

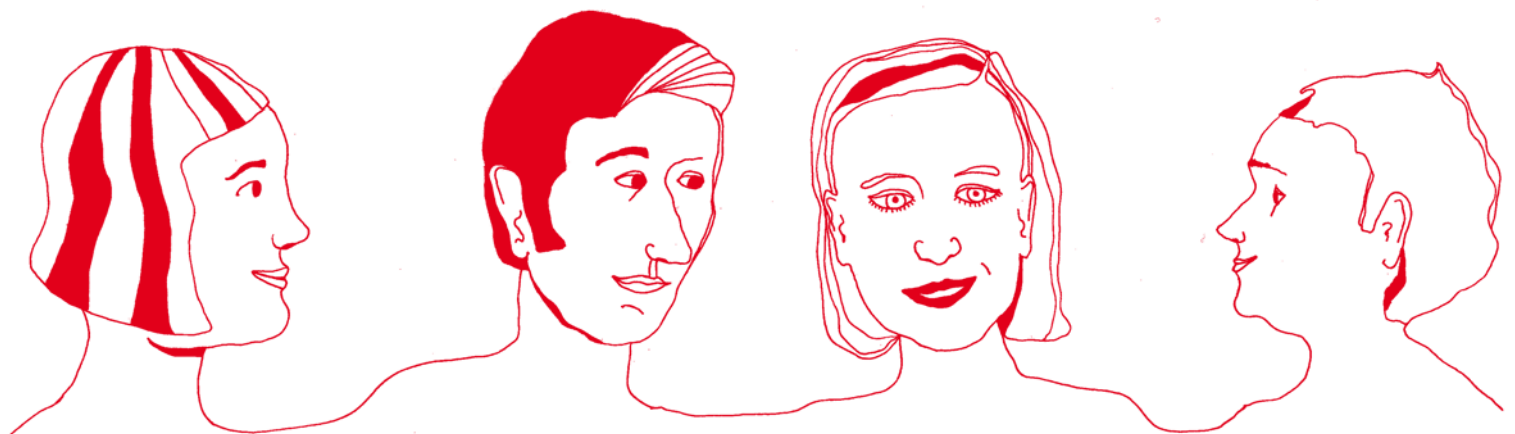
Hälsofrämjande skola - en sambandsanalys mellan hälso- och riskvariabler

Anna-Kari Woxberg

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:36





Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Hälsofrämjande skola - en sambandsanalys mellan hälso- och riskvariabler				
Författare Anna-Kari Woxberg				
Författarens befattning och adress Hälsovårdssekreterare, Samhällsmedicin Gävleborg Landstinget Gävleborg Samhällsmedicin 801 87 Gävle				
Datum då uppsatsen godkändes 5 december 2005			Handledare NHV/extern MD Lars Sundman	
Antal sidor 33	Språk – uppsats svenska	Språk – sammanfattning svenska/engelska	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-125-3

Sammanfattning

Att öka möjligheterna för unga att leva ett hälsosamt liv framstår som allt angelägnare både ur ett individuellt och ur ett samhälleligt perspektiv. Skolan är därför en utmärkt arena för ett hälsofrämjande arbete. WHO:s konferenser i Ottawa 1986 och i Sundsvall 1991 betonade behovet av en perspektivförskjutning inom folkhälsoarbetet från att förebygga ohälsa till att främja hälsa. WHO tog också initiativ till flera internationella nätverk. "Health promoting school" är ett sådant som handlar om att skapa en kontinuerlig process där hela skolans vardag utvecklas som en stödjande och främjande fysisk och psykosocial miljö för hälsa, välbefinnande och lärande samt att stärka hälsoundervisningen.

Syftet med föreliggande studie var att kartlägga och beskriva samband mellan några hälso- respektive riskvariabler för att testa en hypotes om skolan som en hälsofrämjande arena. Hypotesen formulerades enligt följande:

- Skolor med en hög andel elever med hälsofrämjande upplevelser har en låg andel elever med riskbeteenden och vice versa.

Studien genomfördes med hjälp av befintliga data från två enkätundersökningar, "Hälsoenkäten" och den mer riskrelaterade "CAN-enkäten". De båda enkätundersökningarna var totalundersökningar riktade till år 9 elever i Gävleborgs län. Undersökningarna genomfördes vid skilda men nära tidpunkter under våren 2002. Fem frågeställningar valdes ur respektive enkät. Elevernas egna utsagor på dessa frågeställningar utgör materialet till denna studie. Analysen genomfördes i två steg. I steg ett studerades om det förelåg något samband på skolnivå och i steg två studerades samband på individnivå. Resultatet visade inga samband mellan hälsofrämjande upplevelser och riskbeteenden. Den formulerade forskningshypotesen förkastades alltså. I litteraturen finns flera studier som styrker resultatet i denna studie samtidigt som litteraturen också fortsatt visar på vikten av hälsofrämjande arbete i skolan. I framtiden bör begreppet "Hälsofrämjande skola" förtydligas, en tydlig organisation skapas, tydliga strategier utarbetas och ges ett ledningsansvar.

