikker først og fremmest ser ud til at være etableret på områder, som allerede har en lovgivningsmæssig forankring i skolen. Det gælder eksempelvis antimobbestrategier samt røg- og nikotinfri skoletid.

Samtidig viser undersøgelser, at formelle krav ikke i sig selv er tilstrækkelige til at sikre, at politikker omsættes til praksis (Arp et al., 2025; Statens Institut for Folkesundhed, 2025). Denne undersøgelse understøtter dette billede. Mens forekomsten af skriftlige politikker kun varierer i begrænset omfang mellem skoletyper, er forskellene i implementering betydeligt større. Resultaterne peger dermed på, at den centrale forskel mellem skoler ikke nødvendigvis er, om de har formuleret skriftlige politikker, men i hvilken grad politikkerne opleves som en integreret del af skolens praksis.

Integration af arbejdet med trivsel og sundhed i skoledagen

Arbejdet med trivsel og sundhed kan indgå i undervisningen, i skolens øvrige aktiviteter og i de løbende interaktioner mellem elever og voksne i skoledagen. En sådan integration fremhæves i forskning som et centralt kendetegn ved sundhedsfremmende skoler (Darlington et al., 2021; Langford et al., 2014; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 2021), og er i tråd med en såkaldt "add-in"-tilgang, hvor arbejdet indgår i eksis-

terende praksisser frem for at udgøre en selvstændig ekstraopgave (Bentsen et al., 2020; Vennegoor et al., 2023). Integration er dermed en vigtig dimension i forståelsen af skolers praksis og kapacitet til at arbejde med trivsel og sundhed.

I undersøgelsen er medarbejdere blevet spurgt, hvor ofte de arbejder med de 11 trivsels- og sundhedsområder i løbet af skoledagen som en del af organiserede

og planlagte aktiviteter.

Som et supplerende perspektiv belyses, hvor ofte medarbejdere arbejder med de samme områder gennem deres uformelle arbejde for eksempel i spontane samtaler med eleverne. Endelig inddrages, i hvilken grad arbejdet med trivsel og sundhed er baseret på hhv. anbefalinger fra officielle myndigheder samt lokal viden og behov.

Hovedfund – Tema 3

Organiserede og planlagte aktiviteter – generelt billede

- Fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel er de områder, hvor medarbejdere oftest dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter. Omvendt er andelen mindst inden for køn og seksualitet, vægt samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler.

Organiserede og planlagte aktiviteter – forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- Pædagoger og medhjælpere vurderer oftere end lærere, at de dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter. Forskellene er særligt store inden for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik.
- Andelen af medarbejdere, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for trivsel og sundhed, falder med klassetrin for flere områder. Mønstret ses særligt inden for fællesskaber

og sociale relationer, mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt mad og måltider.

- Omvendt ses for skærmb brug og sociale medier, at andelen, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for området, stiger med klassetrin.

Organiserede og planlagte aktiviteter – forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- Andelen, der vurderer, at de dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter, er på seks områder større på specialskoler end på de øvrige skoletyper. Det gælder for mental trivsel, skærmb brug og sociale medier, motion, bevægelse eller motorik, kropsoptagelse, søvn og træthed samt mad og måltider. Forskellen er særligt stor vedrørende mental trivsel.
- På to områder – mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik – er organiserede og planlagte aktiviteter mere udbredte blandt medarbejdere på skoler med lav

socioøkonomi i elevgruppen sammenlignet med høj. På to områder – mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik – er organiserede og planlagte aktiviteter mere udbredte blandt medarbejdere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen sammenlignet med høj.

Supplerende perspektiver om arbejdet i praksis

- Organiserede og planlagte aktiviteter inden for trivsel og sundhed er mere udbredte end uformelle samtaler. Forskellene er særligt store inden for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel, søvn og træthed samt drikkevaner.
- Mere end otte ud af ti medarbejdere vurderer, at deres arbejde i høj eller meget høj grad er baseret på egne erfaringer og kollegiale drøftelser.
- Mere end hver tredje vurderer, at arbejdet bygger på hhv. lokal viden og behov eller anbefalinger fra officielle myndigheder.

Resultater – Tema 3

Figur 3.1 viser andelen af medarbejdere, der dagligt arbejder organiseret og planlagt med de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Flest medarbejdere arbejder dagligt med fællesskaber og sociale relationer (75%) samt mental trivsel (59%). Omvendt er andelen lavest inden for køn og seksualitet (5%), vægt (2%) samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (7%).

Supplerende er medarbejdere blevet spurgt til, hvor ofte de arbejder uformelt (for eksempel i spontane samtaler med eleverne) med de 11 trivsels- og sundhedsområder. Denne type arbejde er mindre udbredt end det organiserede og planlagte arbejde på flere områder.

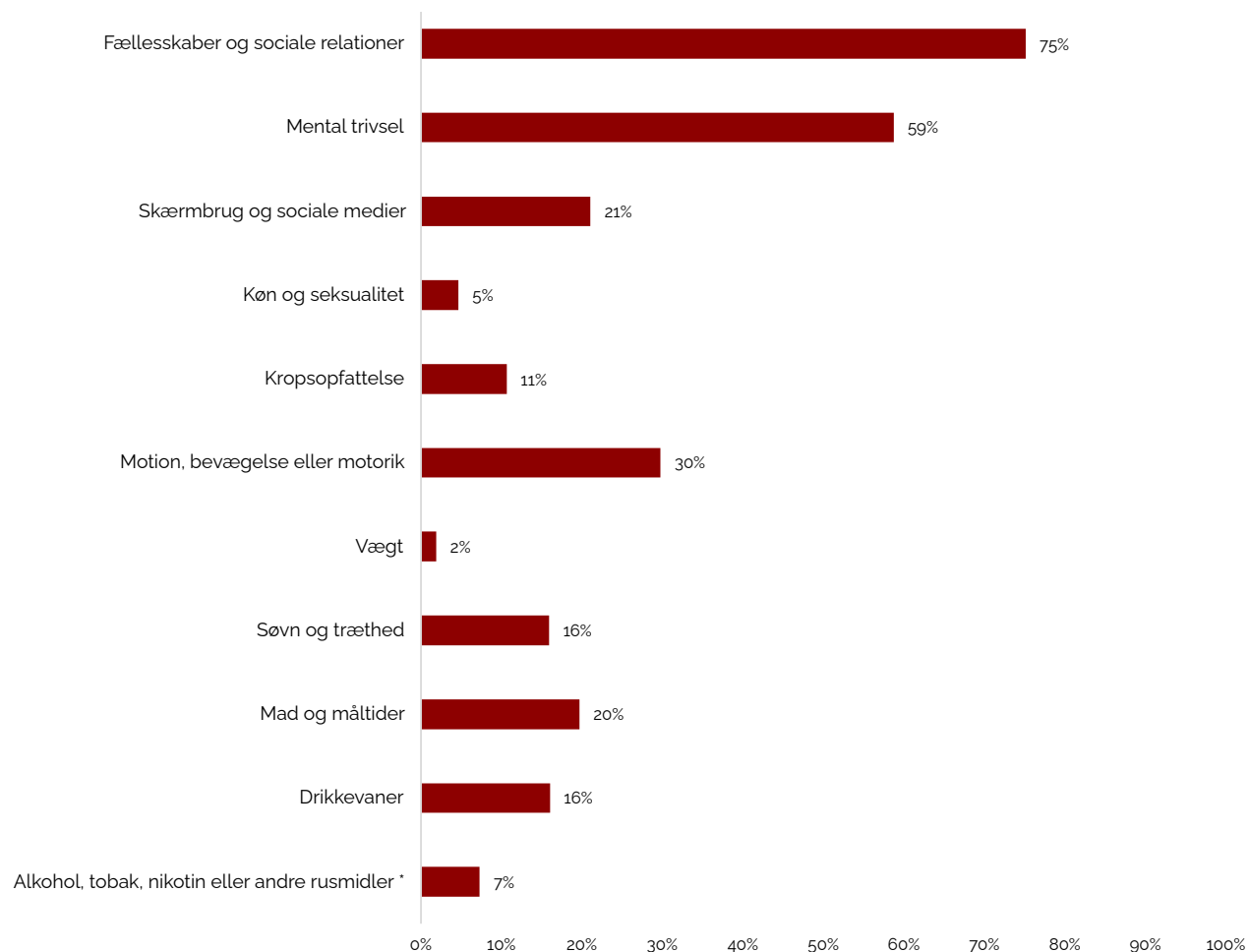
For eksempel arbejder 37% dagligt med fællesskaber og sociale relationer gennem uformelle samtaler, hvilket er markant lavere end tilsvarende andel på 75% i det organiserede arbejde (Figur 3.1). Tilsvarende gør sig gældende i andelen, der dagligt arbejder uformelt med mental trivsel (25%), søvn og træthed (5%) samt drikkevaner (6%) (data ikke vist, N=5.361-5.552).

Figur 3.1: Samlet andel af medarbejdere, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin, N=1.291.

Hvor ofte arbejder du med organiserede og planlagte aktiviteter inden for følgende område?

Medarbejdere (N=5.361-5.552)



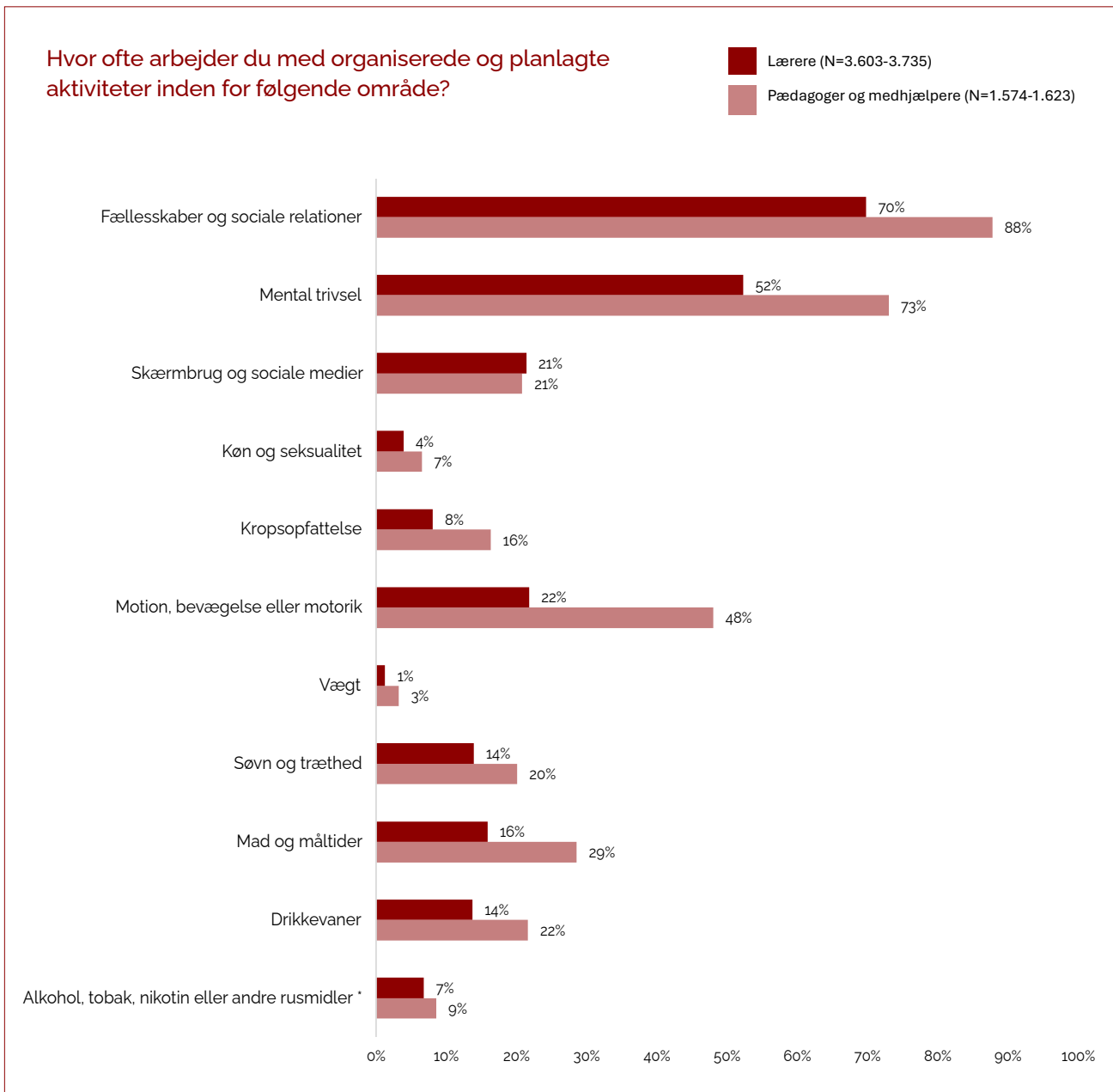
Desuden vurderer 85% af medarbejdere, at deres arbejde i høj eller meget høj grad baserer sig på egne erfaringer og drøftelser med kollegaer (data ikke vist, N=5.029). Ifølge 44% er deres arbejde i høj eller meget høj grad baseret på lokal viden og behov, mens 38% vurderer, at det baserer sig på anbefalinger fra officielle myndigheder (data ikke vist, N=5.029).

Figur 3.2 viser andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer, at de dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

For fire områder ses der forskelle, hvor andelen er større blandt pædagoger og medhjælpere sammenlignet med lærere. Det gælder for fællesskaber og sociale relationer (88% vs. 70%), mental trivsel (73% vs. 52%), motion, bevægelse eller motorik (48% vs. 22%) samt mad og måltider (29% vs. 16%).

Figur 3.2: Andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

*Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.060 for lærere og N=152 for pædagoger og medhjælpere.

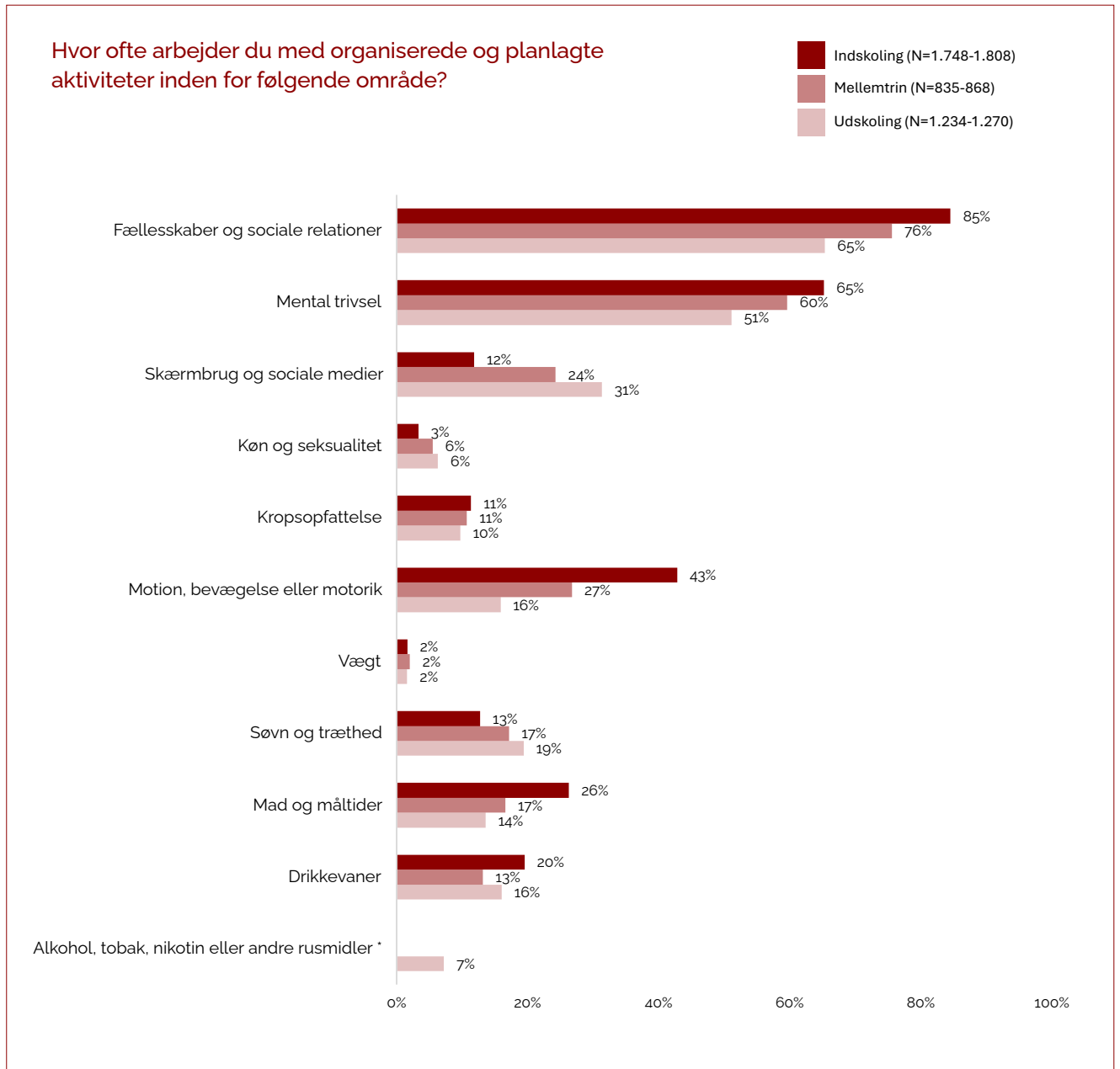


Figur 3.3 viser andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Der ses et gradvist fald i andelen af medarbejdere, der dagligt arbejder organiseret og planlagt med fællesskaber og sociale relationer; fra 85% i indskoling til 76% på mellemtrinnet og 65% i udskoling. Et tilsvarende mønster gør sig gældende for mental trivsel (65%, 60% og 51%), motion, bevægelse eller motorik (43%, 27% og 16%) samt mad og måltider (26%, 17% og 14%). Omvendt ses, at arbejdet med skærmbrug og sociale medier bliver mere udbredt i takt med ældre klassetrin, fra 12% i indskoling til 24% på mellemtrinnet og 31% i udskoling.

Figur 3.3: Andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin.



Figur 3.4 viser andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at de dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for 11 trivsels- og sundhedsområder.

På seks områder er andelen, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter større på specialskoler end på både folkeskoler og fri- og privatskoler – og forskellen er særligt stor inden for mental trivsel (81% vs. 57% og 48%). Tilsvarende ses forskelle for skærmb brug og sociale medier (37% vs. 19% og 17%), motion, bevægelse eller motorik (47% vs. 28% og 24%), kropso pfattelse (20% vs. 10% og 7%), søvn og træthed (30% vs. 15% og 8%) samt mad og måltider (34% vs. 18% og 17%). Der ses ikke væsentlige forskelle i andelen mellem folkeskoler og fri- og privatskoler.

Andelen af medarbejdere, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter, er større på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen end på skoler med høj på to områder. Det gælder for mental trivsel (63% vs. 53%) og motion, bevægelse eller motorik (34% vs. 24%).

Figur 3.4: Andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der dagligt arbejder med organiserede og planlagte aktiviteter inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%. ** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5. *** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.034 for folkeskole, N=157 for fri- og privatskole, N=180 for specialskole. N=483 for lav, N=538 for mellem og N=350 for høj socioøkonomi i elevgruppen.

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=4.315)	Fri- og privatskole (N=737)	Specialskole (N=650)	Lav (N=1.992)	Mellem (N=2.269)	Høj (N=1.441)
Hvor ofte arbejder du med organiserede og planlagte aktiviteter inden for følgende områder:						
Fællesskaber og sociale relationer	74%	67%	89%	79%	75%	71%
Mental trivsel	57%	48%	81%	63%	58%	53%
Skærmb brug og sociale medier	19%	17%	37%	25%	19%	18%
Køn og seksualitet	4%	3%	11%	6%	4%	3%
Kropso pfattelse	10%	7%	20%	13%	10%	7%
Motion, bevægelse eller motorik	28%	24%	47%	34%	30%	24%
Vægt	1%	1%	5%	3%	1%	1%
Søvn og træthed	15%	8%	30%	20%	15%	11%
Mad og måltider	18%	17%	34%	23%	19%	16%
Drikkevaner	16%	13%	22%	19%	16%	12%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ***	8%	3%	9%	10%	7%	4%



Opsamling – Tema 3

Samlet peger resultaterne i Tema 3 på, at arbejdet med trivsel og sundhed varierer mellem personalegrupper, klassetrin og skoletyper. Arbejdet udføres således ikke ens på tværs af grundskolen, men indgår forskelligt afhængigt af skolens organisering, medarbejderes funktioner og elevernes alder. Ligesom arbejdet med trivsel og sundhed forventeligt er mere udbredt på specialskoler qua deres særlige funktion og målgruppe (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025).

De større andele der arbejder med trivsel og sundhed i indskolingen kan blandt andet ses i lyset af, at undervisningen på de yngste klassetrin ofte rummer flere kropslige, praktiske og hverdagsnære aktiviteter (Danmarks Evalueringsinstitut, 2023). Omvendt kan den stigende opmærksomhed på skærmb brug og sociale medier med klassetrin afspejle, at disse problemstillinger får større betydning med alderen.

Viden og kompetencer til arbejdet med trivsel og sundhed

Viden og kompetencer blandt skolens medarbejdere og ledelse udgør en central del af skolens organisatoriske kapacitet til at arbejde med elevers trivsel og sundhed. I forskning fremhæves det, at kvaliteten af sundhedsfremmeindsatser afhænger af de professionelle emnespecifikke viden og evne til at omsætte denne viden i praksis (Durlak & DuPre, 2008; Pearson et al., 2015; Samdal & Rowling, 2015a). Tilsvarende peges der på, at skoleledelsens kompetencer har betydning

for prioritering, retning og organisatorisk understøttelse af indsatsen (Darlington et al., 2021; Leksy et al., 2024; Samdal & Rowling, 2015a; WHO, 2021).

I undersøgelsen er viden og kompetencer vurderet ud fra både et medarbejder- og et ledelsesperspektiv. Medarbejdere har vurderet, i hvilken grad de har viden og kompetencer til at arbejde med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder. Ledere har vurderet egen viden og kom-

petencer til at understøtte skolens arbejde inden for de samme 11 områder.

Derudover er medarbejdere blevet spurgt, i hvilken grad deres grunduddannelse som lærer eller pædagog/pædagogisk assistent har klædt dem på til arbejdet med trivsel og sundhed, som giver et supplerende perspektiv på, hvordan viden og kompetencer på området er udviklet.

Hovedfund – Tema 4

Viden og kompetencer – generelt billede

- Andelene, der i høj eller meget høj grad vurderer at have viden og kompetencer, er højest inden for fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik. Omvendt er andelene lavest inden for køn og seksualitet samt vægt.

Viden og kompetencer – forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- En større andel ledere end medarbejdere vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer inden for de fleste af områderne. Forskellene er størst inden for skærmb brug og sociale medier, drikkevaner samt alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler, men ses også inden for søvn og træthed samt mad og måltider.
- En større andel pædagoger og medhjælpere end

lærere vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer inden for mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt fællesskaber og sociale relationer. Omvendt er andelen større blandt lærere inden for alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler.

- Andelen af medarbejdere, der i høj eller meget høj grad vurderer at have viden og kompetencer, er større i indskoling end i udskoling inden for mental trivsel og motion, bevægelse eller motorik. Omvendt er andelen større på mellemtrin og i udskoling end i indskoling for skærmb brug og sociale medier.

Viden og kompetencer – forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- Blandt medarbejdere vurderer en større andel på specialskoler end på kommunale folkeskoler og fri-

og privatskoler, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer på flere områder. Forskellene er særligt store for mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt mad og måltider.

- Blandt ledere vurderer en mindre andel på kommunale folkeskoler end de øvrige skoletyper at have viden og kompetencer inden for mental trivsel, køn og seksualitet samt kropsoptagelse.
- Der ses alene én forskel relateret til elevgruppens socioøkonomi, idet en større andel ledere på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen end lav vurderer at have viden og kompetencer inden for skærmb brug og sociale medier.

Resultater – Tema 4

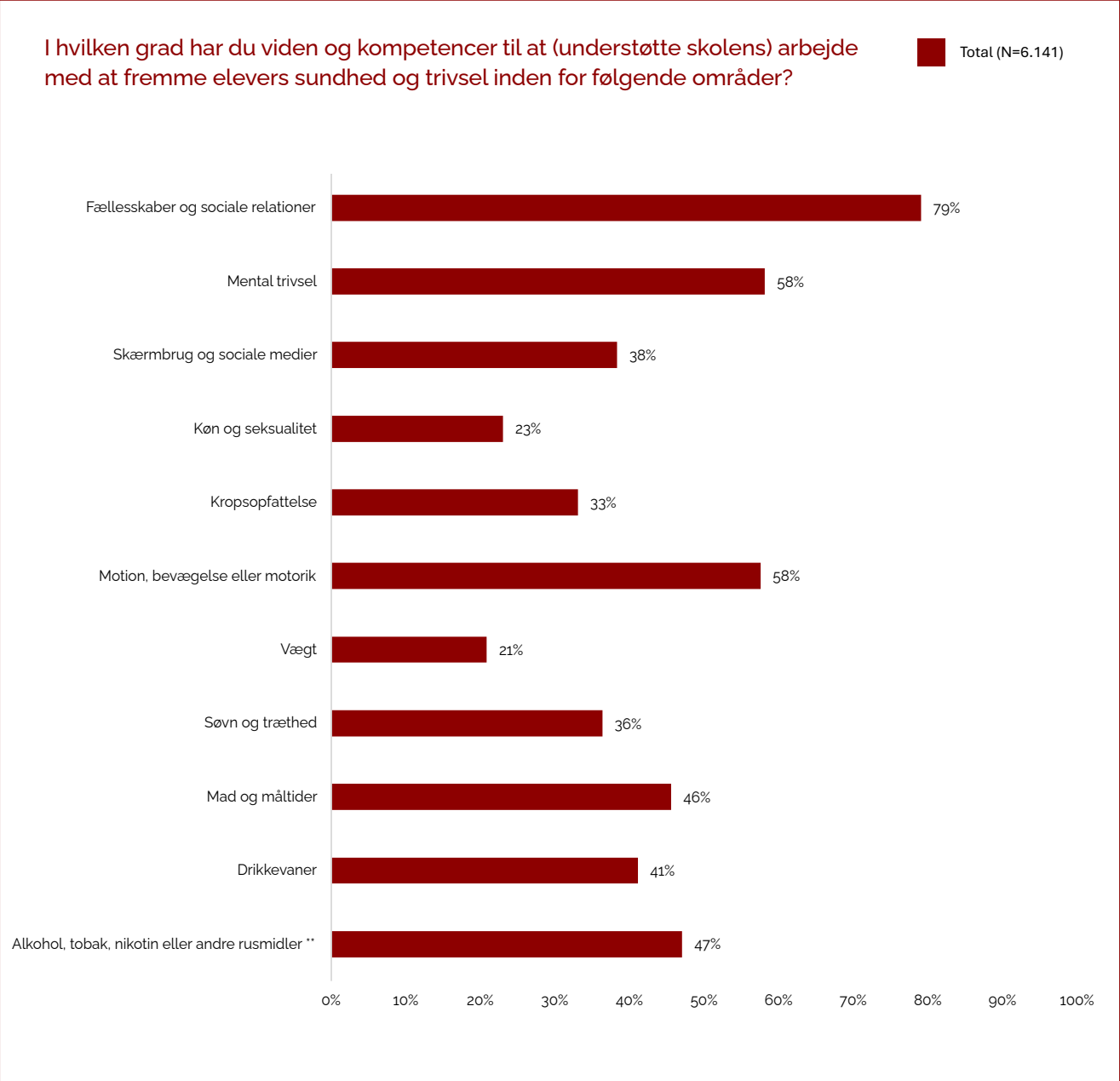
Figur 4.1 viser andelen af ledere og medarbejdere, der vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder.

De største andele, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer, ses inden for fællesskaber og sociale relationer (79%), mental trivsel (58%) og motion, bevægelse eller motorik (58%). Omvendt er andelen lavest inden for køn og seksualitet (23%) samt vægt (21%).

Figur 4.1: Samlet andel af ledere og medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder *

Spørgsmålet er formuleret lidt forskelligt for hhv. medarbejdere og ledere (se indledende tekst)

** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin, N=4.409.



Figur 4.2 viser andelen af hhv. ledere, lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder.

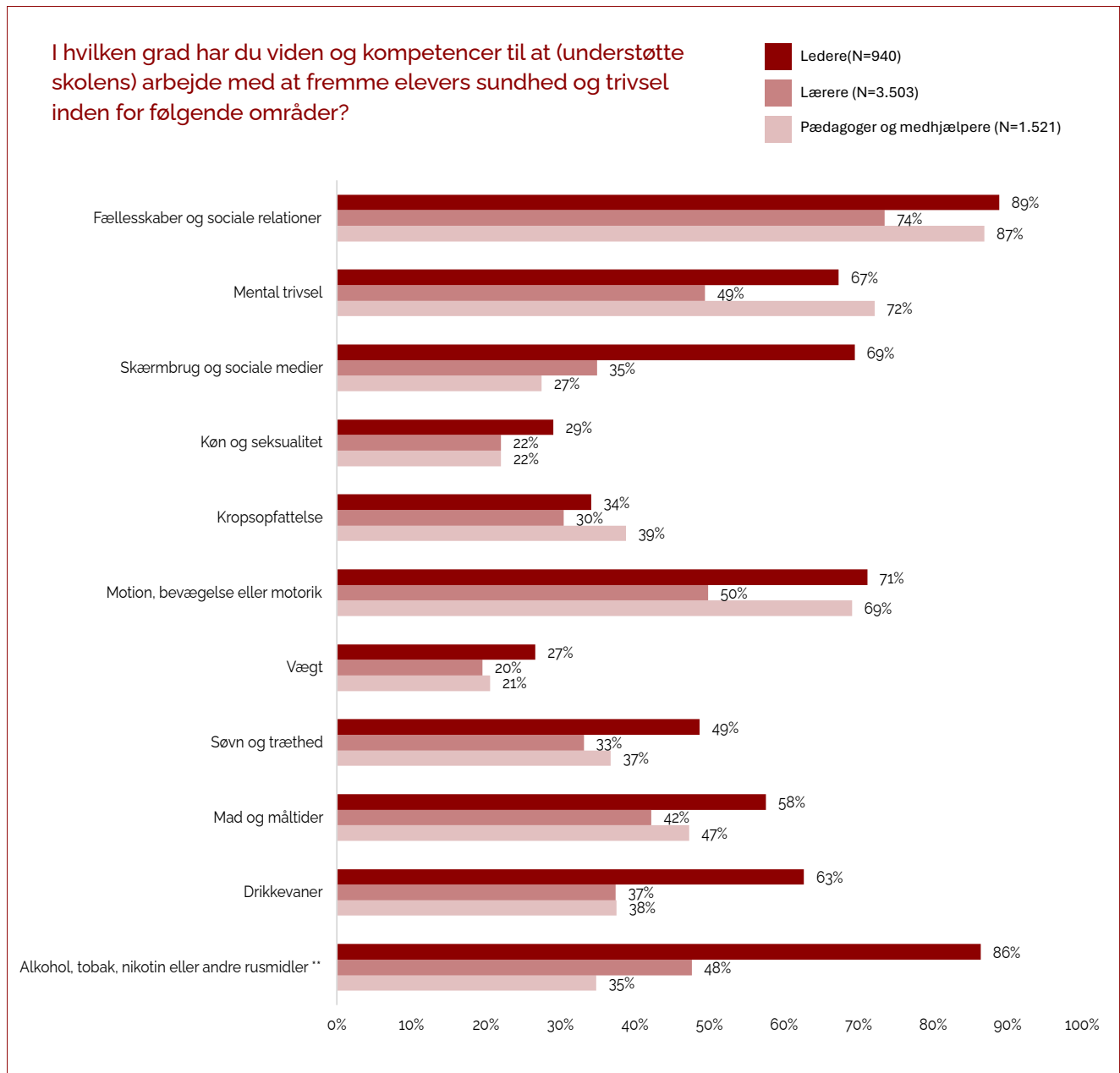
Andelen er gennemgående større blandt ledere end medarbejdergrupperne. Der ses markante forskelle inden for skærmbrug og sociale medier (69% vs. 35% og 27%) samt drikkevaner (63% vs. 37% og 38%). Samme mønster gælder inden for søvn og træthed (49% vs. 33% og 37%) samt mad og måltider (58% vs. 42% og 47%). Sammenlignes medarbejdergrupperne, er andelen mindre blandt lærere end pædagoger og medhjælpere på tre områder. Det gælder for fællesskaber og sociale relationer (74% vs. 87%), mental trivsel (49% vs. 72%) samt motion, bevægelse eller motorik (50% vs. 69%). Omvendt er andelen større blandt lærere end pædagoger og medhjælpere for alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler (48% vs. 35%).

For at supplere analysen af viden og kompetencer på medarbejderniveau er lærere, pædagoger og medhjælpere blevet spurgt, i hvilken grad deres grunduddannelse har gjort dem i stand til at arbejde med elevers trivsel og sundhed. Analysen viser, at 16% af lærere vurderer, at deres grunduddannelse i høj eller meget høj grad har forberedt dem på arbejdet (data ikke vist, N=3.470), mens dette gør sig gældende for 50% af pædagoger og medhjælpere (data ikke vist, N=1.483).

Figur 4.2: Andelen af hhv. ledere, lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *

Spørgsmålet er formuleret lidt forskelligt for hhv. medarbejdere og ledere (se indledende tekst)

** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=22 for ledere, N=1.075 for lærere og N=158 for pædagoger og medhjælpere.



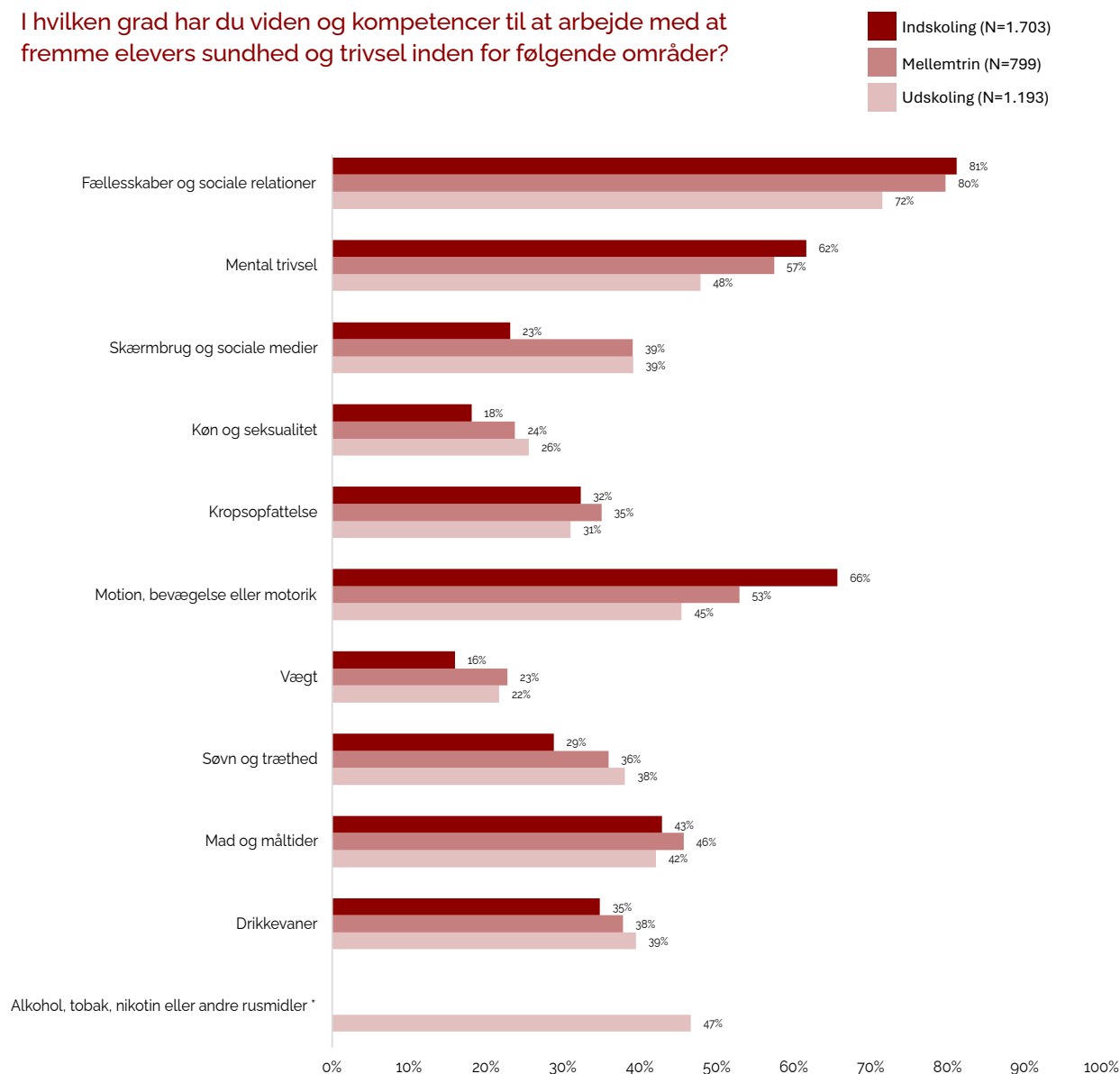
Figur 4.3 viser andelene af medarbejdere fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Andelene af medarbejdere, der vurderer at have viden og kompetencer, er større i indskoling end udskoling for mental trivsel (62% vs. 48%). For motion, bevægelse eller motorik ses forskelle fra indskoling til mellemtrinnet og udskoling (66% vs. 53% og 45%). Omvendt vurderer en mindre andel i indskoling end på mellemtrinnet og udskoling at have viden og kompetencer inden for skærmbrug og sociale medier (23% vs. 39% og 39%).

Figur 4.3: Andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *

Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin.

I hvilken grad har du viden og kompetencer til at arbejde med at fremme elevers sundhed og trivsel inden for følgende områder?



Figur 4.4 viser andelen af hhv. medarbejdere og ledere, fordelt efter hhv. skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at de i høj eller meget høj grad har viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder.

Andelen af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet er generelt større på specialskoler end på både folkeskoler og fri- og privatskoler. Det gælder særligt for mental trivsel (75% vs. 54% og 54%), men også for motion, bevægelse eller motorik (69% vs. 54% og 51%).

Figur 4.4: Andelen af hhv. medarbejdere og ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad at have viden og kompetencer til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder *. **

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi ***		
I hvilken grad har du viden og kompetencer til at arbejde med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for følgende områder:	Folkeskole (N=3.947)	Fri- og privatskole (N=677)	Specialskole (N=574)	Lav (N=1.821)	Mellem (N=2.053)	Høj (N=1.324)
Fællesskaber og sociale relationer	76%	74%	86%	76%	78%	78%
Mental trivsel	54%	54%	75%	58%	56%	55%
Skærmbrug og sociale medier	32%	31%	36%	35%	31%	33%
Køn og seksualitet	21%	22%	27%	22%	22%	23%
Kropsopfattelse	32%	31%	41%	34%	32%	32%
Motion, bevægelse eller motorik	54%	51%	69%	57%	55%	52%
Vægt	19%	19%	28%	23%	19%	18%
Søvn og træthed	33%	34%	42%	35%	34%	33%
Mad og måltider	42%	41%	54%	47%	42%	41%
Drikkevaner	37%	36%	41%	40%	36%	35%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ****	47%	46%	41%	44%	46%	48%

På tre områder er andelen af ledere, der vurderer at have viden og kompetencer større på specialskoler og fri- og privatskoler end folkeskoler. Dette gælder mental trivsel (80% og 75% vs. 64%), køn og seksualitet (38% og 37% vs. 26%) samt kropsopfattelse (48% og 41% vs. 31%). Tilsvarende er andelen større på specialskoler end på folkeskoler vedrørende søvn og træthed (57% vs. 47%).

Blandt ledere vurderer en større andel på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen end på skoler med lav at have viden og kompetencer inden for skærmbrug og sociale medier (74% vs. 64%).

Figur 4.4: Fortsat

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

** Spørgsmålet er formuleret lidt forskelligt for hhv. medarbejdere og ledere (se indledende tekst)

*** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

**** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af medarbejdere, der arbejder med udskolingstrin (Medarbejdere/Ledere). N=946/650 for folkeskole, N=145/196 for fri og -privatskole, N=162/68 for specialskole., N=448/322 for lav, N=483/333 for mellem og N=322/2594 for høj socioøkonomi i elevgruppen.

Ledere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi ***		
	Folkeskole (N=676)	Fri- og privatskole (N=198)	Specialskole (N=69)	Lav (N=335)	Mellem (N=341)	Høj (N=267)
I hvilken grad har du viden og kompetencer til at understøtte skolens arbejde med at fremme elevers trivsel og sundhed inden for følgende områder:						
Fællesskaber og sociale relationer	88%	91%	88%	87%	90%	90%
Mental trivsel	64%	75%	80%	68%	67%	68%
Skærmbrug og sociale medier	69%	73%	62%	64%	71%	74%
Køn og seksualitet	26%	37%	38%	24%	33%	30%
Kropsopfattelse	31%	41%	48%	32%	37%	33%
Motion, bevægelse eller motorik	71%	70%	74%	71%	74%	67%
Vægt	26%	28%	30%	27%	29%	24%
Søvn og træthed	47%	52%	57%	50%	50%	46%
Mad og måltider	56%	64%	57%	55%	61%	56%
Drikkevaner	62%	68%	58%	61%	65%	61%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ****	79%	83%	74%	77%	81%	80%



Opsamling – Tema 4

Samlet peger resultaterne i Tema 4 på, at vurderingerne af viden og kompetencer varierer mellem trivsels- og sundhedsområder, personalegrupper, klassetrin og skoletyper. Resultaterne kan ses i lyset af, at de forskellige trivsels- og sundhedsområder i forskellig grad indgår i de professionelles uddannelser, arbejdsopgaver og daglige praksis. For eksempel er det forventeligt, at medarbejdere på specialskoler i højere grad har specialiseret viden og kompetencer til arbejdet med trivsel og sundhed qua specialpædagogikkens funktion og målgruppe (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025).

Medansvar og prioritering af arbejdet med trivsel og sundhed

Arbejdet med trivsel og sundhed afhænger af, om ledelse og medarbejdere oplever et fælles ansvar for opgaven, og om der er organisatorisk opbakning til at prioritere den. Forskning peger på, at motivation og oplevet relevans har betydning for implementering (Durlak & DuPre, 2008; Pearson et al., 2015), og at indsatser i højere grad implementeres, når de opfattes som

en del af skolens kerneopgave (Darlington et al., 2021; Duus et al., 2025). Dette har betydning for skolens kapacitet til at prioritere og fastholde arbejdet over tid. I undersøgelsen er medarbejdere blevet spurgt, i hvilken grad de ser det som en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Som supplerende perspektiv er ledere blevet spurgt om skolens samlede ansvar for trivsel og sundhed. Derudover belyses det, i hvilken grad medarbejdere og ledere vurderer, at arbejdet på skolen tager udgangspunkt i en forståelse af sammenhængen mellem elevers trivsel, sundhed og læring samt om arbejdet prioriteres af hhv. ledere og medarbejdere.

Hovedfund – Tema 5

Medansvar og prioritering – generelt billede

- Næsten alle ledere vurderer, at skolen har et ansvar for at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed, når de spørges til dette samlet set.
- Andelen af medarbejdere, der vurderer at have medansvar for at fremme elevernes trivsel og sundhed, er størst inden for fællesskaber og sociale relationer og mental trivsel - og lavest inden for vægt.
- Ni ud af ti af både medarbejdere og ledere vurderer, at deres skole arbejder ud fra en forståelse af, at der er sammenhæng mellem elevers læring og deres trivsel og sundhed.
- Ni ud af ti ledere vurderer, at arbejdet prioriteres blandt ledelse og medarbejdere, mens to tredjedel

af medarbejdere vurderer, at ledelsen prioriterer arbejdet med trivsel og sundhed.

Medansvar – forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- En større andel af pædagoger og medhjælpere end lærere vurderer at have et medansvar for motion, bevægelse eller motorik, mad og måltider samt drikkevaner.
- En større andel af medarbejdere i udskoling og mellemtrinnet vurderer at have medansvar end i indskoling inden for skærmbrug og sociale medier samt køn og seksualitet. Omvendt vurderer en større andel af medarbejdere i indskoling at have medansvar for motion, bevægelse eller motorik end på mellemtrinnet og i udskoling.

Medansvar – forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- En større andel af medarbejdere på specialskoler vurderer at have et medansvar, særligt for mental trivsel, motion, bevægelse eller motorik samt mad og måltider.
- Der er ikke forskelle vedrørende medansvar knyttet til elevgruppens socioøkonomi.

Resultater – Tema 5

Figur 5.1 viser andelen af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at det er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder.

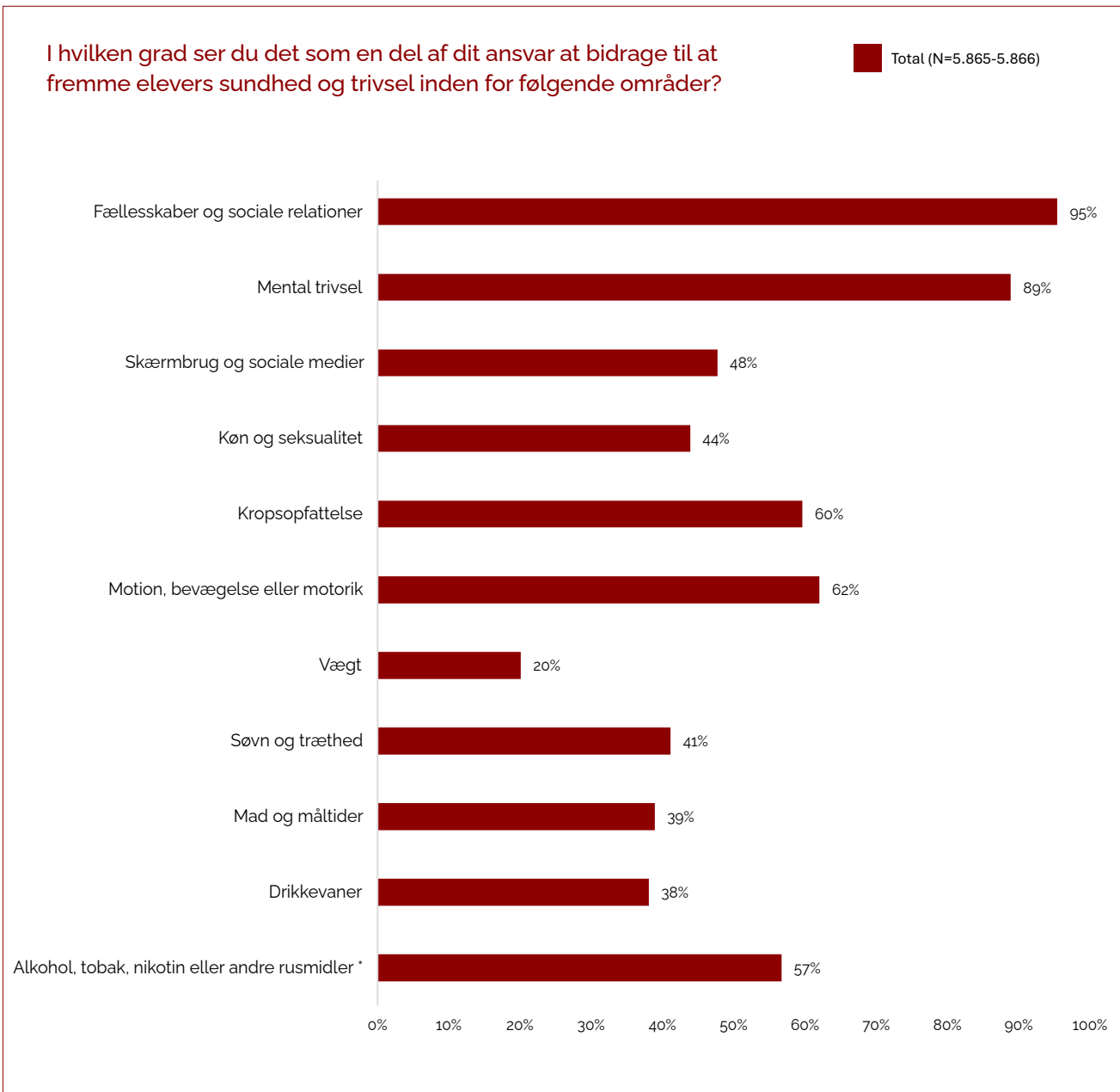
Langt størstedelen vurderer, at de har et medansvar for at fremme elevers trivsel og sundhed inden for fællesskaber og sociale relationer (95%) og mental trivsel (89%). Omvendt vurderer mindre andele at have medansvar for elevers trivsel og sundheden inden for vægt (20 %).