Nyckelord

Hälsofrämjande skola, skoltrivsel, elevinflytande, tobak, alkohol.

Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Health Promoting School - a correlation analyses between health- and riskvariables				
Author Anna-Kari Woxberg				
Author's position and address Health administrator, department of Public Health Medicine County Council of Gävleborg Public health medicine 801 87 Gävle Sweden				
Date of approval December 5, 2005			Supervisor NHV/External MD Lars Sundman	
No of pages 33	Language – essay Swedish	Language – abstract Swedish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-125-3

Abstract

It is increasingly stressed as more important to increase the possibility for young people to live a healthy life, both through an individual as well as a community perspective. The school is therefore a perfect health promoting setting. WHO:s conferences in Ottawa, 1986 and Sundsvall, 1997 both stressed the need to shift perspective from prevention to promotion. WHO also took initiative to set up several international networks. "Health promoting school" was one example involving creating a supportive and health promoting physical, mental and social environment for health, wellbeing and learning as well as strengthening the health education.

The aim of this study was to survey and describe the connection between some health- and risk related variables to test a hypothesis about the school as a health promoting setting. The hypothesis was formulated:

- schools with a high percentage of students with health-related experiences has a low percentage of students with risk behaviours and vice versa.

Available data from two different questionnaires were used, the "Health questionnaire" and the more risk-related "CAN questionnaire". The two questionnaires were both conducted among all students within the ninth school year in the county of Gävleborg. They were administrated as separate but adjacent studies during the spring term of 2002. Five questions were chosen from each questionnaire. Responses from the students consists the material used in this study. The analyses were made in two steps. Initially, school level connections were studied, later individual level connections. The result did not find any connections between more health related and risk related variables. The formulated hypothesis is therefore rejected. There are several studies in the literature supporting the findings in this study. At the same time there is continuing or increasing support for the idea of a health promoting school. In the future the concept "Health promoting school" needs to be clarified as well as strategies, organisation and leadership.

Key words

Health promoting school, well-being, pupil participation, tobacco, alcohol.

Hälsofrämjande skola
- en sambandsanalys mellan hälso- och riskvariabler

Anna-Kari Woxberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
Syfte och hypotes	5
Definitioner.....	6
 LITTERATURGENOMGÅNG	6
Hälsofrämjande skola	6
Effekter av konceptet ”Hälsofrämjande skola”	9
Några betydelsefulla faktorer för hälsa och välbefinnande i skolan	10
Skyddsfaktorer.....	10
Riskfaktorer	12
Andra faktorer än skolan av betydelse	13
Ungdomars hälsa i Gävleborg	13
 MATERIAL OCH METOD	14
Material och urval av frågor	14
Bortfall.....	17
Metod.....	17
Etiska överväganden.....	18
 RESULTAT.....	18
Dataanalys på skolnivå	18
Dataanalys på individnivå	19
 DISKUSSION	20
Material och urval av frågor	20
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion	22
 SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING	25
Slutsats.....	25
Förslag till utveckling.....	26
 OMNÄMNANDEN	27
 REFERENSER	28

INLEDNING

Goda uppväxtvillkor främjar välbefinnande och hälsa. Föräldrars levnadsvillkor, livsstil, syn på barn och uppfostran har betydelse i sammanhanget. Även samhällets utveckling och övergripande värderingar samt syn på barn i form av föräldraledighet, barnbidrag, barnomsorg med mera spelar roll liksom den kultur och den fysiska miljö barn och familj lever i (SOU 1999:137., Folkhälsorapport 2005). Levnadsvillkoren påverkar både barn och vuxna och förs via bland annat yttre påverkan och via uppfostran över från generation till generation. Barns tankar, uppfattningar och handlingar är dessutom beroende av ålder och mognadsgrad. Denna process, socialisation, innebär att barnet tillägnar sig vuxnas värderingar med avsikt att bli ansvarsställande samhällsmedborgare – en integrering av individen i samhället (Janlert 2000., Giddens 2003).

När barnet blir tonåring är det på väg från föräldrarna mot en egen identitet. Från ca 12 års ålder, formas och integreras den identitet som genom barndomsårens identifikationsprocess grundlagts. I det västerländska samhället är de primära socialisationskällorna för ungdomar familjen, skolan samt nära och mer perifera kamrater. Beteendemönstret bestäms av interaktionen mellan individen och dessa primära socialisationskällor (t.ex. Oetting & Donnermeyer, 1998).

Vad skolan beträffar förekommer många hälsoproblem hos unga idag samtidigt med bristande skolframgång. Studieförframgång och engagemang i skolan tycks å andra sidan kunna skydda mot problembeteende (Aaro 1989, Nutbeam et al. 1993, Nilsson 2003). Världshälsoorganisationen (WHO) anger i "Promoting health through schools", 1997 att sambandet mellan barns hälsa och utbildning är starkt. Skolan kan genom sin kultur, organisation och kvalitet i den fysiska och psykiska miljön ha en direkt påverkan på självförtroende och studieförframgång och därmed hälsan hos elever och personal.