Derudover vurderer langt størstedelen af både ledere og medarbejdere, at deres skole arbejder ud fra en forståelse af, at der er sammenhæng mellem elevers læring og deres trivsel og sundhed. Her vurderer 84% af medarbejdere (N=3.600) og 95% af ledere (N=1.036), at det i høj eller meget høj grad er tilfældet (data ikke vist).

Næsten alle ledere (96%) vurderer, at det i høj eller meget høj grad er skolens ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed generelt (data ikke vist, N=1.036). Ni ud af ti ledere vurderer, at arbejdet med trivsel og sundhed i høj eller meget høj grad bliver prioriteret blandt ledelsen (90%) (data ikke vist, N=932). Tilsvarende vurderer to tredjedele (67%) af medarbejdere, at ledelsen i høj eller meget høj grad prioriterer arbejdet (data ikke vist, N=5.018).

Figur 5.1: Samlet andel af medarbejdere, der vurderer i høj eller i meget høj grad, at det er deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

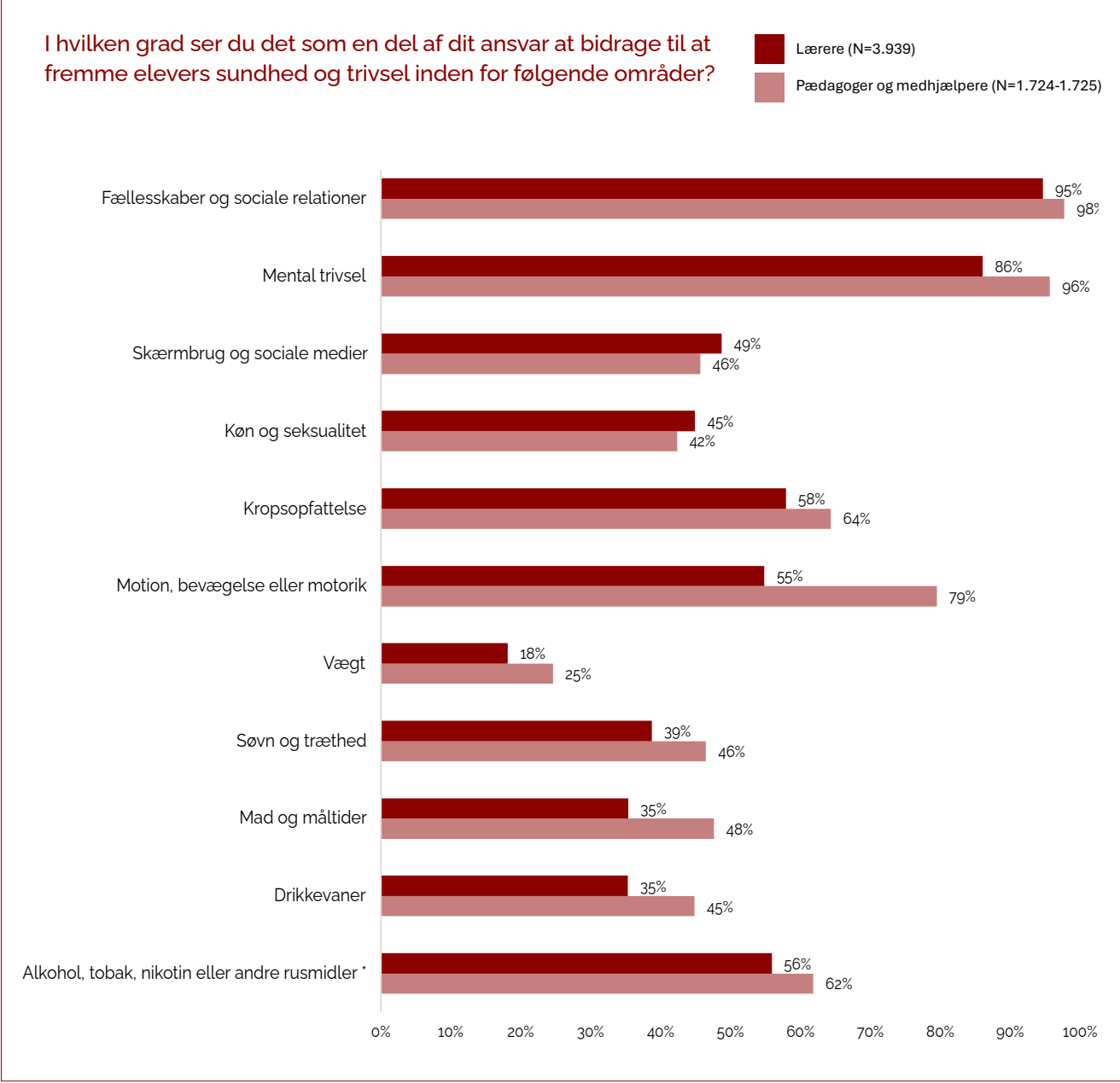
* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin.
N=1.406



Figur 5.2 viser andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer, at det i høj eller meget høj grad er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder. For tre områder vurderer en større andel pædagoger og medhjælpere end lærere at have et medansvar – dette gælder særligt inden for motion, bevægelse eller motorik (79% vs. 55%), mad og måltider (48% vs. 35%) samt drikkevaner (45% vs. 35%). For de resterende områder ses ikke væsentlige variationer mellem medarbejdergrupperne.

Figur 5.2: Andelen af medarbejdere fordelt på hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at det er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed.

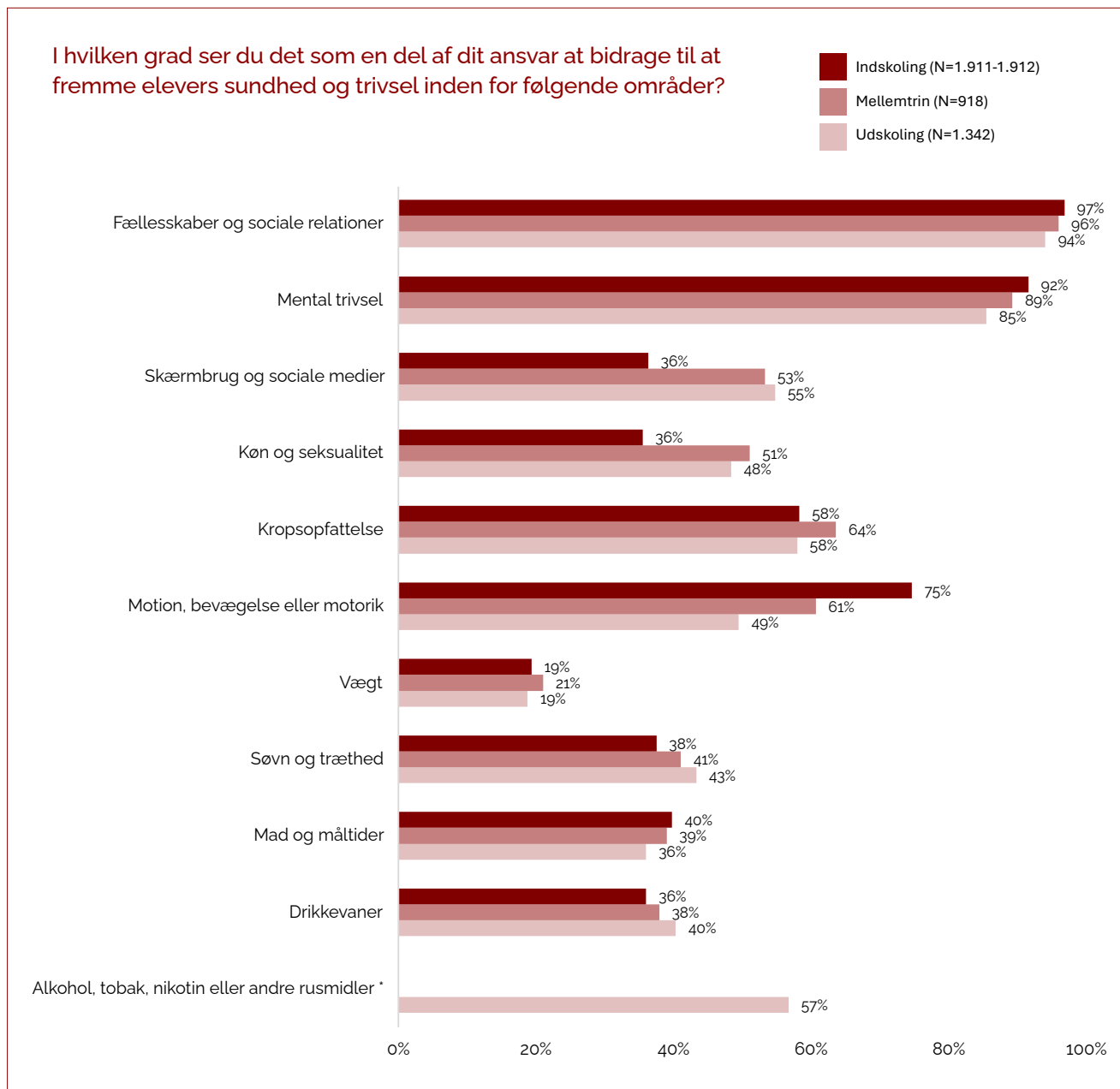
* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.156 for lærere og N=165 for pædagoger og medhjælpere



Figur 5.3 viser andelen af medarbejdere fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at det er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder. På to områder vurderer en mindre andel at have et medansvar i indskolingen sammenlignet med både mellemtrinnet og udskolingen. Det gælder for skærmbrug og sociale medier (36% vs. 53% og 55%), køn og seksualitet (36% vs. 51% og 48%). Omvendt ses et gradvist fald i vurderet medansvar for motion, bevægelse eller motorik, fra 75% i indskolingen over 61% på mellemtrinnet til 49% i udskolingen.

Figur 5.3: Andelen af medarbejdere fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at det er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed.

* Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin.



Figur 5.4 viser andelen af medarbejdere fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at det er en del af deres ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.

Andelen af medarbejdere, der vurderer at have et medansvar for elevers trivsel og sundhed, er større på specialskoler end de øvrige skoletyper for motion, bevægelse eller motorik (80% vs. 60% og 56%) og mad og måltider (51% vs. 37% og 41%). Tilsvarende ses forskelle for flere områder, når folkeskoler og specialskoler sammenlignes særskilt.

Figur 5.4: Andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at de har et ansvar for at fremme elevers trivsel og sundhed inden for de 11 områder *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

*** Spørgsmål vedrørende Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler er alene besvaret af respondenter, der arbejder med udskolingstrin. N=1.063 for folkeskole, N=160 for fri- og privatskole, N=183 for specialskole. N=496 for lav, N=553 for mellem og N=357 for høj socioøkonomi i elevgruppen.

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=4.439)	Fri- og privatskole (N=751)	Specialskole (N=675)	Lav (N=2.056)	Mellem (N=2.337)	Høj (N=1.472)
I hvilken grad ser du det som en del af dit ansvar at bidrage til at fremme elevers trivsel og sundhed inden for følgende områder:						
Fællesskaber og sociale relationer	95%	96%	98%	96%	94%	97%
Mental trivsel	88%	88%	97%	91%	88%	88%
Skærmbrug og sociale medier	46%	50%	58%	50%	46%	48%
Køn og seksualitet	42%	45%	54%	45%	42%	46%
Kropsopfattelse	58%	62%	69%	62%	58%	60%
Motion, bevægelse eller motorik	60%	56%	80%	66%	61%	58%
Vægt	19%	19%	28%	23%	19%	17%
Søvn og træthed	40%	42%	51%	46%	38%	39%
Mad og måltider	37%	41%	51%	42%	37%	37%
Drikkevaner	36%	40%	47%	42%	36%	36%
Alkohol, tobak, nikotin eller andre rusmidler ***	57%	53%	57%	58%	56%	55%



Opsamling – Tema 5

Samlet peger resultaterne i Tema 5 på, at der blandt både ledere og medarbejdere er bred opbakning til, at skolen har et ansvar for elevers trivsel og sundhed, og at trivsel, sundhed og læring hænger sammen. Samtidig viser resultaterne, at vurderingen af et konkret medansvar varierer betydeligt mellem de undersøgte områder – hvor særligt arbejdet med fællesskaber og mental trivsel lader til at være en del af de professionelles selvforståelser. Dette passer overens med tidligere undersøgelser, som viser, at sådant arbejde kan ses som trivselsfremme og ofte opleves som en del af skolens kerneopgave (Simovska & Primdahl, 2024).

Det er samtidig værd at bemærke, at mere end halvdelen af medarbejdere – på tværs af skoletyper – vurderer et medansvar inden for en bred vifte af trivsels- og sundhedsområder. Dette peger på, at medarbejderes oplevede ansvar rækker bredere end de områder, der traditionelt forbindes med skolens trivselsarbejde.

Desuden ses igen en tydelig forskel mellem skoletyper, hvor medarbejdere på specialskoler i højere grad oplever arbejdet med trivsel og sundhed som en del af deres ansvar, hvilket kan ses i lyset af skolernes specialpædagogiske opgave (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025).

TEMA 6

Involvering, organisering og samarbejde om trivsel og sundhed

Arbejdet med trivsel og sundhed foregår i en kontekst med flere relevante aktører, herunder elever, forældre, medarbejdere, ledelse og eksterne samarbejdspartnere. Forskning peger på, at inddragelse af disse aktører kan øge relevans og ejerskab i indsatsen (Darlington et al., 2021; Langford et al., 2014; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 2021). Samtidig kan samarbejde med relevante fagligheder (for eksempel sundhedspleje eller NGO'er) styrke den faglige kvalitet og un-

derstøtte udviklingen af indsatser (ibid). Samarbejdet mellem aktører – samt organiseringen heraf – har betydning for skolens kapacitet til at arbejde relevant og fagligt kvalificeret med trivsel og sundhed.

I undersøgelsen er ledere blevet spurgt, i hvilken grad forskellige aktører inddrages i beslutning om eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed. Dette omfatter elever, medarbejdere, forældre/værge, sundhedsplejerske, PPR samt eksterne aktører (for eksem-

pel foreningsliv, sundhedskonsulenter og NGO'er).

Som et supplerende perspektiv belyses organiseringen af samarbejdet, hvor ledere er blevet spurgt, om der på skolen er udpeget en tovholder eller et team med ansvar for at igangsætte eller drive tiltag inden for trivsel og sundhed. Endeligt – for at belyse samarbejdet fra medarbejdersiden – er medarbejdere blevet spurgt, i hvilken grad de vurderer, at der er et godt samarbejde med hhv. kollegaer og ledelse om arbejdet med trivsel og sundhed.

Hovedfund – Tema 6

Involvering af aktører – generelt billede

- Næsten alle ledere vurderer, at de ansatte involveres i beslutning om eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed.
- Ca. halvdelen af lederne vurderer, at hhv. elever, forældre og PPR involveres.
- Færrest ledere vurderer, at hhv. sundhedsplejersken og eksterne aktører involveres.

Involvering af aktører – forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- Der er få forskelle i involveringen af aktører mellem skoletyper. Dog vurderer en større andel af ledere på specialskoler involvering af sundhedsplejersken end på folkeskoler.
- Ligeledes vurderer en større andel af ledere på spe-

cialskoler, at PPR involveres sammenlignet med ledere på både folkeskoler og fri- og privatskoler. Desuden er andelen større på folkeskoler end på fri- og privatskoler.

- Der ses ingen forskelle i involveringen af aktører knyttet til elevgruppens socioøkonomi.

Om organisering af arbejdet

- Tre ud af fire skoleledere vurderer, at skolen har udpeget en tovholder eller et team/udvalg med ansvar for at igangsætte eller drive tiltag inden for trivsel og sundhed.
- Næsten alle medarbejdere vurderer, at der er et velfungerende samarbejde om trivsel og sundhed mellem medarbejdere imellem, mens cirka to tredjedele vurderer, at der er et godt samarbejde mellem medarbejdere og ledelse.

Resultater – Tema 6

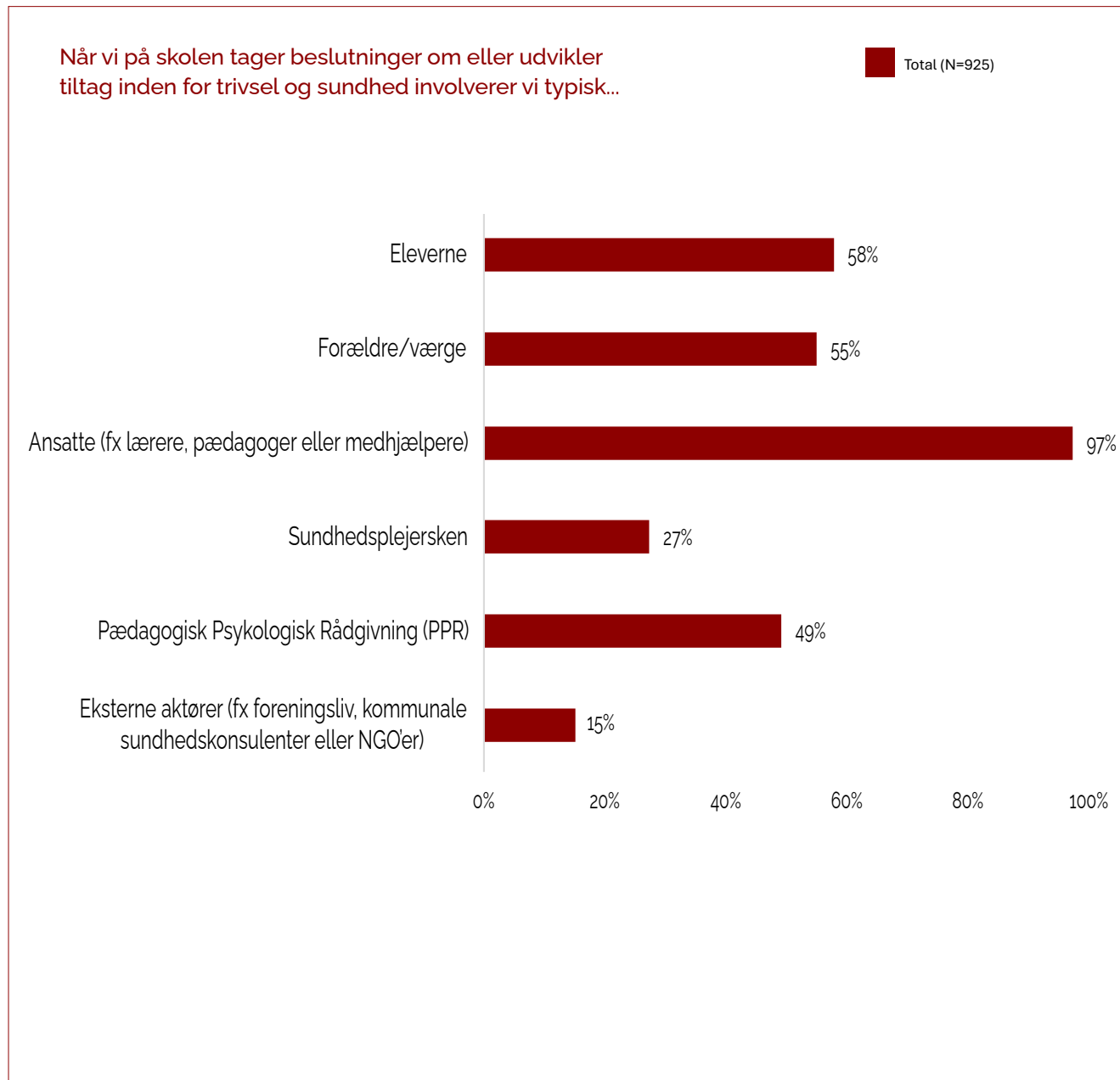
Figur 6.1 viser andelen af ledere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at skolen involverer forskellige aktører i beslutning eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed.

Næsten alle ledere (97%) vurderer, at de i høj eller meget høj grad involverer ansatte når skolen tager beslutninger om eller udvikler tiltag inden for trivsel og sundhed. Derudover vurderer cirka halvdelen, at de involverer hhv. elever (58%), forældre/værge (55%) samt PPR (49%). Færre vurderer, at de involverer sundhedsplejersken (27%) og eksterne aktører (15%).

I alt 79% af ledere vurderer, at de på skolen enten har udpeget en tovholder (33%) eller et team/udvalg (46%) med ansvar for at igangsætte eller drive tiltag inden for trivsel og sundhed (data ikke vist, N=1.036).

Blandt medarbejdere vurderer 91%, at samarbejdet om trivsel og sundhed fungerer godt med kollegaer, mens 66% vurderer, at samarbejdet fungerer godt med ledelsen (data ikke vist, N=4.992-5.007).

Figur 6.1: Andelen af ledere, der vurderer, at skolen i høj eller meget høj grad involverer forskellige aktører i beslutninger eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed.



Figur 6.2 viser andelen af ledere, fordelt på skoletype og skolens socioøkonomi, der vurderer, at skolen i høj eller meget høj grad involverer forskellige aktører i beslutninger eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed.

En større andel af ledere på specialskoler vurderer, at skolen i høj eller meget høj grad involverer sundhedsplejersken (37%) sammenlignet med ledere på folkeskoler (25%). Derudover vurderer en større andel af ledere på specialskoler (66%), at deres skole involverer PPR sammenlignet med både folkeskoler (51%) og fri- og privatskoler (37%).

Der er ikke væsentlige forskelle mellem skoler med forskellig socioøkonomi i elevgruppen.

Figur 6.2: Andele af ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer, at skolen i høj eller meget høj grad involverer forskellige i beslutninger eller udvikling af tiltag inden for trivsel og sundhed *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.

** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

Ledere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=663)	Fri- og privatskole (N=194)	Specialskole (N=68)	Lav (N=329)	Mellem (N=335)	Høj (N=261)
Når vi på skolen tager beslutninger om eller udvikler tiltag inden for trivsel og sundhed, involverer vi typisk...						
Eleverne	59%	57%	54%	62%	58%	53%
Forældre/værge	54%	55%	62%	54%	59%	50%
Ansatte (for eksempel lærere, pædagoger og medhjælpere)	97%	97%	99%	96%	98%	98%
Sundhedsplejersken	25%	31%	37%	27%	29%	26%
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)	51%	37%	66%	48%	50%	49%
Eksterne aktører (for eksempel foreningsliv, sundhedskonsulenter eller NGO'er)	14%	19%	13%	16%	18%	10%



Opsamling – Tema 6

Samlet peger resultaterne i Tema 6 på, at arbejdet med at beslutte og udvikle tiltag inden for trivsel og sundhed i høj grad er organisatorisk forankret internt på skolerne gennem involvering af medarbejdere, udpegning af tovholdere eller teams/udvalg samt et generelt velfungerende samarbejde mellem medarbejdere og ledelse. Samtidig viser resultaterne, at PPR, sundhedsplejersken og eksterne aktører i mindre grad involveres i arbejdet med at udvikle trivsels- og sundhedstiltag.

Tidlig opsporing og samarbejde om elever med trivsels- og sundhedsudfordringer

Forskning vedrørende børn og unge i mistrivsel peger på, at tidlig opsporing og en koordineret indsats har betydning for, om udfordringer håndteres rettidigt og sammenhængende (Colizzi et al., 2020; Hudson et al., 2023). Dette forudsætter klare handleveje og samarbejde mellem relevante aktører omkring barnet eller den unge (Haight et al., 2023). Disse forhold er centra-

le for skolers organisatoriske kapacitet, da de vedrører skolens evne til at identificere, reagere på og følge op på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer.

I undersøgelsen er medarbejdere blevet spurgt til deres vurdering af samarbejdet med centrale aktører omkring elever med trivsels- og sundhedsudfordringer, herunder sundhedsplejerske, PPR og forældre. Derud-

over om de har tilstrækkelig tid til at følge op på eleven, og i hvilken grad eleven samlet set får nødvendig støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.

Derudover inddrages organisatoriske omstændigheder, herunder om centrale funktioner som sundhedsplejerske og PPR er fysisk tilgængelige på skolen.

Hovedfund – Tema 7

Samarbejdet om elever med udfordringer

– generelt billede

- Mindre end en fjerdedel af medarbejdere vurderer, at elever samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb ved udfordringer.
- Næsten alle medarbejdere vurderer, at der er et tilstrækkeligt samarbejde med forældrene. Omtrent halvdelen vurderer, at samarbejdet med PPR er godt, mens to tredjedele vurderer samarbejdet med sundhedsplejersken godt.
- Cirka en fjerdedel vurderer, at der er tilstrækkelig tid til at følge op på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer.

Samarbejdet om elever med udfordringer

– forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- En større andel pædagoger og medhjælpere vurde-

rer flere forhold positivt end lærere. Dette gælder i forhold til at have tilstrækkelig tid til at følge op på elever med udfordringer, at de har et godt samarbejde med PPR og at eleverne samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.

- Der ses ingen forskelle i andele på tværs af klassetrin.

Samarbejdet om elever med udfordringer

– forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- En større andel medarbejdere på fri- og privatskoler vurderer to forhold mere positivt end folkeskoler. Det gælder tilstrækkelig tid til at følge op på eleven samt at elever samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.
- En større andel på specialskoler sammenlignet med øvrige skoletyper vurderer, at samarbejdet med PPR er godt.

- Der ses ikke forskelle i andele mellem skoler med forskellig socioøkonomi i elevgruppen.

Om organisering af arbejdet

- Omtrent to tredjedele af ledere vurderer, at hhv. PPR og sundhedsplejersken er fysisk til stede på skolerne.

Resultater – Tema 7

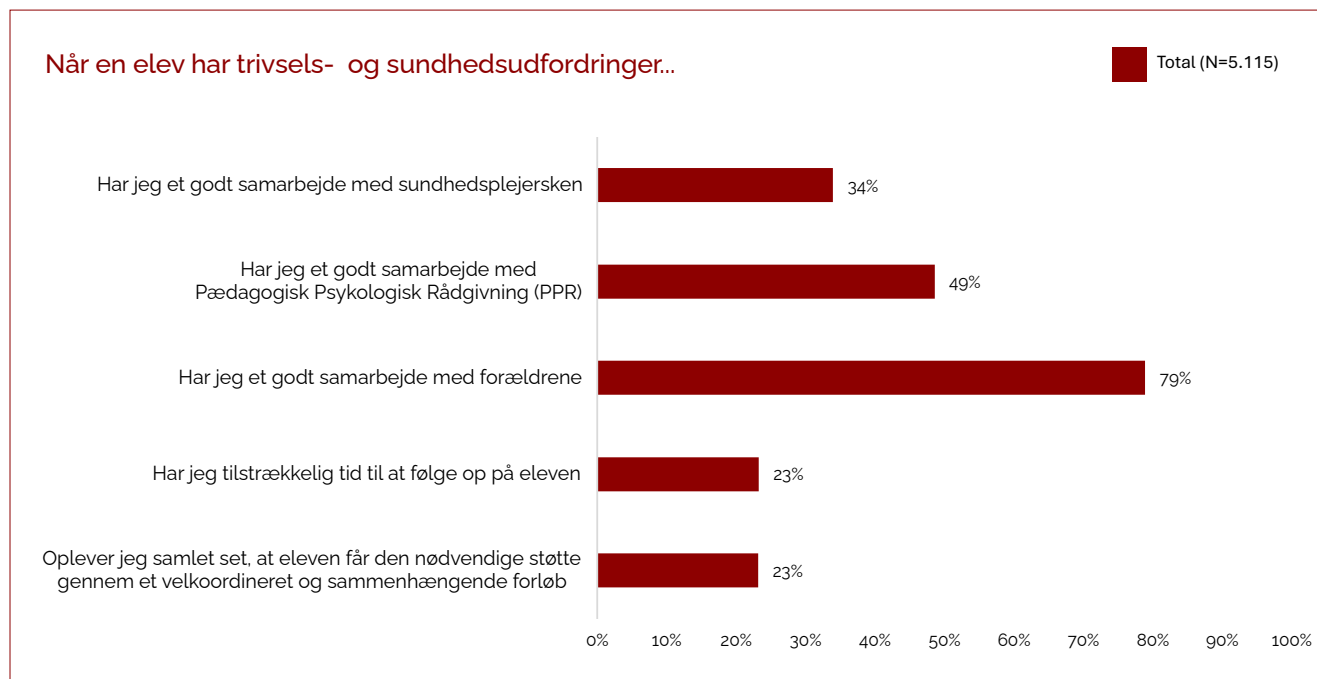
Figur 7.1 viser andelen af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer.

En stor andel af medarbejdere vurderer, at der er et godt samarbejde med forældrene (79%). En mindre andel vurderer, at der er tilstrækkelig tid til at følge op på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer (23%). Under en fjerdedel af medarbejdere vurderer, at elever samlet set får et velkoordineret og sammenhængende forløb (23%).

Tilsvarende mønster ses for et godt samarbejde med PPR (56% vs. 45%) og at eleven får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammengængende forløb (32% vs. 19%).

For at få indblik i de praktiske muligheder for at inddrage PPR samt sundhedsplejersken i arbejdet er ledere blevet spurgt til, hvorvidt disse er fysisk til rådighed på skolen (for eksempel på faste dage). Dette er tilfældet for cirka 70% af skolerne (data ikke vist, N=1.051/1.047).

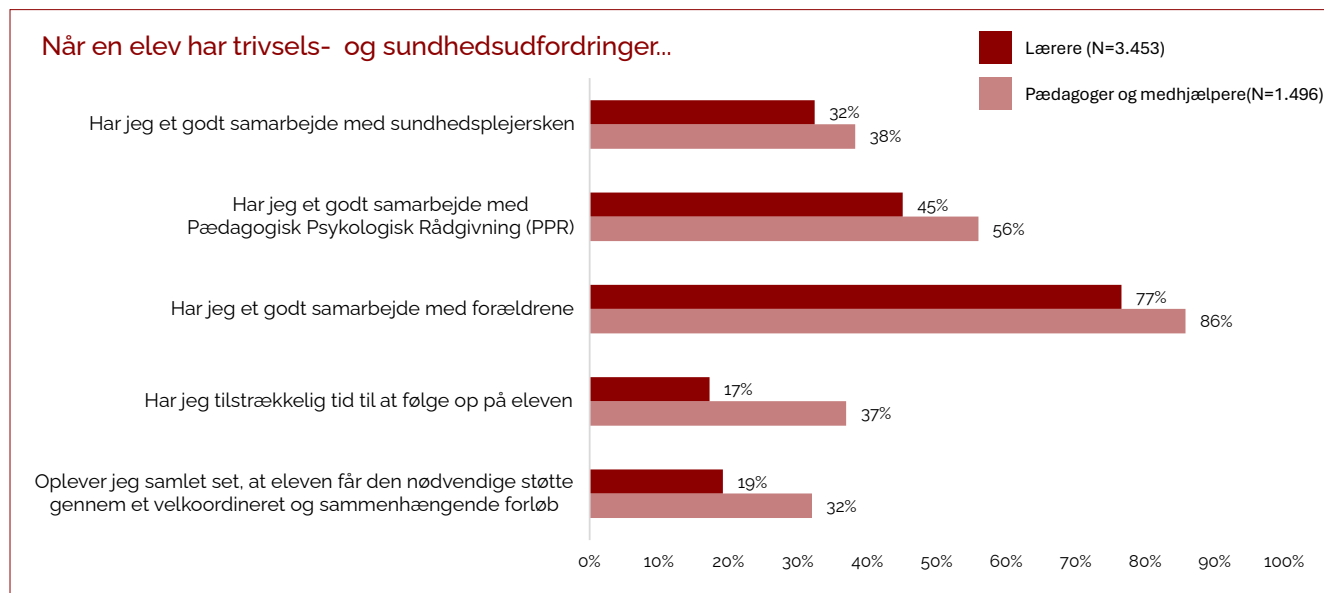
Figur 7.1: Samlet andel af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at der er gode betingelser, når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer



Figur 7.2 viser andelen af medarbejdere, fordelt på hhv. lærere og pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- og sundhedsudfordringer.

En markant større andel vurderer, at der er tilstrækkelig tid til at følge op på elever med trivsels- og sundhedsudfordringer blandt pædagoger og medhjælpere (37%) end lærere (17%). Tilsvarende mønster ses for et godt samarbejde med PPR (56% vs. 45%) og at eleven får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb (32% vs. 19%).

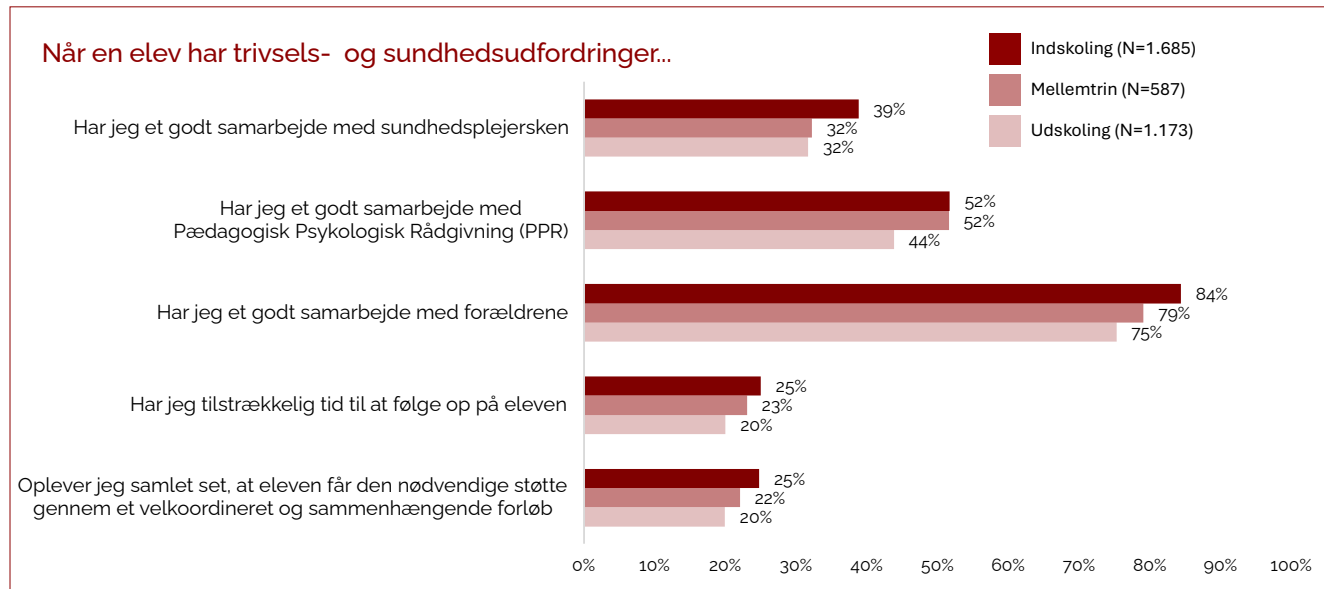
Figur 7.2: Andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer.



Figur 7.3 viser andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har sundheds- eller trivselsudfordringer.

Der ses ingen forskelle i vurderingerne på tværs af indskoling, mellemtrinnet og udskoling.

Figur 7.3: Andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har sundheds- eller trivselsudfordringer. Der ses ingen forskelle i vurderingerne på tværs af indskoling, mellemtrinnet og udskoling.



Figur 7.4 viser andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer.

Større andele på både fri- og privatskoler (33%) og specialskoler (41%) sammenlignet med folkeskoler (19%) vurderer, at elever samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb. Tilsvarende mønster gør sig gældende for tilstrækkelig tid til at følge op på eleven (28% og 53% vs. 18%). Desuden vurderer en større andel på specialskoler (56%), at de har et godt samarbejde med PPR end medarbejdere på fri- og privatskoler (46%).

Der observeres ingen væsentlige forskelle mellem skoler, der har forskellige niveauer af socioøkonomi i elevgruppen.

Figur 7.4: Andelen af medarbejdere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- eller sundhedsudfordringer *

* Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste repræsenterer andele over 50%, de lyseste repræsenterer andele under 20%.
 ** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
	Folkeskole (N=3.880)	Fri- og privatskole (N=666)	Specialskole (N=569)	Lav (N=1.782)	Mellem (N=2.025)	Høj (N=1.308)
Når en elev har trivsels- eller sundhedsudfordringer...						
Har jeg et godt samarbejde med sundhedsplejersken	34%	38%	29%	36%	33%	33%
Har jeg et godt samarbejde med Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)	48%	46%	56%	49%	47%	50%
Har jeg et godt samarbejde med forældrene	78%	85%	81%	76%	79%	83%
Har jeg tilstrækkelig tid til at følge op på eleven	18%	28%	53%	25%	22%	22%
Oplever jeg samlet set, at eleven får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb	19%	33%	41%	24%	21%	26%



Opsamling – Tema 7

Samlet peger resultaterne i Tema 7 på, at medarbejdere generelt vurderer et godt samarbejde med forældre og i nogen grad med centrale samarbejdspartnere omkring elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Samtidig vurderer en relativt lille andel, at der er tilstrækkelig tid til opfølgning, og generelt vurderer under en fjerdedel, at eleverne samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb.

Resultaterne peger dermed på, at gode samarbejdsrelationer ikke nødvendigvis følges af en tilsvarende oplevelse af sammenhæng og koordination i forløb for elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Det ser særligt ud til at gøre sig gældende på folkeskoler. Det er en central pointe, fordi arbejde med mistrivsel, bekymrende skolefravær og komplekse elevudfordringer ofte kræver samarbejde på tværs af skole, hjem, PPR og øvrige kommunale funktioner, hvor tydelig ansvarsfordeling og koordinering er afgørende (Trivselskommissionen, 2025).



TEMA 8

Rammer og ressourcer til arbejdet med trivsel og sundhed

Arbejdet med trivsel og sundhed påvirkes af de rammer og ressourcer, skolen har til rådighed, herunder tid, opgavepres og styring (Darlington et al., 2021; WHO, 2021). Når der er mange samtidige krav, kan det påvirke, i hvilken grad arbejdet med trivsel og sundhed får plads i praksis (Creagh et al., 2025). Samtidig peger skolebaseret sundhedsfremmeforskning på, at ledelse har en central betydning for prioriteringen, herunder i forhold til at sætte retning, skabe fælles mål og understøtte medarbejderes arbejde (Darlington et

al., 2021; Leksy et al., 2024; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 2021). Derudover kan andre rammevilkår, herunder forvaltningens prioriteringer, opbakning fra forældre og skolebestyrelse samt skolens fysiske rammer, understøtte arbejdet (Langley et al., 2010). Rammer og ressourcer er dermed en del af kapaciteten, fordi de sætter de konkrete muligheder for handling.

I undersøgelsen er både medarbejdere og ledere blevet spurgt til forskellige forhold med betydning for rammer

og ressourcer. Ledere er blevet spurgt om, i hvilken grad skolen har økonomisk råderum til at arbejde med elevers trivsel og sundhed, hvorvidt skolebestyrelsen understøtter arbejdet, forældre bakker op om tiltag, og om forvaltningen sætter mål og retning for skolens arbejde med trivsel og sundhed. Medarbejdere er spurgt, i hvilken grad ledelsen sætter mål og retning for arbejdet, om de har tilstrækkelig tid til arbejdet, og om de fysiske rammer er egnede til arbejdet med elevers trivsel og sundhed.

Hovedfund – Tema 8

Rammer og ressourcer – generelt billede

- Blandt medarbejdere vurderer cirka hver femte, at der er tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed, mens knap halvdelen vurderer, at ledelsen sætter en klar retning for arbejdet. Cirka en tredjedel vurderer, at de fysiske rammer er egnede til arbejdet.
- Langt størstedelen af lederne vurderer, at skolebestyrelsen understøtter tiltag inden for trivsel og sundhed, ligesom mere end halvdelen vurderer, at forældrene bakker op om tiltag. Cirka en tredjedel vurderer hhv., at skolen har et økonomisk råderum til tiltag inden for trivsel og sundhed og at forvaltningen sætter klare mål og retning for arbejdet med trivsel og sundhed.

Rammer og ressourcer - forskelle mellem personalegrupper og klassetrin

- En større andel pædagoger og medhjælpere end lærere vurderer, at der er tilstrækkelig tid, og at de fysiske rammer er egnede til arbejdet med trivsel og sundhed.
- En større andel medarbejdere i indskolingen end i udskolingen vurderer, at de fysiske rammer er egnede, og at de har tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed.

Rammer og ressourcer - forskelle mellem skoletyper og elevgruppens socioøkonomi

- En større andel af medarbejdere på specialskoler og fri- og privatskoler end folkeskoler vurderer, at have tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed.

Samtidigt vurderer en større andel på fri- og privatskoler end både folkeskoler og specialskoler, at ledelsen sætter en klar retning for arbejdet med trivsel og sundhed.

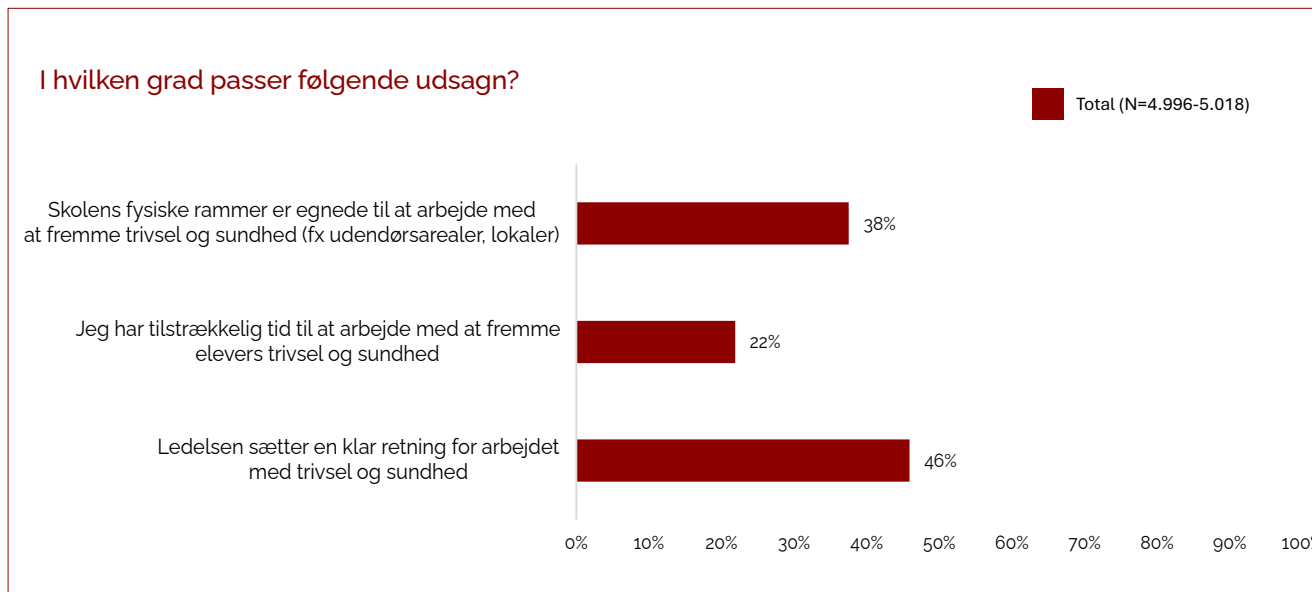
- Blandt ledere vurderer en større andel på fri- og privatskoler end på folkeskoler, at forældrene bakker op om tiltag, og at skolen har økonomisk råderum. Omvendt vurderer en mindre andel ledere på fri- og privatskoler, at forvaltningen sætter klare mål og retning for skolens arbejde.
- En mindre andel af ledere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen end høj vurderer, at forældre bakker op om tiltag.

Resultater – Tema 8

Figur 8.1 viser andelen af medarbejdere, der i høj eller meget høj grad vurderer, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for arbejdet med trivsel og sundhed.

Lidt mere end hver tredje vurderer, at skolens fysiske rammer er egnede til at arbejde med at fremme trivsel og sundhed (38%). Godt hver femte af medarbejdere vurderer, at de i høj eller meget høj grad har tilstrækkelig tid til arbejdet med trivsel og sundhed (22%). Desuden vurderer knap halvdelen (46%), at ledelsen sætter en klar retning for arbejdet med trivsel og sundhed.

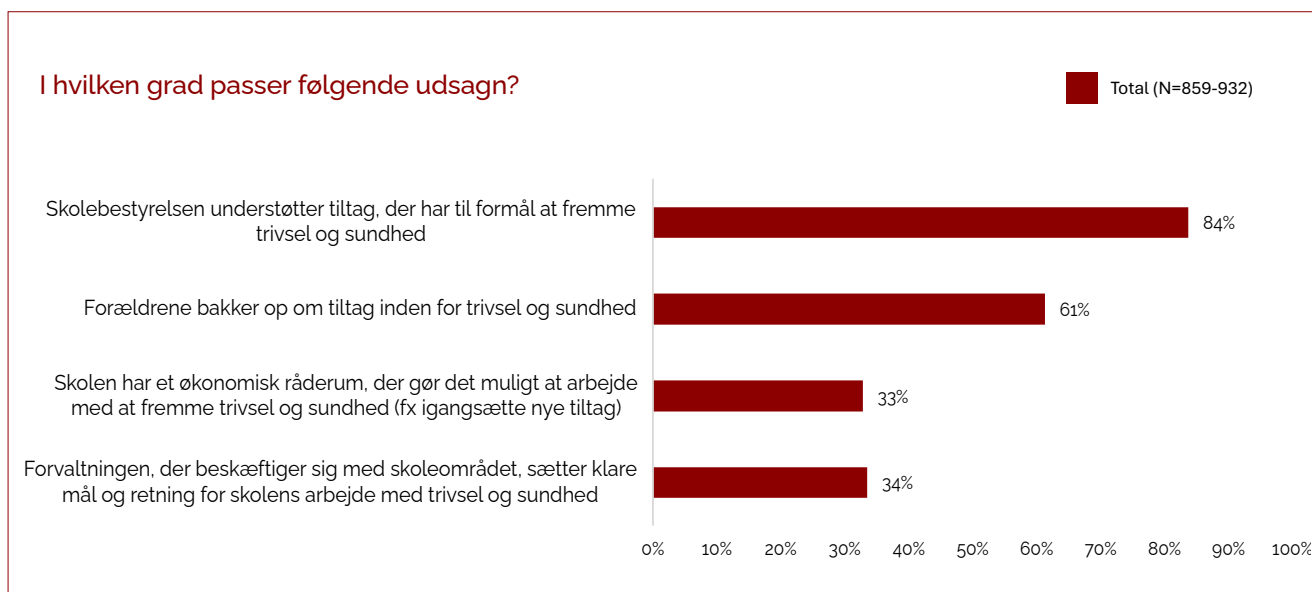
Figur 8.1: Samlet andel af medarbejdere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for skolens arbejde med trivsel og sundhed.



Figur 8.2 viser andelen af ledere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for arbejdet med trivsel og sundhed.

I alt 84% af ledere vurderer, at skolebestyrelsen understøtter tiltag inden for trivsel og sundhed, og tilsvarende vurderer 61%, at forældrene bakker op om tiltag inden for trivsel og sundhed. En tredjedel vurderer, at skolen har et økonomisk råderum (33%), der gør det muligt at arbejde med at fremme trivsel og sundhed (for eksempel igangsætte nye tiltag) og at forvaltningen sætter klare mål og retning for skolens arbejde med trivsel og sundhed (34%).

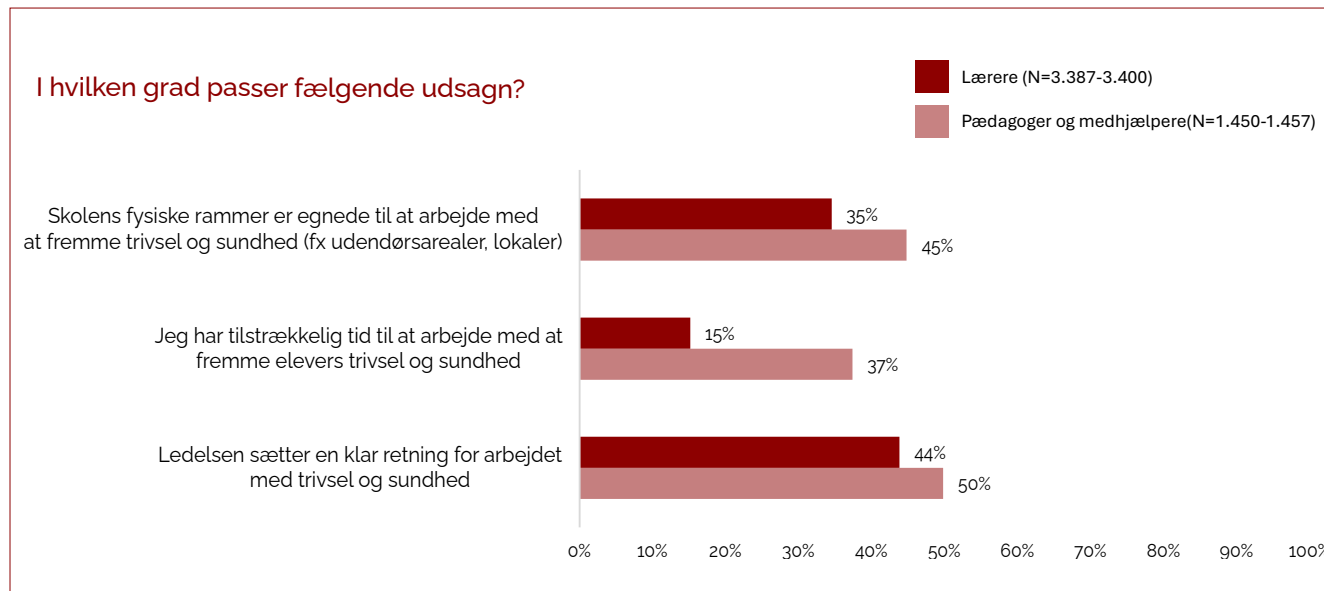
Figur 8.2: Andelen af ledere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for skolens arbejde med trivsel og sundhed.



Figur 8.3 viser andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for arbejdet med trivsel og sundhed.

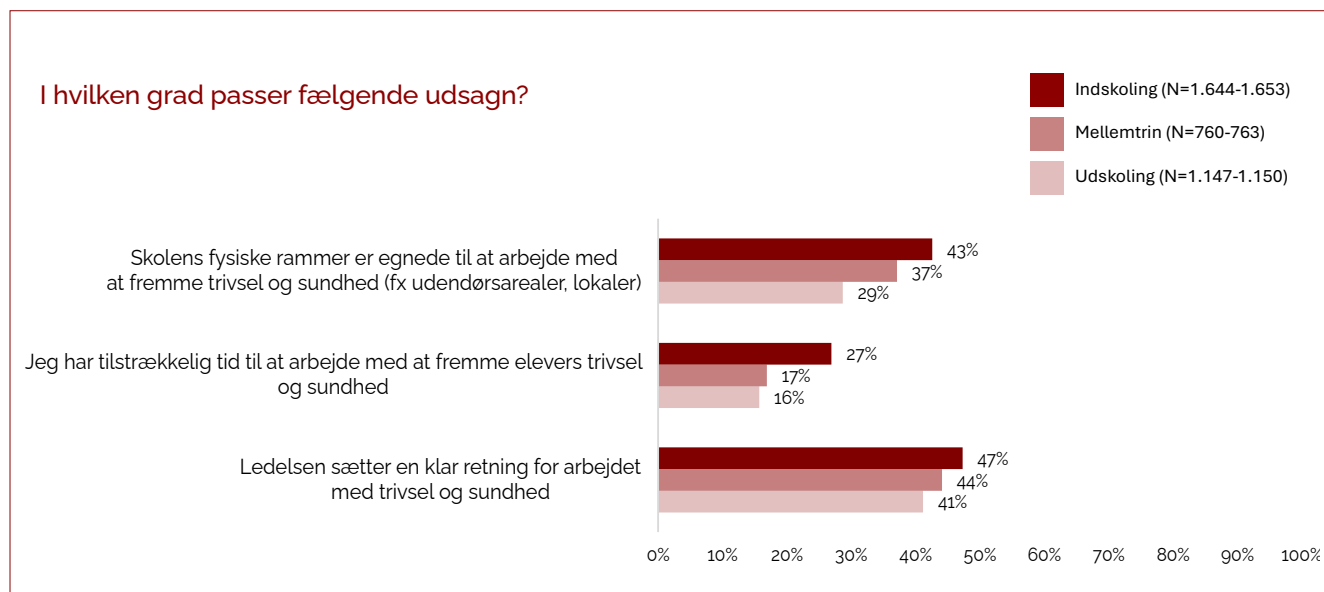
En større andel vurderer, hhv. at skolens fysiske rammer er egnede til at arbejde med at fremme trivsel og sundhed, og at de har tilstrækkelig tid til at arbejde med at fremme elevers trivsel og sundhed blandt pædagoger og medhjælpere (hhv. 45% og 37%) sammenlignet med lærere (hhv. 35% og 15%).

Figur 8.3: Andelen af hhv. lærere samt pædagoger og medhjælpere, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for skolens arbejde med trivsel og sundhed.



Figur 8.4 viser andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for arbejdet med trivsel og sundhed. Andelen af medarbejdere, der vurderer, at skolens fysiske rammer er egnede til at arbejde med at fremme trivsel og sundhed er størst i indskolingen (43%), dernæst på mellemtrinnet (37%) og mindst i udskolingen (29%). Desuden vurderer en større andel af medarbejdere, at de har tilstrækkelig tid til at arbejde med at fremme trivsel og sundhed i indskolingen (27%) end både på mellemtrinnet (17%) og i udskolingen (16%).

Figur 8.4: Andelen af medarbejdere, fordelt på klassetrin, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for skolens arbejde med trivsel og sundhed.



Figur 8.5 viser andelene af medarbejdere og ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for arbejdet med trivsel og sundhed.

Blandt medarbejdere vurderer en mindre andel, at ledelsen sætter klare mål og retning på folkeskoler (43%) og specialskoler (47%) end på fri- og privatskoler (61%). Andelen af medarbejdere, der vurderer at de har tilstrækkelig tid til arbejdet med at fremme elevers trivsel og sundhed er mindst på folkeskoler (17%), dernæst fri- og privatskoler (30%) og størst på specialskoler (44%). Der er ikke væsentlige forskelle på tværs af elevgruppens socioøkonomi blandt medarbejdere.

En større andel ledere vurderer, at forældrene bakker op på fri- og privatskoler (75%), dernæst specialskoler (67%) og mindst på folkeskoler (57%). Tilsvarende vurderer en markant større andel ledere at have et økonomisk råderum på fri- og privatskoler (59%) end på folkeskoler (24%). Omvendt er andelen af ledere, der vurderer, at forvaltningen sætter klare mål og retning markant lavere på fri- og privatskoler (11%) end på både folkeskoler (39%) og specialskoler (45%).

Andelen af ledere, der vurderer, at forældrene bakker op om tiltag inden for trivsel og sundhed, er mindst på skoler med lav (50%), dernæst skoler med mellem (64%) og størst på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen (72%).

Figur 8.5: Andelen af hhv. medarbejdere og ledere, fordelt på skoletype og elevgruppens socioøkonomi, der vurderer i høj eller meget høj grad, at forskellige forhold vedrørende rammer og ressourcer gør sig gældende for skolens arbejde med trivsel og sundhed

^a Farveskalaen angiver andelenes størrelse, hvor de mørkeste nuancer repræsenterer andele over 50%, de lyseste nuancer andele under 20%.

^b Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesniveau, se Boks 5.

Medarbejdere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
I hvilken grad passer følgende udsagn:	Folkeskole (N=3.789-3.806)	Fri- og privatskole (N=655-658)	Specialskole (N=552-554)	Lav (N=1.734-1.743)	Mellem (N=1.974-1.984)	Høj (N=1.286-1.291)
Skolens fysiske rammer er egnede til at arbejde med at fremme trivsel og sundhed (for eksempel udendørsarealer, lokaler)	37%	43%	37%	40%	38%	33%
Jeg har tilstrækkelig tid til at arbejde med at fremme elevers trivsel og sundhed	17%	30%	44%	23%	21%	21%
Ledelsen sætter en klar retning for arbejdet med trivsel og sundhed	43%	61%	47%	45%	44%	50%
Ledere	Skoletype			Elevgruppens socioøkonomi **		
I hvilken grad passer følgende udsagn:	Folkeskole (N=613-668)	Fri- og privatskole (N=179-195)	Specialskole (N=66-69)	Lav (N=306-330)	Mellem (N=308-338)	Høj (N=245-264)
Skolebestyrelsen understøtter tiltag, der har til formål at fremme trivsel og sundhed	83%	85%	84%	87%	81%	82%
Forældrene bakker op om tiltag inden for trivsel og sundhed	57%	75%	67%	50%	64%	72%
Skolen har et økonomisk råderum, der gør det muligt at arbejde med at fremme trivsel og sundhed (for eksempel igangsætte nye tiltag)	24%	59%	46%	30%	31%	39%
Forvaltningen, der beskæftiger sig med skoleområdet, sætter klare mål og retning for skolens arbejde med trivsel og sundhed	39%	11%	45%	36%	36%	28%



Opsamling – Tema 8

Samlet peger resultaterne i Tema 8 på, at særligt tid fremstår som en central begrænsning i arbejdet med trivsel og sundhed. Samtidig ses at flere af rammerne for arbejdet med trivsel og sundhed opleves forskelligt på tværs af skoletyper, hvor flere organisatoriske rammer angives mere positivt på fri- og privatskoler og specialskoler end på folkeskoler.

Forskellene kan ses i lyset af skoletypernes forskellige organisering, styringsrelationer og kerneopgave. De større andele af, at ledelsen sætter en klar retning, forældreopbakning og økonomisk råderum på fri- og privatskoler kan afspejle forskelle i organisatoriske og økonomiske rammer samt relationen til forældregruppen. Det er samtidig forventeligt, at en mindre andel af ledere på fri- og privatskoler vurderer, at forvaltningen sætter klare mål og retning for arbejdet, da frie grundskoler har en friere styringsrelation til den kommunale forvaltning end folkeskoler (Undervisningsministeriet, 2026). De større andele på specialskoler bør tilsvarende ses i lyset af skolernes særlige målgruppe og specialpædagogiske kerneopgave (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025).



Diskussion og potentialer

I dette afsnit diskuteres rapportens centrale fund. Afslutningsvis peges på udvalgte potentialer, hvor resultaterne kan give anledning til opmærksomhed og videre drøftelser af ansvar, rammer og kapacitet.

Diskussion

Boks 6 opsummerer rapportens ni hovedfund. I det følgende diskuteres hvert af hovedfundene med fokus på, hvad de samlet set peger på i forhold til grundskolernes praksis og kapacitet til at fremme elevers trivsel og sundhed.

BOKS 6 Undersøgelsens hovedfund

- 1. Der er bred enighed om skolens medansvar for at fremme elevers trivsel og sundhed, men de organisatoriske rammer understøtter ikke altid.**
Både ledere og medarbejdere vurderer, at trivsel og sundhed er en vigtig del af skolens opgave og tæt forbundet med læring. Men samtidigt peger især medarbejdere på begrænset tid, mindre egnede fysiske rammer og utilstrækkelig ledelsesmæssig retning, mens lederne fremhæver begrænset økonomisk råderum og manglende mål og retning fra forvaltningen.
- 2. Arbejdet med trivsel og sundhed varierer betydeligt mellem områder.**
Fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel fylder mest i den daglige praksis, mange skoler har skriftlige politikker på områderne, og de er samtidig kendetegnet ved høje vurderinger af viden og kompetencer samt medansvar. Vægt, køn og seksualitet samt kropsopfattelse fylder derimod generelt mindre.
- 3. På flere områder opleves elevudfordringerne større på de ældre klassetrin, mens skolernes praksis er mere udbredt på de yngre.**
På tværs af flere områder vurderer medarbejderne, at elevernes udfordringer er størst i udskoling, mens den daglige organiserede og planlagte indsats samt oplevelsen af medansvar på flere områder er mest udbredt i indskoling.
- 4. På fire områder modsvarer omfang af skolernes praksis og kapacitet ikke de oplevede elevudfordringer.**
Søvn og træthed, kropsopfattelse, skærmb brug og sociale medier samt drikkevarer er områder, hvor relativt store andele af medarbejdere vurderer, at eleverne har udfordringer, mens den daglige praksis og medarbejdernes vurderinger af viden og kompetencer er mindre udbredte.
- 5. Under halvdelen af medarbejder vurderer, at elever med trivsels- og sundhedsudfordringer får et velkoordineret og sammenhængende forløb.**
Vurderingerne er særligt lave blandt lærere og på folkeskoler.

- 
- 6. Pædagoger og medhjælpere vurderer deres praksis og kapacitet inden for trivsel og sundhed bedre end lærere.**
Pædagoger og medhjælpere angiver generelt oftere, at de arbejder organiseret og planlagt med trivsels- og sundhedsområderne, og vurderer samtidigt deres medansvar, viden og kompetencer samt organisatoriske rammer højere.
 - 7. Arbejdet med trivsel og sundhed er stærkest forankret i skolens interne samarbejde, mens eksterne aktører inddrages i mindre grad.**
Medarbejdere og ledere vurderer generelt det interne samarbejde positivt. Langt størstedelen af ledere vurderer samtidig, at de inddrager medarbejdere i arbejdet med trivsel og sundhed. Elever, forældre/værger, PPR, sundhedsplejen og øvrige eksterne aktører inddrages i mindre grad i arbejdet.
 - 8. Skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen oplever flere elevudfordringer, men ikke tilsvarende stærkere rammer for arbejdet med trivsel og sundhed.**
Medarbejdere på disse skoler vurderer gennemgående at elevernes trivsels- og sundhedsudfordringer er mere udbredte end medarbejdere på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen. Omvendt vurderes tid, ledelsesmæssig prioritering eller øvrige organisatoriske rammer mindre positivt.
 - 9. Skoletyperne har forskellige vilkår for arbejdet med trivsel og sundhed.**
På specialskoler vurderes elevudfordringerne som mest udbredte, men samtidigt er skolernes praksis og kapacitet mere udbygget end på de øvrige skoletyper. Fri- og privatskoler vurderer generelt færre elevudfordringer og flere organisatoriske rammer positivt, herunder ledelsesmæssig prioritering, forældreopbakning og økonomisk råderum. Folkeskoler placerer sig mellem de øvrige skoletyper, når medarbejdere vurderer elevernes udfordringer. Samtidig vurderes flere organisatoriske rammer vanskeligere på folkeskoler, herunder tid, implementering af politikker og sammenhængende elevforløb ved udfordringer.

Der er bred enighed om skolens medansvar for at fremme elevers trivsel og sundhed, men de organisatoriske rammer understøtter ikke altid

Undersøgelsen viser, at der blandt både ledere og medarbejdere er bred enighed om, at skolen har et medansvar for at fremme elevers trivsel og sundhed, og at trivsel, sundhed og læring hænger tæt sammen. Samtidig er den generelle oplevelse, at arbejdet prioriteres. Dette er et vigtigt udgangspunkt for skolernes kapacitet, da motivation og oplevet relevans har betydning for implementeringen af trivsels- og sundhedsindsatser (Durlak & DuPre, 2008; Pearson et al., 2015). Endvidere implementeres indsatser i højere grad, når de opfattes som en del af skolens kerneopgave; læring (Darlington et al., 2021; Duus et al., 2025).

På den anden side viser undersøgelsen, at de organisatoriske rammer ikke altid understøtter arbejdet. Særligt tid fremstår som en begrænsning for medarbejdernes arbejde med trivsel og sundhed. Hertil kommer, at kun omkring en tredjedel af medarbejderne vurderer, at de fysiske rammer er egnede, og kun omkring halvdelen oplever, at ledelsen i tilstrækkelig grad sætter en klar retning. Blandt lederne peges desuden på begrænset økonomisk råderum samt manglende mål og retning fra forvaltningen. Dette er problematisk for kapaciteten, da arbejdet med trivsel og sundhed i høj grad påvirkes af de rammer og ressourcer, skolen har til rådighed, herunder tid, opgavepres og styring (Darlington et al., 2021; WHO, 2021, 2022). Resultaterne er dog ikke overraskende, da skolen i dag løfter mange samtidige opgaver, og kompleksiteten i opgaven er steget over tid

(Tegtmejer et al., 2024).

Samlet peger resultaterne på, at grundskolerne har et stærkt udgangspunkt for arbejdet med trivsel og sundhed i form af bred opbakning og oplevet relevans. Skal kapaciteten styrkes yderligere, peger undersøgelsen samtidig på et behov for organisatoriske rammer, der i højere grad understøtter arbejdet.

Arbejdet med trivsel og sundhed varierer betydeligt mellem områder

Et centralt fund i rapporten er, at fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel står stærkt i skolernes arbejde. Det gælder både den daglige organiserede og planlagte praksis, medarbejdernes oplevede viden og kompetencer, oplevelsen af medansvar samt den organisatoriske forankring gennem skriftlige politikker. Dette er på mange måder et forventeligt fund. Som beskrevet i rapportens introduktion er trivsel i dag en institutionaliseret del af grundskolens opgave. Trivsel følges gennem den nationale trivselsmåling og forstås bredt som en forudsætning for elevers læring, deltagelse og udvikling (Simovska & Primdahl, 2024). Resultaterne kan derfor ses som et udtryk for, at mange års politisk og faglig opmærksomhed har bidraget til at opbygge skolernes kapacitet på disse områder. Den høje udbredelse af skriftlige politikker vedrørende fællesskaber og sociale relationer er desuden forventelig, idet alle grundskoler er lovmæssigt forpligtet til at have en antimobbestrategi.

Rapporten viser samtidig, at motion, bevægelse eller motorik fylder relativt meget, særligt på de yngre klas-

setrin og blandt pædagoger og medhjælpere. Dette kan ses i lyset af den politiske og lovgivningsmæssige opmærksomhed, som bevægelse i skolen har haft siden folkeskolereformen i 2014, hvor kravet om gennemsnitligt 45 minutters daglig motion og bevægelse blev indført (Regeringen et al., 2013). Selvom kravet siden er ophævet, kan resultaterne indikere, at den læn- gerevarende politiske og faglige opmærksomhed har bidraget til at forankre området i skolernes praksis, om end særligt på de yngre klassetrin. Resultaterne peger samtidig på, at pædagoger og medhjælpere spiller en central rolle i arbejdet med området.

Områderne skærmbrug og sociale medier samt alkohol, tobak, nikotin og andre rusmidler er særligt kendetegnet ved en stærk formel forankring gennem skriftlige politikker. For skærmbrug og sociale medier er dette ikke overraskende. Området har gennem de seneste år været genstand for betydelig politisk og offentlig opmærksomhed. Blandt andet anbefalede Trivselskommissionen i 2025 – og derefter regeringen – mobilfrie grundskoler (Trivselskommissionen, 2025) og der findes nationale retningslinjer på området (Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, 2024). I forhold til alkohol, tobak, nikotin og andre rusmidler er den stærke politik-forankring ligeledes forventelig, da loven om røgfri skoletid siden 2021 har forpligtet skolerne til at håndhæve røgfrihed i skoletiden. Undersøgelsen viser samtidig, at implementeringen endnu ikke er fuldstændig på alle skoler. Dette harmonerer med nyere evalueringer, som peger på, at nogle skoler fortsat oplever udfordringer med at omsætte lovgivningen til praksis (Arp et al., 2025; Statens Institut for Folkesundhed, 2025).

Omvendt fylder vægt, køn og seksualitet og kropsoptagelse generelt mindre i skolernes daglige praksis. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at relativt få medarbejdere arbejder organiseret og planlagt med områderne, at færre oplever at have den nødvendige viden og kompetencer, og at kun en mindre andel af skolerne har skriftlige politikker på områderne. Det er tre områder, der i nogen grad hænger sammen begrebsmæssigt, og hvor undersøgelsen samlet peger på, at de fylder mindre i grundskolens arbejde med trivsel og sundhed.

Måske mest tankevækkende er køn og seksualitet, da området indgår som en obligatorisk del af det timeløse fag Sundheds- og Seksualundervisning og Familiekundskab (SSF). Resultaterne stemmer imidlertid godt overens med tidligere evalueringer af SSF, som viser, at skolerne generelt har større fokus på den del af faget, der omhandler "sundhed og trivsel", end på den del, der omhandler "køn, krop og seksualitet" (Følner et al., 2019). Evalueringen viser desuden, at mange lærere ikke oplever sig fagligt klædt på til at varetage undervisningen, og at kun 13 % af dem, der underviser i SSF, har gennemført det frivillige kursus i SSF på læreruddannelsen (ibid). Dette stemmer godt overens med resultaterne i denne undersøgelse, hvor viden og kompetencer inden for køn og seksualitet vurderes lavere end for flere af de øvrige trivsels- og sundhedsområder.

I et kapacitetsperspektiv peger resultaterne på, at skolernes kapacitet varierer mellem de enkelte områder. Hvor nogle områder gennem længere tid har været genstand for politisk, faglig og organisatorisk opmærk-

somhed og fremstår relativt velintegrerede i skolernes praksis, er andre områder i mindre grad organisatorisk og kompetencemæssigt forankrede.

På flere områder opleves elevudfordringer som større i udskolingen, mens skolernes praksis er mest udbredt i indskolingen

Undersøgelsen viser, at medarbejderne generelt vurderer, at elevernes udfordringer med trivsel og sundhed er større i udskolingen. Dette gælder blandt andet fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel, søvn og træthed, skærmbrug og sociale medier, drikkevaner samt kropsoptagelse. Forskellene mellem klassetrin flugter med Skolebørnsundersøgelsen 2022, som viser, at flere indikatorer for trivsel og sundhedsadfærd er mere positive på yngre end ældre klassetrin (Madsen et al., 2023). Stigningen i udfordringer med alder kan ikke forklares entydigt, men kan ses i lyset af en række forhold, herunder biologiske forandringer, øget selvstændighed, ændrede relationer til familie og jævnaldrende samt nye samfundsmæssige påvirkninger (Katznelson et al., 2021; Mollborn & Lawrence, 2018; Umberson et al., 2010).

Samtidig peger undersøgelsen på, at skolernes praksis og kapacitet ikke i samme grad følger dette mønster. På flere områder, herunder fællesskaber og sociale relationer, mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik, falder andelen af medarbejdere, der arbejder dagligt organiseret og planlagt med områderne, med højere klassetrin. Tilsvarende falder medarbejdernes

oplevelse af medansvar på flere af områderne. Samlet peger resultaterne derfor på, at skolernes kapacitet på flere områder er stærkest i indskolingen, selv om udfordringerne ofte opleves som størst blandt eleverne i udskolingen.

Skærmbrug og sociale medier udgør dog en undtagelse fra dette mønster. Her stiger både de daglige organiserede og planlagte aktiviteter samt medarbejdernes vurdering af viden og kompetencer med højere klassetrin.

Undersøgelsen peger overordnet set på et udviklingspotentiale i forhold til at styrke skolernes kapacitet til at arbejde med trivsel og sundhed på de ældre klassetrin. Det gælder for eksempel udvikling af rammer samt pædagogiske og didaktiske tilgange, der understøtter arbejdet med de trivsels- og sundhedsudfordringer, som præger elevernes ungdomsliv.

På fire områder er der mindre overensstemmelse mellem oplevede elevudfordringer og skolernes praksis og kapacitet i udskolingen

Et særligt bidrag fra rapporten er, at den både belyser medarbejdernes vurderinger af elevernes trivsels- og sundhedsudfordringer og skolernes praksis og kapacitet inden for de samme områder.

Overordnet ses en god overensstemmelse mellem de to perspektiver. De områder, hvor medarbejderne oftest vurderer, at eleverne har udfordringer – særligt fællesskaber og sociale relationer samt mental trivsel – er også de områder, der fylder mest i skolernes arbejde.

Omvendt fylder vægt relativt lidt både i vurderingen af elevudfordringer og i skolernes praksis.

Rapporten peger samtidig på fire områder, hvor den overensstemmelse er mindre tydelig i udkolingen: skærmb brug og sociale medier, kropso pfattelse, søvn og træthed samt drikkevaner. Konkret vurderer mere end halvdelen, at eleverne i udkolingen har udfordringer med henholdsvis skærmb brug og sociale medier samt søvn og træthed. Og mere end en tredjedel vurderer, at eleverne har udfordringer med henholdsvis kropso pfattelse og drikkevaner. Samtidig er den daglige praksis og medarbejdernes oplevelse af viden og kompetencer generelt mindre udbredt for disse områder, om end mønstret varierer mellem områderne.

For kropso pfattelse og drikkevaner er både de daglige organiserede og planlagte aktiviteter, medarbejdernes oplevede viden og kompetencer samt den organisatoriske forankring gennem skriftlige politikker relativt begrænset.

For skærmb brug og sociale medier tegner der sig et andet billede. Her angiver langt de fleste ledere, at skolen har en skriftlig politik, og at denne i høj grad er implementeret. De daglige organiserede og planlagte aktiviteter er derimod mindre udbredt. Det kan pege på, at arbejdet på området i højere grad er organiseret gennem regler og rammesætning end gennem en integreret pædagogisk praksis.

Søvn og træthed skiller sig særligt ud ved en begrænset organisatorisk forankring igennem skriftlige politikker. Kun en mindre andel af skolerne har en skriftlig politik på området, og blandt disse vurderer blot 28%, at politikken i høj eller meget høj grad er implementeret i

skolehverdagen. Resultaterne kan indikere, at området opleves som vanskeligt at omsætte til en systematisk skolepraksis – selv blandt skoler med en formel ambition om at arbejde med søvn og træthed.

Samlet peger resultaterne på, at der er et udviklingspotentiale i forhold til at styrke sammenhængen mellem oplevede elevudfordringer og skolernes praksis og kapacitet i udkolingen. Dette synes særligt relevant på områder, hvor trivsels- og sundhedsrelaterede udfordringer samtidig kan have betydning for elevers muligheder for at deltage i undervisningen, indgå i fællesskaber og få udbytte af skoledagen. Eksempelvis peger forskning på, at søvn har betydning for blandt andet koncentration, læring og mental sundhed (Barlaan et al., 2022; Bruce et al., 2017; Uleman et al., 2026). Et andet eksempel er kropso pfattelse, hvor ny dansk forskning viser, at kropsidealer, kropsvurderinger og oplevelser af egen krop kan påvirke elevers deltagelse i skolens sociale fællesskaber og trivsel (Børns Vilkår, 2026; Justenborg, 2023; Justenborg et al., 2021). Resultaterne understreger samtidig, at udviklingsbehovene ikke er de samme på tværs af områder. Nogle områder synes først og fremmest at have behov for en stærkere organisatorisk forankring, mens andre i højere grad kalder på udvikling af praksis samt viden og kompetencer eller begge dele.

Under en fjerdedel af medarbejderne vurderer, at elever med trivsels- og sundhedsudfordringer får et velkoordineret og sammenhængende forløb

Resultaterne peger på, at medarbejderne generelt vurderer samarbejdet med forældre og centrale samarbejdspartnere omkring elever med trivsels- og sundhedsudfordringer positivt. Samtidigt vurderer relativt få, at der er tilstrækkelig tid til opfølgning, og under en fjerdedel oplever, at eleverne samlet set får den nødvendige støtte gennem et velkoordineret og sammenhængende forløb. Disse bekymrende tendenser er desuden særligt gældende på folkeskoler og i højere grad blandt lærere end pædagoger og medhjælpere.

Resultaterne peger dermed på, at gode samarbejdsrelationer ikke nødvendigvis følges af en tilsvarende oplevelse af sammenhæng og koordinering i forløb for elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Det er en central pointe, fordi arbejdet med mistrivsel, bekymrende skolefravær og komplekse elevudfordringer ofte kræver samarbejde på tværs af skole, hjem, PPR og øvrige kommunale funktioner, hvor tydelig ansvarsfordeling og koordinering er afgørende (Trivselskommissionen, 2025).

Resultaterne peger således på et udviklingspotentiale i forhold til at styrke skolernes kapacitet til at skabe sammenhængende forløb omkring elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Det gælder særligt de organisatoriske rammer for samarbejdet på folkeskoler, herunder tid til koordinering. Ligesom klare ansvarsfordelinger og fælles handleveje på tværs af faggrupper og aktører kan styrkes.

Pædagoger og medhjælpere vurderer deres praksis og kapacitet inden for trivsel og sundhed bedre end lærere

Resultaterne peger på, at arbejdet med trivsel og sundhed ikke er ens fordelt mellem skolens faggrupper. Pædagoger og medhjælpere vurderer på flere områder deres praksis, viden og kompetencer, medansvar og rammer mere positivt end lærere. Dette kan ses i lyset af personalegruppernes forskellige opgaver, faglige orienteringer og professionelle selvforståelser. Tidligere undersøgelser peger på, at pædagogfagligheden i særlig grad er orienteret mod trivsel, fællesskaber, relationer, deltagelsesmuligheder og aktivitetsbaserede læringsmiljøer, mens lærerfagligheden i højere grad er knyttet til undervisning og faglig læring (Dahl, 2020). Pædagoger og medhjælpere kan desuden i nogle sammenhænge have andre muligheder for at arbejde med trivsel og sundhed i hverdagen, fordi deres opgaver i mindre grad er bundet til faglige læringsmål og undervisningsmæssige krav (Børne- og Undervisningsministeriet, 2024b; Danmarks Evalueringsinstitut, 2017a). Forskellene mellem personalegrupper bør samtidig ses i sammenhæng med skolernes organisering på tværs af klassetrin. Pædagoger og medhjælpere er i højere grad til stede i indskolingen (Danmarks Evalueringsinstitut, 2017b), hvor praksis og kapacitet på flere trivsels- og sundhedsområder også vurderes højere. De observerede forskelle mellem klassetrin kan derfor delvist hænge sammen med forskelle i personalesammensætningen og kan ikke nødvendigvis tilskrives alderstrinnet alene. Klassetrin, faggrupper og organisering bør således ses i sammenhæng, når

skolernes praksis og kapacitet fortolkes.

Faglighederne er overlappende og bør ikke forstås som udtryk for en entydig arbejdsdeling (Børne- og Undervisningsministeriet, 2024b; Danmarks Evalueringsinstitut, 2017a). Udviklingsperspektivet handler derfor ikke om, hvilken faggruppe der har ansvaret for trivsel og sundhed, men om, hvordan skolernes organisering kan understøtte, at læreres, pædagogers og medhjælperes kompetencer bringes i spil og supplerer hinanden. Dette er i tråd med add-in-tilgangen, hvor trivsel, sundhed og læring tænkes sammen og forankres i skolens eksisterende praksisser frem for som særskilte opgaver (Bentsen et al., 2020). Desuden kan dette understøtte potentialet for i højere grad at understøtte et tættere samarbejde mellem fagligheder og et fokus på tidligere og mere forebyggende indsatser, som Trivselskommissionen (Trivselskommissionen, 2025), og nyere analyser, har peget på (VIVE, 2026).

Samarbejdet med trivsel og sundhed er stærkest forankret mellem ledelse og medarbejdere, mens elever, forældre/værger og eksterne aktører i mindre grad inddrages

Resultaterne viser, at næsten alle ledere vurderer, at medarbejderne inddrages, når skolen udvikler eller træffer beslutninger om tiltag inden for trivsel og sundhed. Dette er positivt i et kapacitetsperspektiv, da forskning peger på, at inddragelse af medarbejdere kan styrke både relevansen af indsatserne og ejerskabet til deres implementering (Darlington et al., 2021; Langford et al., 2014; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 2021).

Resultaterne peger samtidig på et muligt udviklingspotentiale i forhold til elevinddragelse. I denne undersøgelse vurderer omkring halvdelen af lederne, at eleverne inddrages, når der udvikles eller træffes beslutninger om trivsels- og sundhedstiltag. Dette understøttes af en nyere dansk undersøgelse, som understreger et generelt behov for at styrke elevinddragelsen i grundskolen (Egmont og Danske Skoleelever, 2026) – og desuden peger på flere positive forhold ved elevinddragelse, så som øget motivation, trivsel og demokratisk selvtilid (ibid).

Rapporten viser desuden, at omkring halvdelen af skolerne inddrager PPR i arbejdet med at udvikle eller beslutte trivsels- og sundhedstiltag, og at inddragelsen er mindre på fri- og privatskoler. Forskellene kan blandt andet ses i lyset af forskellige institutionelle rammer, idet tidligere undersøgelser peger på, at PPR's samarbejde med skolerne varierer betydeligt mellem kommuner og skoler, blandt andet i forhold til organisering og fysisk tilstedeværelse (Danmarks Evalueringsinstitut (EVA), 2023). Desuden har en tidligere undersøgelse også vist, at fri- og privatskoler generelt har et mindre omfattende samarbejde med PPR end folkeskoler (Danmarks Evalueringsinstitut, 2015).

Rapporten viser samtidig, at under en tredjedel af skolerne inddrager sundhedsplejersken i arbejdet med at udvikle eller beslutte trivsels- og sundhedstiltag. Nationale anbefalinger peger imidlertid på, at sundhedsplejersken med fordel kan bidrage til skolens brede arbejde med trivsel og sundhed og ikke alene til individuelle elevsamtaler (Sundhedsstyrelsen, 2024). Tilsvarende viser rapporten, at færre end hver fem-

te skole inddrager eksterne aktører som foreninger, sundhedskonsulenter eller NGO'er. Eksterne aktører kan bidrage med viden, ressourcer og kompetencer, som understøtter skolers sundhedsfremmende arbejde (Darlington et al., 2021; Langford et al., 2014; Samdal & Rowling, 2011, 2015b; WHO, 1996, 2021) og det ligger samtidig i forlængelse af intentionerne bag Åben Skole, hvor samarbejde med lokalsamfundet skal bidrage til skolens opgaveløsning (Regeringen, 2024). Der er således udviklingspotentialer i forhold til både systematisk inddragelse af både sundhedsplejersken og lokalsamfund i forhold til det brede arbejde med at udvikle trivsels- og sundhedstiltag.

Samlet peger resultaterne på, at grundskolerne har et stærkt fundament i det interne samarbejde mellem ledelse og medarbejdere omkring trivsel og sundhed. Skal kapaciteten styrkes yderligere, peger undersøgelsen samtidig på et potentiale i at styrke både elevinddragelsen og samarbejdet med PPR, sundhedsplejen og øvrige eksterne aktører.

Skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen oplever flere elevudfordringer, men ikke tilsvarende bedre rammer for arbejdet med trivsel og sundhed

Undersøgelsen viser, at medarbejdere på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen gennemgående vurderer, at eleverne har flere udfordringer med trivsel og sundhed end medarbejdere på skoler med høj socioøkonomi. Socioøkonomisk ulighed i sundhed er et vel-dokumenteret fænomen (Holt Udesen, 2020; Marmot

et al., 2008), og resultaterne peger på, at disse forskelle også kommer til udtryk i skolernes hverdag gennem medarbejdernes oplevelse af elevernes udfordringer.

Undersøgelsen indikerer samtidig en diskrepans mellem de oplevede udfordringer og skolernes kapacitet. På enkelte områder – særligt mental trivsel samt motion, bevægelse eller motorik – er den daglige organiserede og planlagte praksis mere udbredt på skoler med lav socioøkonomi i elevgruppen, hvilket kan afspejle, at medarbejderne i højere grad oplever et behov for en indsats. Samtidig viser undersøgelsen, at disse skoler ikke generelt vurderer de organisatoriske rammer stærkere. Der ses kun få forskelle i medarbejdernes vurderinger af tid, ledelsesmæssig prioritering og øvrige organisatoriske rammer. Tværtimod vurderer ledere på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen oftere, at forældrene bakker op om skolens arbejde med trivsel og sundhed, ligesom ledere på skoler med høj socioøkonomi i elevgruppen oftere angiver, at skolen har skriftlige politikker inden for flere områder.

Samlet føjer resultaterne sig til den omfattende evidens, der peger på social ulighed i sundhed som en af de væsentligste folkesundhedsudfordringer (Holt Udesen, 2020; Marmot et al., 2008) og tydeliggør, at social ulighed fortsat udgør et centralt fokus i arbejdet med børn og unges trivsel og sundhed. Samtidig peger undersøgelsen på, at de skoler, hvor medarbejderne oplever de største trivsels- og sundhedsudfordringer blandt eleverne, ikke nødvendigvis oplever tilsvarende stærkere forudsætninger for arbejdet. I et kapacitetsperspektiv peger dette på et behov for en mere målrettet kapacitetsopbygning på skoler, hvor behovet for

ressourcer, kompetenceudvikling og organisatorisk understøttelse kan være større.

Skoletyperne har forskellige vilkår for arbejdet med trivsel og sundhed

Undersøgelsen viser tydelige forskelle mellem folkeskoler, fri- og privatskoler og specialskoler i arbejdet med trivsel og sundhed.

Specialskoler skiller sig ud ved, at medarbejdere vurderer elevudfordringer som mere udbredte end på de øvrige skoletyper. Samtidig fremstår arbejdet med trivsel og sundhed også mere udbygget på specialskoler. Dette er i høj grad forventeligt i lyset af specialskolernes målgruppe og specialpædagogiske opgave (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2, 2025). Derfor kan det være mere relevant at fokusere på forskellene mellem folkeskoler og fri- og privatskoler, der primært beskæftiger sig med almenområdet.

Rapporten peger på, at medarbejdere på fri- og privatskoler generelt vurderer færre elevudfordringer inden for trivsel og sundhed end folkeskoler. Samtidig vurderes flere organisatoriske rammer mere positivt, herunder ledelsesmæssig prioritering, klare mål og retning, forældreopbakning og økonomisk råderum. Omvendt fremstår folkeskoler på flere områder som den skoletype, hvor rammerne for arbejdet vurderes vanskeligst. Det gælder blandt andet tid til arbejdet, tid til opfølgning på elever med udfordringer, implementering af skriftlige politikker samt vurderinger af, at elever med udfordringer får et velkoordineret og sammenhængende forløb.

Det ligger uden for denne rapports anliggende at forklare udtømmende, hvorfor folkeskoler vurderes at have vanskeligere rammer for arbejdet med trivsel og sundhed. To udviklinger er dog relevante at fremhæve. For det første står folkeskolen med en bred og sammensat elevgruppe, hvor flere elever vurderes at have behov for støtte i almenundervisningen. Det øger kompleksiteten i skolens opgave og stiller større krav til differentiering, koordinering og specialpædagogisk kapacitet (Tegtmejer et al., 2024). For det andet peger nyere analyser på, at en stigende del af den specialpædagogiske støtte organiseres tættere på almenundervisningen, blandt andet gennem mellemformer. Det øger behovet for tid, tværprofessionelt samarbejde og organisatorisk kapacitet i den almene grundskole (EVA, 2022; VIVE, 2022; VIVE og forfatterne, 2023). Disse forhold kan ikke forklare rapportens fund alene, men resultaterne skal ses i lyset af denne udvikling, hvor folkeskolens organisatoriske kapacitet i stigende grad udfordres af en mere kompleks opgave.

Samlet kan vi konstatere, at arbejdet med trivsel og sundhed må forstås i relation til skolernes forskellige elevgrupper, organisering og rammevilkår. I et kapacitetsperspektiv kan der særligt være et potentiale i at målrette kapacitetsopbygning mod folkeskolerne. Sammenlignet med fri- og privatskoler vurderes folkeskolerne at stå med en mere kompleks opgave og samtidig vanskeligere rammer for arbejdet med trivsel og sundhed. Resultaterne peger derfor på betydningen af, at udviklingen af skolernes kapacitet tager højde for disse forskellige udgangspunkter.

Udviklingspotentialer

På baggrund af rapportens resultater kan der peges på en række potentialer for at videreudvikle grundskolernes praksis og kapacitet til at fremme elevers trivsel og sundhed. Potentialerne skal ikke forstås som en udtømmende liste, men som udvalgte udviklingsmuligheder, der udspringer af rapportens resultater.

Et centralt udgangspunkt er, at de følgende potentialer ikke skal forstås som et argument for at lægge flere særskilte opgaver oven på skolen. Skolerne arbejder

allerede i en hverdag præget af mange samtidige krav. Potentialet ligger derfor i at undersøge, hvordan trivsel og sundhed i højere grad kan integreres meningsfuldt i undervisning, pædagogik, organisering og samarbejde. Dette er i tråd med en helskoletilgang, hvor trivsel, sundhed og læring betragtes som gensidigt understøttende (Bentsen et al., 2020; Darlington et al., 2021; Samdal & Rowling, 2015a; Sawyer et al., 2021).



Potentialer på fire trivsels- og sundhedsområder

Et gennemgående fund i rapporten er, at der på flere områder kan være et potentiale i at styrke sammenhængen mellem de trivsels- og sundhedsudfordringer, medarbejderne oplever blandt eleverne, og skolernes praksis og kapacitet.

Skærm og sociale medier. Resultaterne viser, at skærmbrug og digitale medier allerede fylder relativt meget på skolerne, og at mange skoler har skriftlige politikker herom. Potentialet synes derfor i mindre grad at handle om, hvorvidt skolerne arbejder med området, og i højere grad om, hvordan arbejdet understøtter elevernes trivsel og sundhed. Det kan eksempelvis handle om at videreudvikle den pædagogiske og didaktiske anvendelse af området samt styrke medarbejdernes viden og kompetencer i relation til de udfordringer, som sociale medier og digitalt hverdagsliv kan give anledning til (fx ift. kropsopfattelse).

Kropsopfattelse. I forlængelse heraf peger resultaterne på et potentiale for at styrke skolernes praksis og kapacitet i relation til kropsopfattelse, herunder medarbejdernes viden og kompetencer. Det kan samtidig undersøges, hvordan emnet kan integreres mere systematisk i undervisningen og trivselsarbejdet, eksempelvis som led i arbejdet med identitet, fællesskaber og digitale medier. Sundheds- og Seksualundervisning og Familiekundskab (SSF) kan i den forbindelse udgøre en relevant ramme for at adressere kropsopfattelse i sammenhæng med køn og seksualitet.

Søvn og træthed. Resultaterne peger på et potentiale i at styrke skolernes arbejde med søvn og træthed. Potentialet kan blandt andet handle om at understøtte implementeringen af eksisterende politikker og retningslinjer samt undersøge, hvordan søvn i højere grad kan tænkes ind i skolens eksisterende arbejde med trivsel og sundhed. Det kan eksempelvis ske gennem relevante undervisningsforløb, rammer for skoledagen

(fx mødetider og pauser), eller ved at indtænke søvn som en del af skolens bredere arbejde med unges hverdagsliv og digitale vaner.

Drikkevaner. Resultaterne peger på et potentiale i at styrke skolernes arbejde med drikkevaner gennem både undervisning og rammesætning. Det kan eksempelvis handle om at integrere temaet i relevante fag og undervisningsforløb og om at skabe rammer, der understøtter sunde drikkevaner, blandt andet gennem tilgængeligheden af forskellige typer drikkevarer.

På tværs af disse fire områder opleves udfordringerne samtidig som størst blandt de ældre elever. Det peger på, at udviklingspotentialet særligt består i at styrke praksis og kapacitet målrettet udskolingen.

Styrkelse af praksis og kapacitet på de ældre klassetrin

Resultaterne peger på et generelt potentiale i at udvikle skolernes praksis og kapacitet med større opmærksomhed på de ældre klassetrin. På tværs af rapporten opleves flere trivsels- og sundhedsudfordringer som særligt udbredte blandt ældre elever, samtidig med at skolernes praksis på flere områder er mest udbredt på de yngre klassetrin. Det gælder for eksempel udvikling af rammer samt pædagogiske og didaktiske tilgange, der understøtter arbejdet med de trivsels- og sundhedsudfordringer, som præger elevernes ungdomsliv. Sammenhængende forløb for elever med trivsels- og sundhedsudfordringer

Resultaterne peger på et potentiale i at styrke koordineringen omkring elever med trivsels- og sundhedsudfordringer. Potentialet kan blandt andet ligge i tydeligere fælles handleveje, klarere ansvarsfordeling og bedre rammer for koordinering og opfølgning på tværs af faggrupper og samarbejdspartnere. Dette flugter samtidig med den aktuelle udvikling mod mere sammenhængende indsatser for børn og unge med blandt andet bekymrende skolefravær (Børne- og Undervisningsministeriet, 2025b; Børns Vilkår, 2020; VIVE, 2026).

Tværfagligt samarbejde

Rapporten peger samtidig på et potentiale i at styrke skolernes kapacitet gennem mere systematisk inddragelse af PPR, sundhedsplejen og relevante aktører fra lokalsamfundet. Potentialet ligger i at bringe flere relevante kompetencer i spil omkring skolernes arbejde med trivsel og sundhed, som også stemmer fint overens med en helskoletilgang til trivsel og sundhed (Darlington et al., 2021; WHO, 2021).

Elevinddragelse

Resultaterne peger på et potentiale i at styrke elevinddragelsen i arbejdet med trivsel og sundhed. En mere systematisk inddragelse af elevernes perspektiver kan bidrage til, at indsatser og aktiviteter i højere grad opleves relevante og meningsfulde. Ligesom elevinddragelse i skolen generelt kan styrke trivsel og demokratisk selvtilid (Egmont og Danske Skoleelever, 2026).

Måltrettet kapacitetsopbygning

Rapporten peger generelt på et potentiale i at styrke de organisatoriske rammer for arbejdet med trivsel og sundhed. Særligt medarbejdernes oplevelse af organisatoriske rammer samt ledernes oplevelse af økonomisk råderum og tydelige mål fra forvaltningen peger på udviklingsmuligheder.

Samtidig viser resultaterne, at behovene ikke er ens på tværs af skoler. Der kan derfor være et potentiale i at målrette kapacitetsopbygning mod de skoler, hvor behovet synes størst. Det gælder blandt andet skoler med lav socioøkonomisk elevsammensætning, hvor medarbejderne oplever flere trivsels- og sundhedsudfordringer blandt eleverne uden tilsvarende stærkere organisatoriske rammer. Tilsvarende peger resultaterne på et potentiale i at styrke folkeskolernes kapacitet, hvor medarbejdere generelt vurderer flere elevudfordringer og vanskeligere organisatoriske betingelser end på fri- og privatskoler.



Konklusion

Formålet med rapporten har været at kortlægge danske grundskolers arbejde med elevers trivsel og sundhed og at belyse skolernes kapacitet på området. Rapporten viser, at arbejdet med trivsel og sundhed allerede fylder i grundskolen, men også at der er betydelig variation i, hvilke områder skolerne arbejder med, hvor medarbejdere og ledere vurderer at have ansvar, viden og kompetencer, og hvor arbejdet er organisatorisk forankret gennem skriftlige politikker. Undersøgelsen viser desuden systematiske forskelle mellem skoletyper, klassetrin og personalegrupper samt på enkelte områder mellem skoler med forskellig socioøkonomisk elevsammensætning.

Boks 6 sammenfatter rapportens ni hovedfund. På baggrund af disse peger rapporten samtidig på en række udviklingspotentialer for, hvordan grundskolernes praksis og kapacitet til at fremme elevers trivsel og sundhed kan videreudvikles. Potentialerne omfatter blandt andet en styrket sammenhæng mellem oplevede elevudfordringer og skolernes praksis og kapacitet på udvalgte tematiske områder, en fortsat udvikling af arbejdet på de ældre klassetrin, styrket koordinering og tværprofessionelt samarbejde, øget elevinddragelse samt målrettet kapacitetsopbygning, hvor behovet er størst.

Afslutningsvis skal de beskrevne udviklingspotentialer forstås som udvalgte udviklingsmuligheder, der udspringer af rapportens resultater. Andre faglige perspektiver og prioriteringer vil kunne pege på andre udviklingsmuligheder. Det er håbet, at rapporten kan bidrage til at kvalificere de videre drøftelser om, hvordan grundskolernes praksis og kapacitet til at fremme elevers trivsel og sundhed kan videreudvikles, og dermed understøtte et fortsat arbejde med at skabe gode rammer for børn og unges trivsel, sundhed og læring.



Metode

Dette kapitel uddyber hvordan spørgeskemaet er udviklet og opbygget, samt hvilke overvejelser der ligger bag. Afsnittet beskriver desuden bortfaldsanalysen og giver en samlet vurdering af undersøgelsens styrker og begrænsninger.

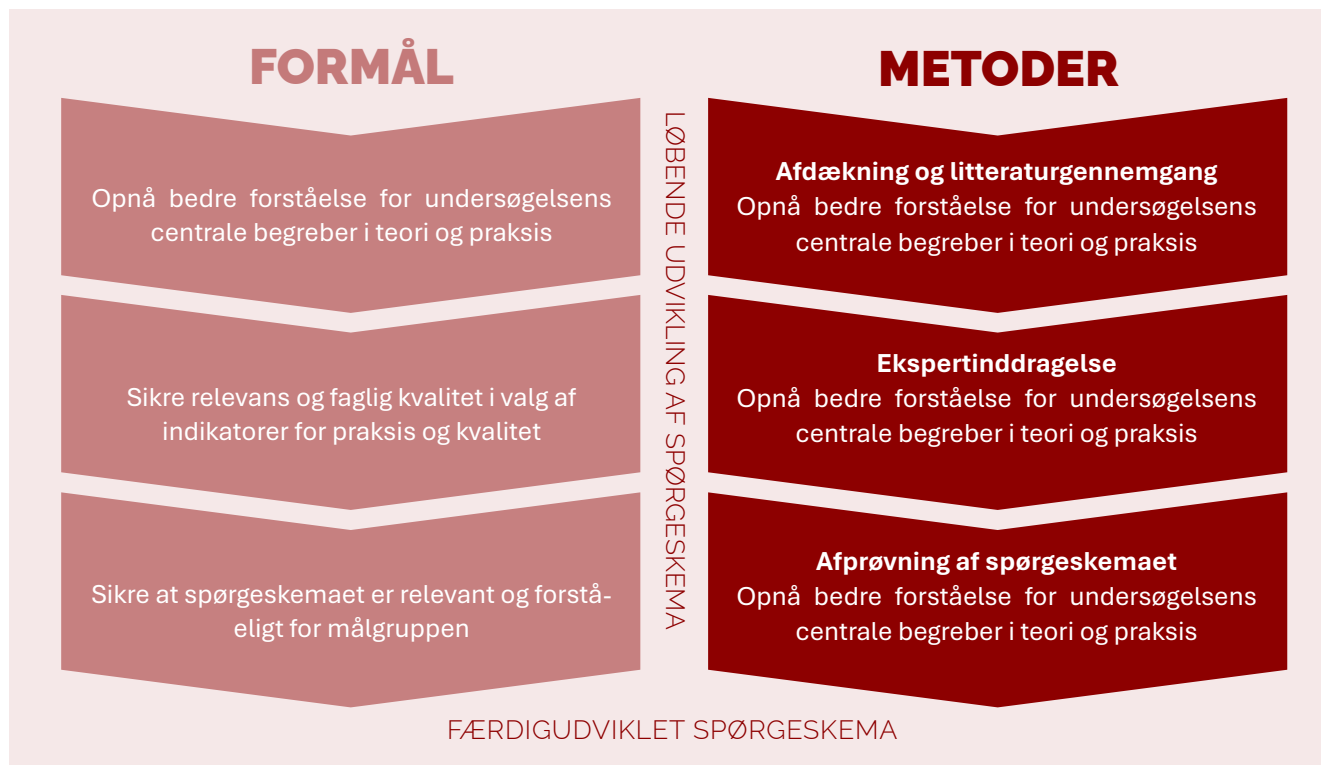
Udvikling af spørgeskema

Spørgeskemaet er udviklet af Center for Sundt Liv og Trivsel med udgangspunkt i undersøgelsens formål om at kortlægge skolars arbejde med og kapacitet til at fremme elevers trivsel og sundhed. Udviklingen af spørgeskemaet har fulgt en systematisk proces inspireret af internationale anbefalinger for udvikling af spørgeskemaer (Boateng et al., 2018), med fokus på at sikre både relevans for målgruppen og et solidt fagligt grundlag.

Indledende afdækning og litteraturgrundlag.

Som første skridt blev der gennemført en afdækning af eksisterende viden om skolars arbejde med trivsel og sundhed. Dette omfattede både lovgivning, centrale styringsdokumenter samt eksisterende undersøgelser og evalueringer på området. Formålet var at få et overblik over, hvilke opgaver skolen forventes at løse, hvordan arbejdet med trivsel og sundhed typisk kommer til udtryk i praksis, og samtidigt at identificere videnshul-ler i en skolekontekst.

Gennemgangen viste, at trivsel er et centralt begreb i skolen, men anvendes bredt og med forskellige betydninger (Gjedde, 2023; Molbæk et al., 2023; Simovska & Primdahl, 2024; Villumsen et al., 2024). Sundhed indgår mest eksplicit i det timeløse obligatoriske emne Sundheds-, seksualundervisning og familiekundskab (SFF), hvor implementeringen er varierende og i mindre grad systematisk understøttet (Duus, 2021; Følner et al., 2019). For at kunne belyse arbejdet med trivsel og sundhed har det derfor været nødvendigt at anvende en bred og pragmatisk forståelse af begreberne (se Boks 4), i tråd med lignende undersøgelser (Duus,



Figur 9: Metoder anvendt i forbindelse med udvikling af spørgeskemaet

2021; Hansen & Klinker, 2017; Hjort et al., 2025). Derudover blev der gennemført en litteratursøgning med fokus på organisatorisk kapacitet. Litteraturen viser, at kapacitetsbegrebet dækker mange dimensioner, og at der findes forskellige rammeværk, blandt andet fra implementeringsforskningen (Center for Forebyggelse i Praksis, 2025; Liberato et al., 2011; Rod, 2015; Scaccia et al., 2015; Smith et al., 2006). Samtidig peger evidensbaserede helskole-tilgange til trivsel og sundhed på mange af de samme dimensioner (Darlington et al., 2021; Lewallen et al., 2015; Samdal &

Rowling, 2011, 2015b; WHO, 1996, 2021), herunder for eksempel kompetencer, ledelse og ressourcer. På den baggrund er der i undersøgelsen ikke taget udgangspunkt i ét specifikt rammeværk, men i stedet udviklet en samlet operationalisering, hvor centrale dimensioner er udvalgt og tilpasset undersøgelsens formål (se Tabel 3). I operationaliseringen af spørgeskemaet er der truffet faglige valg om, hvilken respondentgruppe der bedst kan svare på spørgsmål inden for de enkelte dimensioner, samt i nogle tilfælde foretaget pragmatiske afvejsninger i forhold til spørgeskemaets længde (se Tabel 3).



TEMA	INDIKATOR FOR KAPACITET	OPERATIONALISERING OG RESPONDENTGRUPPE
1. Behov for indsats - elevers udfordringer inden for trivsel og sundhed 	Oplevet behov er retningsgivende, fordi vurderinger af elevers udfordringer har betydning for, hvad skolen prioriterer og handler på i arbejdet med trivsel og sundhed.	 Vurdering af elevers udfordringer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.
2. Implementering af politikker inden for trivsel og sundhed 	Skriftlige politikker er vigtige, fordi sådanne rammer skaber fælles retning og understøtter forankring og kontinuitet i arbejdet med trivsel og sundhed.	 Forekomst af politikker inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder samt vurdering af deres implementering.  Supplerende perspektiv: Vurdering af om egen praksis inden for trivsel og sundhed er baseret på skolens politikker.
3. Integration af arbejdet med trivsel og sundhed i skoledagen 	Integration i praksis er centralt, da det kan gøre, at arbejdet med trivsel og sundhed understøtter skolens kerneopgave frem for at fungere som en særskilt ekstraopgave.	 Hvor ofte der arbejdes med de 11 trivsels- og sundhedsområder som planlagte aktiviteter. Supplerende perspektiv: hvor ofte områderne indgår i uformelle samtaler med elever samt vurdering af, om arbejdet er baseret på henholdsvis kultur, evidens og lokale behov.
4. Viden og kompetencer til arbejdet med trivsel og sundhed 	Viden og kompetencer er afgørende, fordi de har betydning for kvaliteten af arbejdet og evnen til at omsætte indsatser i praksis.	  Vurdering af egen viden og kompetencer inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.  Supplerende perspektiv: vurdering af hvorvidt grunduddannelsen har klædt dem på til arbejdet med trivsel og sundhed.
5. Medansvar og prioritering af arbejdet med trivsel og sundhed 	Medansvar og prioritering er centralt, fordi de har betydning for ejerskab og om arbejdet fastholdes over tid.	 Vurdering af medansvar inden for de 11 trivsels- og sundhedsområder.   Vurdering af om man opfatter arbejdet med trivsel og sundhed som forbundet med skolens kerneopgave.  Supplerende perspektiv: Vurderinger af skolens medansvar for trivsel og sundhed samt vurderinger af prioritering hos henholdsvis ledelsen og medarbejdere.
6. Involvering, organisering og samarbejde om trivsel og sundhed 	Involvering og samarbejde er vigtigt, fordi de styrker relevans, koordinering og faglig kvalitet i arbejdet på tværs af aktører.	 Vurdering af involvering af forskellige aktører – forældre, elever, medarbejdere, sundhedsplejerske, PPR samt eksterne aktører – i arbejdet med trivsel og sundhed. Supplerende perspektiv: vurdering af hvorvidt skolen har udpeget team eller tovholder på området.  Supplerende perspektiv: Vurdering af samarbejdet om trivsel og sundhed mellem henholdsvis kollegaer og ledelse.
7. Tidlig opsporing og samarbejde om elever med trivsels- og sundhedsudfordringer 	Tidlig opsporing og samarbejde når børn og unge har trivsels- og sundhedsudfordringer er vigtigt, fordi klare handleveje og koordineret opfølgning har betydning for, om udfordringer identificeres rettidigt og modtager sammenhængende støtte.	 Vurdering af, om centrale forhold gør sig gældende, når elever har trivsels- og sundhedsudfordringer. Konkret spørges der til samarbejdet med sundhedsplejerske, PPR og forældre samt til, om der er tilstrækkelig tid til opfølgning, og om forløbet opleves som koordineret og sammenhængende. Supplerende perspektiv: vurdering af, om de ved, hvor de kan henvise elever med henholdsvis trivsel- og vægtudfordringer.  Hvorvidt sundhedsplejerske og PPR er fysisk tilgængelige på skolen.
8. Rammer og ressourcer til arbejdet med trivsel og sundhed 	Rammer og ressourcer er afgørende, fordi de sætter de konkrete betingelser for, om og hvordan arbejdet kan gennemføres i praksis	 Vurdering af, om ledelsen sætter mål og retning for arbejdet, tid til arbejdet, og om de fysiske rammer er egnede.  Vurdering af økonomisk råderum, om skolebestyrelsen understøtter arbejdet, forældre bakker op om tiltag, og forvaltningen sætter mål og retning for skolens arbejde med trivsel og sundhed.

Tabel 3: Operationalisering af spørgeskemaet.

I forbindelse med den indledende litteratursøgning identificerede vi også eksisterende spørgeskemaer med henblik på at identificere relevante, afprøvede spørgsmål. Særligt har undersøgelsen hentet inspiration fra et valideret spørgeskema udviklet af Steno Diabetes Center København til medarbejdere på FGU-området (lærere, pædagoger og vejledere), som måler skolers organisatoriske kapacitet i relation til sundhedsfremme (Hjort et al., 2025). Det validerede spørgeskema er teoretisk funderet i den sundhedsfremmende skole (Darlington et al., 2021; Pulimeno et al., 2020; Sawyer et al., 2021; WHO, 1996, 2021), og er opbygget omkring indikatorer for praksis og kapacitet, som i vid udstrækning svarer til dem, der er relevante for nærværende undersøgelse (Hjort et al., 2025). Det var derfor et centralt udgangspunkt i udviklingen af spørgeskemaet. Derudover har vi inddraget inspiration fra øvrige nationale og internationale spørgeskemaer (Duus, 2021; Hansen & Klinker, 2017; Vennegoor et al., 2023). Udviklingen af spørgsmål har samlet set været en iterativ proces, hvor eksisterende og nye spørgsmål er udviklet med henblik på at sikre overensstemmelse med undersøgelsens formål og en dansk grundskolekontekst.

Ekspertinddragelse

Som anbefalet i guidelines for udvikling af spørgeskemaer (Boateng et al., 2018) er der inddraget faglige eksperter med henblik på at sikre, at spørgeskemaet afdækker centrale forhold vedrørende praksis og kapacitet i arbejdet med trivsel og sundhed i grundskolen.

Der er inddraget eksterne fagpersoner og forskere fra Statens Institut for Folkesundhed, VIA University College, University College Syd, Kommunernes Landsforening, Steno Diabetes Center København, Steno Diabetes Center Aarhus, Dansk Skoleidræt og Skolelederforeningen (N=10). Eksperterne var udvalgt på baggrund af deres indsigt i praksisfeltet, deres forskningsmæssige arbejde med trivsel og sundhed i grundskolen og/eller deres erfaring med lignende monitoreringer. Derudover er interne medarbejdere fra Center for Sundt Liv og Trivsel inddraget (N=6). Dette skyldes dels deres relevante forsknings- og praksiserfaringer, dels deres arbejde med udvikling af indsatser, hvor undersøgelsens resultater kan bidrage med viden. For eksempel har centrets arbejde i Partnerskab for Vand (Center for Sundt Liv og Trivsel, 2025) dannet grundlag for udvikling af items vedrørende vandposter og drikkevaner.

Ekspertinddragelsen er gennemført som en Delphi-lignende proces. Indledningsvist blev eksperterne introduceret til undersøgelsens formål. Herefter blev eksperterne inviteret til at give struktureret feedback på spørgeskemaet over to runder. Spørgeskemaet blev opsat elektronisk i SurveyXact med mulighed for kommentarer til alle spørgsmål samt til den overordnede operationalisering. I første runde deltog ni personer, og i anden runde deltog otte personer.

Afprøvning af spørgeskemaet

For at sikre, at spørgeskemaet var forståeligt og relevant for målgruppen, blev det pilottestet ved brug af to metoder.

Først blev der gennemført kvalitative kognitive interviews (Meadows, 2021) med skoleledere og medarbejdere (N=12 i alt) fra 11 forskellige skoler. Interviewene blev gennemført via Microsoft Teams, hvor respondenter delte skærm og gennemgik det elektroniske spørgeskema. Undervejs blev respondenter bedt om at uddybe sine overvejelser om spørgsmålene, herunder forståelse og relevans, mens en medarbejder fra Center for Sundt Liv og Trivsel stillede opfølgende spørgsmål. Interviewene varede mellem 45 og 60 minutter. På baggrund af de kognitive interviews blev det vurderet, at spørgsmålene overordnet set var meningsfulde, og der blev foretaget små justeringer, for eksempel af forklarende tekster, stillingsbetegnelser, prioritering af items.

Herefter blev der gennemført en pilotudsendelse via Survey, Danmarks Statistik til et tilfældigt udtræk på 1.000 personer. Formålet var dels at teste udsendelsesmetoden, herunder identifikation af relevante respondenter via ansættelsesregistre, og dels at undersøge frafald undervejs i spørgeskemaet. Spørgeskemaet indeholdt desuden supplerende spørgsmål, hvor respondenterne vurderede spørgsmålene i forhold til sværhedsgrad og relevans. På baggrund af pilotudsendelsen blev det vurderet, at udsendelsesmetoden fungerede og at spørgsmålene overordnet set var relevante. Den væsentligste udfordring var spørgeskemaets længde. På den baggrund blev der foretaget de sidste justeringer, herunder en reduktion i antallet af items, særligt i lederspørgeskemaet.

Bortfaldsanalyse

Populationen er identificeret via Danmarks Statistiks ansættelsesregistre og omfatter 71.657 mulige respondenter: 2.875 ledere, 41.419 lærere og 27.363 øvrige medarbejdere, herunder vejledere, pædagoger og pædagogmedhjælpere.

For at undersøge systematiske forskelle mellem inkluderede respondenter og bortfald er fordelinger på udvalgte kategoriske registervariable sammenlignet ved hjælp af χ^2 -tests. Der ses statistisk signifikante forskelle på samtlige parametre, når man alene kigger på χ^2 -tests, men kun få overstiger de 10 procentpoint i absolut forskel.

Ser man nærmere på stillingsbetegnelse, ses det, at lærere er let overrepræsenteret blandt de inkluderede (42% vs. 36%), mens øvrige medarbejdere er let underrepræsenteret (46% vs. 54%). Stillingsbetegnelsen er i bortfaldsanalysen baseret på registerdata og ikke respondenternes egne besvarelser som i hovedanalyserne. Samtidigt omfatter kategorien ”øvrige medarbejdere” en heterogen gruppe af ansatte på grundskoler, og inkluderer forventeligt mange ikke-relevante. Forskellene bør derfor fortolkes med forsigtighed. De absolutte procentforskelle mellem kommunetyper er højst 2 procentpoint og vurderes ikke at have væsentlig betydning i praksis på baggrund af undersøgelsens store stikprøve. En lidt større absolut forskel ses i andelen af respondenter på skoler med 300+ elever, men fortsat under de 10 procentpoint (72% vs. 66%).

Tabel 4: Bortfaldsanalyse

* Ikke sammenlignelig med tabel 2 i rapporten, da denne er baseret på registerdata om stillingsbetegnelse for at sammenligne med bortfald, hvor vi jo ikke har svardata.

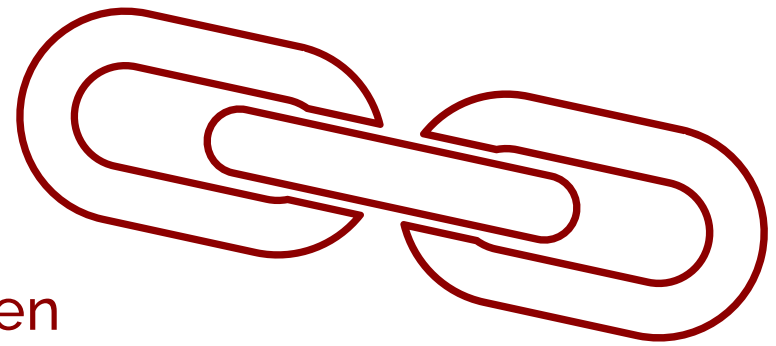
** Elevgruppens socioøkonomi er opgjort på skoleniveau ud fra forældrenes uddannelsesnivea, se Boks 5.

	Inkluderet		Bortfald		Forskel i %-point	Test for forskel (Chi²)
Kategori	Antal	Procent (%)	Antal	Procent (%)		
Stikprøve	7.056	100	19.886	100		
Undersøgelsesstatus						
Fuld besvarelse	5.710	81	59	0	-	
Delvis besvarelse	1.346	19	516	3	-	
Nægter	-	-	640	3	-	
Ikke relevant	-	-	544	3	-	
Ikke kontaktet	-	-	34	0	-	
Ikke svaret	-	-	18.050	91	-	
Øvrigt frafald	-	-	43	0	-	
Stillingsbetegnelse *						<0,001
Ledere	837	12	2.038	10	+2	
Medarbejdere i alt	6.219	88	17.848	90	-2	
Lærere	2.939	42	7.083	36	+6	
Øvrige medarbejdere	3.280	46	10.765	54	-6	
Elevgruppens socioøkonomi **						<0,001
Lav	2.483	35	4.898	25	+10	
Mellem	2.774	39	7.599	38	+1	
Høj	1.799	25	7.389	37	-12	
Kommunetype (land/by)						<0,001
Hovedstads-kommuner	1.901	27	5.156	26	+1	
Storbykommuner	742	11	2.174	11	0	
Provins-kommuner	1.660	24	4.493	23	+1	
Oplands-kommuner	1.256	18	4.062	20	-2	
Landkommuner	1.497	21	4.001	20	+1	
Skolestørrelse						<0,001
<300 elever	1.981	28	6.837	34	-6	
≥300 elever	5.075	72	13.049	66	+6	
Respondent-Alder						<0,001
18-34 år	793	11	5.072	26	-15	
35-49 år	2.299	33	6.947	35	-2	
50+ år	3.127	44	5.829	29	+15	
Alder diskretioneret	837	12	2.038	10	+2	

Respondenter fra skoler med lav socioøkonomi er overrepræsenteret blandt de inkluderede (35 % vs. 25 %), mens respondenter fra skoler med høj socioøkonomi er underrepræsenteret (25% vs. 37 %). Dette bør indgå i fortolkningen af resultaterne. Endeligt hentyder de absolutte forskelle på alder også en forskel, hvor personer på 18–34 år er underrepræsenteret blandt de inkluderede sammenlignet med bortfaldet (11% vs. 26%), mens personer på 50 år+ er overrepræsenteret (44% vs. 29%).

Samlet bygger undersøgelsen på et stort nationalt datagrundlag, som i vid udstrækning vurderes at afspejle populationen af ansatte og ledere på danske grundskoler. Resultaterne bør dog fortolkes med opmærksomhed på underrepræsentationen af yngre og øvrige medarbejdere samt forskellene i skolestørrelse og socioøkonomisk elevsammensætning.





Styrker og begrænsninger ved undersøgelsen

En central styrke ved undersøgelsen er dens omfattende nationale datagrundlag. Med besvarelser fra 7.056 ledere og medarbejdere på tværs af folkeskoler, fri- og privatskoler samt specialskoler giver undersøgelsen et bredt og hidtil manglende samlet indblik i danske grundskolers praksis og kapacitet til arbejdet med elevers trivsel og sundhed. Det store antal besvarelser gør det muligt at belyse variationer mellem blandt andet personalegrupper, klassetrin, skoletyper og skoler med forskellig socioøkonomisk elevsammensætning. Populationen og stikprøven er endvidere identificeret gennem Danmarks Statistiks registre, og spørgeskemaet er udsendt direkte til de udvalgte personer via e-Boks. Det styrker undersøgelsens nationale rækkevidde og mindsker risikoen for, at skolernes ledelse eller administration har haft indflydelse på, hvilke medarbejdere der blev inviteret til at deltage. At undersøgelsen omfatter perspektiver fra både ledere og medarbejdere, bidrager desuden med komplementære indblik i skolernes arbejde og de vilkår, det foregår under.

En anden styrke er, at spørgeskemaet er udviklet gennem en systematisk proces med afsæt i litteratur og centrale styringsdokumenter samt inddragelse af eksperter og afprøvning blandt målgruppen. Processen understøtter spørgeskemaets indholdsvaliditet og målgrupperelevans, herunder at spørgsmålene belyser centrale aspekter af skolernes arbejde og samtidigt er forståelige og meningsfulde for respondenterne.

Undersøgelsen har samtidig en række begrænsninger. Den samlede svarprocent er 26%, og der kan derfor forekomme selektionsbias. Bortfaldsanalysen viser systematiske forskelle med hensyn til blandt andet alder, hvor ældre respondenter er overrepræsenterede blandt de inkluderede, mens yngre respondenter i højere grad indgår i bortfaldet. Bortfaldsanalysen kan desuden kun belyse forskelle på de registeroplysninger, der er tilgængelige. Det kan derfor ikke udelukkes, at de inkluderende og bortfaldne også adskiller sig på andre forhold, eksempelvis interesse for eller erfaring med arbejdet med trivsel og sundhed. Resultaterne bør derfor fortolkes med opmærksomhed på disse mulige skævheder.

Data er baseret på selvrapportering og afspejler dermed respondenternes vurderinger frem for objektive mål for skolernes praksis og kapacitet. Besvarelserne kan være behæftet med under- eller overrapportering i forhold til den faktiske praksis og kan være påvirket af blandt andet erindring, social ønskværdighed og forskelle i respondenternes forståelse af spørgsmålene. Den brede og pragmatiske operationalisering af trivsel og sundhed er på den ene side en styrke, fordi den giver plads til de forskellige betydninger og praksisser, som begreberne kan have i skolen. På den anden side kan respondenterne have lagt forskellige betydninger i de overordnede begreber. Undersøgelsens 11 områder indfanger desuden ikke nødvendigvis alle de aktiviteter og forståelser, som respondenterne selv for-

binder med trivsel og sundhed. Samtidigt kan der være individuelle forskelle i, hvad der lægges vægt på, når der spørges til arbejdet samlet på tværs af områderne. Der er derfor risiko for, at væsentlige nuancer om arbejdet med trivsel og sundhed i danske grundskoler kan gå tabt. Resultaterne bør derfor læses som et bredt, men ikke udtømmende, indblik i området.

Endelig er inddelingen i de otte temaer for praksis og kapacitet baseret på en faglig og begrebsmæssig vurdering. Temaerne er ikke statistisk valideret, eksempelvis gennem faktoranalyser eller reliabilitetstest (Boateng et al., 2018), og skal derfor forstås som en kvalitativ analytisk struktur frem for validerede skalaer. Undersøgelsen har desuden et tværsnitsdesign og giver dermed et øjebliksbillede af arbejdet på undersøgelsestidspunktet. Den kan ikke belyse udvikling over tid eller årsagssammenhænge. Da rapportens analyser er deskriptive og ikke omfatter signifikantest, bør forskelle mellem undergrupper ligeledes fortolkes som observerede forskelle i materialet og ikke som statistisk dokumenterede forskelle i den samlede population.



Referencer

- Arp, S., Lund, L., & Bast, L. S. (2025). SRØG – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler: Udvalgte tendenser 2024. Rapport 6 [Report]. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Barlaan, D. R., Pangelinan, B. A., Johns, A., Schweikhard, A., & Cromer, L. D. (2022). Middle school start times and young adolescent sleep, behavioral health, and academic performance outcomes: A narrative review. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(11), 2681–2694. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10224>
- Bekendtgørelse af lov om folkeskolen, Kapitel 2, § 3, stk. 2 (2025). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2025/1100>
- Bentsen, P., Bonde, A. H., Schneller, M. B., Danielsen, D., Bruselius-Jensen, M., & Aagaard-Hansen, J. (2020). Danish 'add-in' school-based health promotion: Integrating health in curriculum time. *Health Promotion International*, 35(1), e70–e77. <https://doi.org/10.1093/heapro/day095>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bruce, E. S., Lunt, L., & McDonagh, J. E. (2017). Sleep in adolescents and young adults. *Clinical Medicine*, 17(5), 424–428. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.17-5-424>
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2023). Aftale om en national forsøgsordning for skolemad. Børne- og Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/media/jouiqc4i/aftale-om-en-national-forsøgsordning-for-skolemad.pdf>
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2024a). Bekendtgørelse om pædagogisk assistentuddannelse (PAU). Retsinformation.
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2024b, oktober 31). Ny undersøgelse: Pædagogerne spiller en stor rolle. Børne- og Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/aktuelt/nyheder/2024/oktober/241031-ny-undersogelse-paedagogerne-spiller-en-stor-rolle/>
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2025a). Vejledning om pulje til afprøvning af skolemadsordninger. Børne- og Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/media/ne0deoy4/250422-vejledning-om-pulje-til-afproevning-af-skolemadsordninger-rev-220425.pdf>
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2025b, december 17). Nye tal: Hver femte elev har over ti procent fravær. Børne- og Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/aktuelt/nyheder/2025/december/251217-nye-tal-hver-femte-elev-har-over-ti-procent-fravaer>
- Børne- og Undervisningsministeriet. (2026). Trivselsmåling i folkeskolen. <https://uvm.dk/grundskole/folkeskolen/skoleudvikling/trivselsmaaling/>
- Børns Vilkår. (2020). Skolens tomme stole: Skolefravær set fra barnets perspektiv. Børns Vilkår. https://bornsvilkar.dk/wp-content/uploads/2020/10/Skolefravaars_Rapport_2020_web_print.pdf
- Børns Vilkår. (2026). Børn og unge spejler sig i snævre kropsidealer på sociale medier. Børns Vilkår. <https://bornsvilkar.dk/wp-content/uploads/2026/06/Koen-og-kropsidealer-2026.pdf>
- Center for Forebyggelse i Praksis. (2025). Implementeringskapacitet. <https://www.kl.dk/sundhed-og-aeldre/center-for-forebyggelse-i-praksis/implementeringskapacitet#implementeringscirkel-bd>
- Center for Sundt Liv og Trivsel. (2025). Partnerskab for vand: Sammen om børn og unges sunde drikkevaner. <https://sundtlivogtrivsel.dk/da/indsatsomraade/partnerskab-vand-sammen-om-boern-og-unges-sunde-drikkevaner>
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J., & Mathers, J. C. (2011). Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. *Maturitas*, 70(3), 266–284. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.08.005>
- Creagh, S., Thompson, G., Mockler, N., Stacey, M., & Hogan, A. (2025). Workload, work intensification and time poverty for teachers and school leaders: A systematic research synthesis. *Educational Review*, 77(2), 661–680. <https://doi.org/10.1080/00131911.2023.2196607>
- Dahl, K. K. B. (2020). Collaborating alone? Teachers' and pedagogues' unequal cross-professional collaboration and what it means for their professional learning in Danish schools. *Power and Education*, 12(3), 246–260. <https://doi.org/10.1177/1757743820943226>
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2015). Inklusion på de frie grundskoler: En kortlægning af skolernes arbejde med supplerende undervisning eller anden faglig støtte for elever med støttebehov under 12 ugentlige lektioner. Danmarks Evalueringsinstitut. <https://www.eva.dk>
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2017a). Lærere og pædagogers samarbejde om undervisningen [Rapport]. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). <https://www.eva.dk/Media/638366726296503708/Laerere%20og%20paedagogers%20samarbejde%20om%20undervisningen.pdf>
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2017b). Lærere og pædagogers samarbejde om undervisningen. Danmarks Evalueringsinstitut; [Eksp. Rosendahlsboghandel.dk].
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2017c). Undervisning i idræt. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). <https://www.eva.dk/grundskole/undervisning-idraet>
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2018). Evaluering af folkeskolens nye fag madkundskab og håndværk og design. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). <https://www.eva.dk/Media/638348719128120166/Evaluering%20af%20folkeskolens%20nye%20fag.pdf>
- Danmarks Evalueringsinstitut. (2023). Kortlægning af praksisfaglighed [Rapport]. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). <https://www.eva.dk/Media/638348648898075597/Kortl%C3%A6gning%20af%20praksisfaglighed.pdf>
- Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). (2023). Undersøgelse af kommunernes pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR) [Rapport]. Danmarks Evalueringsinstitut. <https://eva.dk/Media/638477396741592700/Unders%C3%B8gelse%20kommunernes%20p%C3%A6dagogisk%20psykologiske%20r%C3%A5dgivning%20PPR.pdf>
- Darlington, E., Bada, E., Masson, J., & Santos, R. M. (2021). European Standards and Indicators for Health Promoting Schools version 2.0. Schools for Health in Europe (SHE) Network Foundation.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Duus, K. S. (2021). Sund vægtudvikling hos skolebørn: En kort-

lægning af kommuners muligheder for at implementere skolebaserede indsatser i Region Syddanmark. Statens Institut for Folkesundhed.

Duus, K. S., Brautsch, L. A. S., Bonnesen, C. T., Bast, L. S., Jørgensen, A., Sidenius, A., Klinker, C. D., & Krølner, R. F. (2025). Organisational Readiness to Implement School-Based Healthy Weight Interventions: A Mixed Methods Study Among Educational Administrators and Headteachers in Denmark. *Global Implementation Research and Applications*, 5(2), 196–212. <https://doi.org/10.1007/s43477-025-00150-0>

Egmont og Danske Skoleelever. (2026). En stemme i skolen: Elevinddragelse i tilrettelæggelsen af undervisningen (No. 4; Egmont Indsigt). Egmont og Danske Skoleelever. <https://www.egmont.dk/indsigt>

EVA. (2022). Mellemformer: Inkluderende læringsmiljøer i folkeskolen. EVA. Danmarks Evalueringsinstitut. <https://eva.dk/Media/638471334328501191/Mellemformer%20Inkluderende%20l%C3%A6ringsmilj%C3%B8er%20i%20folkeskolen.pdf>

Følner, B., Jensen, M. K., & Nejst Larsen, T. (2019). Evaluering af sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab (SSF). Als Research.

García-Hermoso, A., López-Gil, J. F., & Ezzatvar, Y. (2025). Tracking of physical activity and sport from childhood and adolescence to adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Translational Pediatrics*, 14(6), 1117–1128. <https://doi.org/10.21037/tp-2025-89>

Gjedde, C. A. (2023). Er trivsel et snydebegreb? -En undersøgelse af professionelles hverdagsforståelser af trivsel. [https://doi.org/P%C3%A6dagogisk%20psykologisk%20tidsskrift,%2060\(3\),%2047-57,%2079](https://doi.org/P%C3%A6dagogisk%20psykologisk%20tidsskrift,%2060(3),%2047-57,%2079)

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Haight, J., Gokiart, R., & Daniels, J. (2023). A collaborative, school-based wraparound support intervention for fostering children and youth's mental health. *Frontiers in Education*, 8, 1289408. <https://doi.org/10.3389/educ.2023.1289408>

Hansen, A. V., & Klinker, C. D. (2017). Danske erhvervsskoler—Sundhedsfremmende indsatser og implementeringskapacitet.

Hjerteforeningen og Steno Diabetes Center Copenhagen.

Hjort, A. V., Bauman, A., Carlsen, S. R., Lorenzen, J. T., & Klinker, C. D. (2025). A Novel Survey for Assessing Health-Promoting School Practices and Capacity: Validation and Adaptability to Physical Activity. *Journal of School Health*, josh.70071. <https://doi.org/10.1111/josh.70071>

Holt Udesen, C. (2020). Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017 [Social inequality in health and disease in Denmark from 2010 to 2017] (Version: 1.0). Sundhedsstyrelsen.

Hudson, J. L., Minihan, S., Chen, W., Carl, T., Fu, M., Tully, L., Kangas, M., Rosewell, L., McDermott, E. A., Wang, Y., Stubbs, T., & Martiniuk, A. (2023). Interventions for Young Children's Mental Health: A Review of Reviews. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(3), 593–641. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00443-6>

Justenborg, K. V. (2023). Vurdere(n)de Elevkroppe: Et mixed methods-studie af kroppes interrelationelle betydning for elevers sundhed og trivsel i folkeskolen [PhD Thesis, Aalborg Universitetsforlag]. <https://doi.org/10.54337/aa644672236>

Justenborg, K. V., Sager, N., Larsen, K., & Frederiksen, J. T. (2021). Folkeskolens sociale rum af trivsel: Hvordan er oplevelser af og med kroppen med til at skabe forskelle i adgang til trivsel blandt elever i 5., 7. Og 9. Klasse i den danske folkeskole? Praktiske Grunde: Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab, 15(2), 15–40.

Katznelson, N., Pless, M., Görlich, A., Graversen, L., & Sørensen, N. B. (2021). Ny udsathed: Nuancer i forståelser af psykisk mistrivsel. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 83–103. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-8162-2021-02-01>

Langford, R., Bonell, C. P., Jones, H. E., Poulou, T., Murphy, S. M., Waters, E., Komro, K. A., Gibbs, L. F., Magnus, D., & Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>

Langley, A. K., Nadeem, E., Kataoka, S. H., Stein, B. D., & Jaycox, L. H. (2010). Evidence-Based Mental Health Programs in Schools: Barriers and Facilitators of Successful Implementation. *School Mental Health*, 2(3), 105–113. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9038-1>

Leksy, K., Gawron, G., Rosário, R., Sormunen, M., Velasco, V., Sandmeier, A., Simovska, V., Wojtasik, T., & Dadaczynski, K. (2024). The importance of school leaders in school health promotion. A European call for systematic integration of health in professional development. *Frontiers in Public Health*, 11, 1297970. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1297970>

Lewallen, T. C., Hunt, H., Potts-Datema, W., Zaza, S., & Giles, W. (2015). The Whole School, Whole Community, Whole Child Model: A New Approach for Improving Educational Attainment and Healthy Development for Students. *Journal of School Health*, 85(11), 729–739. <https://doi.org/10.1111/josh.12310>

Liberato, S. C., Brimblecombe, J., Ritchie, J., Ferguson, M., & Coveney, J. (2011). Measuring capacity building in communities: A review of the literature. *BMC Public Health*, 11(1), 850. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-850>

Lounsbery, M. A. F. (2017). School Physical Activity: Policy Matters. *Kinesiology Review*, 6(1), 51–59. <https://doi.org/10.1123/kr.2016-0038>

Madsen, K. R., Román, J. E. I., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Kristoffersen, M. J., Pedersen, T. P., Michelsen, S. I., Rasmussen, M., & Toftager, M. (2023). Skolebørnsundersøgelsen 2022. Syddansk Universitet.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Meadows, K. (2021). Cognitive Interviewing Methodologies. *Clinical Nursing Research*, 30(4), 375–379. <https://doi.org/10.1177/10547738211014099>

Molbæk, M., Koch, A. B., & Anker, A. M. (2023). Forståelser af børns trivsel i og på tværs af dagtilbud, skole og hjem. [Understandings of children's well-being across daycare, school and home]. *Pædagogisk psykologisk tidsskrift*; Bind 60, Nr. 2. s. 6–20.

Mollborn, S., & Lawrence, E. (2018). Family, Peer, and School Influences on Children's Developing Health Lifestyles. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 133–150. <https://doi.org/10.1177/0022146517750637>

Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F., & Fixsen, D. (2005). Implementation Research: A Synthesis of the Literature Dean L. Fixsen. The National Implementation Research Network, 97.

- O'Loughlin, E. K., Kalubi, J., Riglea, T., Pelekanakis, A., & O'Loughlin, J. L. (2022). Correlates of perceived success of health-promoting interventions in elementary schools. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 42(9), 398–407. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.9.03>
- Oxford research. (2020). Sunde Børn Bevæger Skolen – Slutrapport.
- Pearson, M., Chilton, R., Wyatt, K., Abraham, C., Ford, T., Woods, H., & Anderson, R. (2015). Implementing health promotion programmes in schools: A realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. *Implementation Science*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0338-6>
- Pulimeno, M., Piscitelli, P., Colazzo, S., Colao, A., & Miani, A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promotion Perspectives*, 10(4), 316–324. <https://doi.org/10.34172/hpp.2020.50>
- Regeringen. (2024). Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne) og Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Radikale Venstre og Dansk Folkeparti om folkeskolens kvalitetsprogram – frihed og fordybelse. Børne- og Undervisningsministeriet. https://uvm.dk/media/wtsfhcrl/240320-aftale-om-folkeskolens-kvalitetsprogram-frihed-og-fordybelse.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Regeringen, Venstre, & Dansk Folkeparti. (2013). Aftale om et fagligt løft af folkeskolen. Regeringen. <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/udd/folke/pdf13/jun/130607-aftaletekst.pdf>
- Rod, M. H. (2015). What is health promotion capacity? A relational perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 29(2), 170–184. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2012-0210>
- Samdal, O., & Rowling, L. (2011). Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education*, 111(5), Article 5. <https://doi.org/10.1108/09654281111161211>
- Samdal, O., & Rowling, L. (2015a). Chapter 11: Implementation Strategies to Promote and Sustain Health and Learning in School. I V. Simovska & P. Mannix McNamara (Red.), *Schools for Health and Sustainability* (s. 233–252). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9171-7_11
- Samdal, O., & Rowling, L. (2015b). Implementation Strategies to Promote and Sustain Health and Learning in School. I V. Simovska & P. Mannix McNamara (Red.), *Schools for Health and Sustainability* (s. 233–252). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9171-7_11
- Sawyer, S. M., Raniti, M., & Aston, R. (2021). Making every school a health-promoting school. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(8), 539–540. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00190-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00190-5)
- Scaccia, J. P., Cook, B. S., Lamont, A., Wandersman, A., Castellow, J., Katz, J., & Beidas, R. S. (2015). A PRACTICAL IMPLEMENTATION SCIENCE HEURISTIC FOR ORGANIZATIONAL READINESS: R = MC 2: A Heuristic for Organizational Readiness. *Journal of Community Psychology*, 43(4), 484–501. <https://doi.org/10.1002/jcop.21698>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Simovska, V., & Primdahl, N. L. (2024). Trivsel og trivselsfremme i skolen. DPU, Aarhus Universitet : Aarhus Universitetsforlag.
- Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: New terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
- Statens Institut for Folkesundhed. (2025). Trods lovkrav bruger børn og unge stadig nikotin i skoletiden. Syddansk Universitet. https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/ut_22_trods_lovkrav_bruger_boern_og_unge_stadig_nikotin_i_skoletiden
- Styrelsen for Undervisning og Kvalitet. (2024). Anbefalinger om skærmbrug i grundskolen. Børne- og Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/media/0zfnuyy/240205anbefalinger-grundskole-final.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2024). Børn og unges sundhed og trivsel – Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/media/ncxgccc/boern-og-unges-sundhed-og-trivsel.pdf>
- Syddansk Universitet. (2019). Bevægelse i skoledagen. Syddansk Universitet.
- Tegtmejer, T., Schoop, S. R., Corydon, M. K., & Andreasen, A. G. (2024). Særlige behov i skolen: En undersøgelse af forståelse, opdeling, organisering omkring og imødekommelse af særlige behov i skolen. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/saerlige-behov-i-skolen-kx08e60z/>
- Trivselskommissionen. (2025). Et dansk svar på en vestlig udfordring. Trivselskommissionens afrapportering. www.trivselskommissionen.dk
- Turunen, H., Sormunen, M., Jourdan, D., Von Seelen, J., & Buijs, G. (2017). Health Promoting Schools—A complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion International*, 32(2), 177–184. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax001>
- Uddannelses- og Forskningsministeriet. (2017). Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som pædagog. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/354>
- Uddannelses- og Forskningsministeriet. (2023). Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som lærer i folkeskolen. Retsinformation. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2023/374>
- Uleman, J. F., Al-Shama, R. F. M., Zucco, A. G., Echterhoff, J., Luijten, M., Verhagen, M., Vyrastekova, J., Treur, J. L., Wootton, R. E., Jones, S., Dresler, M., Drews, H. J., Egebjerg, C., Kornum, B. R., Stronks, K., & Rod, N. H. (2026). The Young Adult Sleep model: An evolving causal loop diagram of mental health dynamics. *BMC Medicine*, 24(1), 159. <https://doi.org/10.1186/s12916-026-04738-7>
- Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 139–157. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120011>
- Undervisningsministeriet. (2026a). Om Fagfornyelsen. <https://uvm.dk/grundskole/folkeskolen/lovgivning-og-politiske-aftaler/politiske-aftaler/folkeskolens-kvalitetsprogram/fagfornyelsen/om-fagfornyelsen/>
- Undervisningsministeriet. (2026b). Om frie grundskoler. Undervisningsministeriet. <https://uvm.dk/grundskole/frie-grundskoler/om-frie-grundskoler/om-frie-grundskoler/>
- Vennegoor, G., Van Assema, P., Eekhout, I., Lezwijn, J., Molleman, G., & Jansen, M. (2023). Measuring Implementation of Health Promoting School (HPS) Programs: Development and Psychometric Evaluation of the HPS Implementation Questionnaire. *Journal of School Health*, 93(6), 450–463. <https://doi.org/10.1111/josh.13277>
- Villumsen, A. M., Molbæk, M., & Koch, A. B. (2024). Børns (mis)trivsel i og på tværs af dagtilbud, skole og hjem: – Et integrativt

litteraturreview i en skandinavisk kontekst [Childrens wellbeing across daycare, school and home - a literature review in a Scandinavian context]. Tidsskrift for Professionsstudier, 19(37), 64–77. <https://doi.org/10.7146/tfp.v19i37.144690>

VIVE. (2022). Kortlægning af mellemformer: Litteratur- og praksiskortlægning af kombinationer af special- og almenundervisning. VIVE.

VIVE. (2026). Forebyggelse af skolefravær: Undersøgelse af eksisterende viden om skolebaserede indsatser til forebyggelse af langvarigt skolefravær. VIVE.

VIVE og forfatterne. (2023). Mellemformer – Pilotevaluering af forsøg med mellemformer på 20 skoler i fem kommuner. VIVE. Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. <https://uvm.dk/media/jn4hc12m/240307til-offentliggrelse-bilag-3-pilotevaluering-af-mellemformer-526432-1-1.pdf>

WHO. (1996). Health-promoting schools, series 5, regional guidelines: Development of health-promoting schools – a framework for action. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/206847>

WHO. (2021). Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems. Geneva: World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

WHO. (2022). Promoting physical activity through schools: Policy brief. World Health Organization. ISBN 978-92-4-004956-7