Vid Samhällsmedicin Gävleborg har jag arbetat med stödjande insatser inom folkhälsoområdet. Jag har också, i egenskap av regional resursperson, deltagit i Folkhälsoinstitutets (FHI) nationella nätverk för kunskaps- och erfarenhetsutbyte kring utveckling av hälsofrämjande skolor. Av det skälet har kopplingen mellan hälsofrämjande beteenden och olika riskbeteenden kommit att intressera mig. Eftersom ett antal enkätundersökningar kring elevers hälsa genomförts i länet såg jag en möjlighet att empiriskt testa idéerna med en hälsofrämjande skola i Gävleborg.

Syfte och hypotes

Syftet med denna studie är att kartlägga och beskriva samband mellan några hälso- respektive riskvariabler för att testa en hypotes om skolan som en hälsofrämjande arena. Denna hypotes har jag formulerat på följande sätt:

- Skolor med en hög andel elever med hälsofrämjande upplevelser har en låg andel elever med riskbeteenden och vice versa.

En naturlig följdfråga blir då om en skola med en hög andel elever med självrapporterade hälsofrämjande upplevelser kan betraktas som en hälsofrämjande skola.

Definitioner

Några termer som det finns skäl till att definiera är dels sådana som förklarar termens betydelse just i denna studie dels sådana som jag anknyter till i texten med en mer vedertagen definition.

För studien viktiga termer definieras som följer:

- *hälsofrämjande upplevelser* har sådana elever som uppger att de trivs med lärarna, med andra vuxna, med undervisningen i skolan och elevvårdspersonalen, samt upplever elevdemokrati.
- *riskbeteende* har sådana elever som använder tobak, använder alkohol och skolkar i hög grad.
- *hög och låg andel* har sådana skolor som vid en sammanvägd rangordning ligger inom högsta eller lägsta kvartilen.

Ur Janlert (2000, s. 302 och s. 279), Folkhälsovetenskapligt lexikon anknyter jag i texten i flera sammanhang till följande termer:

- skyddsfaktor en term i *analogi med riskfaktor syftar på förhållanden som tycks skydda för uppkomst av ohälsa och sjukdom, utan att det därför säkert finns ett orsakssamband mellan faktorn och förhindrandet av sjukdom.*
- riskbeteende definieras som *socialt, ekonomiskt eller biologiskt betingat beteende som förknippas med ökad risk för en specifik sjukdom, ohälsa eller skada.*

LITTERATURGENOMGÅNG

Litteraturen som använts i föreliggande studie har hämtats via referenslistor till i sammanhanget relevanta avhandlingar, utredningar och litteratur. Flera sådana finns tillgängliga i biblioteket på Samhällsmedicin Gävleborg. Vidare har Skolverkets, Myndigheten för Skolutvecklings, WHO:s och Folkhälsoinstitutets publikationer genomsköts. Sökord har varit: Hälsofrämjande skola, skoltrivsel, elevinflytande, tobak och alkohol. En del referenser har lett vidare i sökandet och avgränsningen i litteraturutbudet.

Hälsofrämjande skola

Begreppet "stödjande miljöer för hälsa" har inneburit en perspektivförskjutning inom folkhälsoarbetet från att förebygga till att bygga/främja hälsa utifrån arenor (settings) som skola, arbetsplats och bostadsområde (WHO 1986, Haglund & Svanström 1995,

Sundsvallskonferensen WHO 1999). Som en följd av denna perspektivförskjutning initierade WHO flera globala och internationella nätverk varav "The European Network of Health Promoting Schools" (ENHPS) är ett. ENHPS bedrevs först som ett projekt i europaregionen under åren 1992 – 1997. För att ett land skulle få delta i nätverket krävdes att projektet förankrades på högsta nivå inom såväl skol- som hälsodepartement. Ett 10-tal "modellskolor" i varje land ingick i projektet som omfattade ett 40-tal länder. Syftet var att utveckla, sprida, använda och vidareutveckla modeller och metoder för att bedriva lokalt folkhälsoarbete med skolan som centrum. Det utgick inte några specifika direktiv från WHO för projektet "Healthy schools" men varje deltagande land/skola samtyckte att arbeta utifrån följande 12 kriterier:

- active promotion of self-esteem of all pupils by demonstrating that everyone can make a contribution to the life of the school
- the development of good relations between staff and pupils and between pupils in the daily life of the school
- the clarification for staff and pupils of the social aims of the school
- the provision of stimulating challenges for all pupils through a wide range of activities
- using every opportunity to improve the physical environment of the school
- the development of good links between the school, the home and the community
- the development of good links between associated primary and secondary schools to plan a coherent health education curriculum
- the active promotion of the health and well-being of school staff
- the consideration of the role of staff exemplars in health-related issues
- the consideration of complementary role of school meals (if provided) to health education curriculum
- the realization of the potential of specialist services in the community for the advice and support in health education
- the development of the education potential of the school health services beyond routine screening towards active support for the curriculum (WHO, CE & CEC 1994).

Vid en uppföljande konferens år 1997 enades ENHPS, nationella och regionala koordinatörer m fl i en resolution om tio grundläggande principer som fortsättningsvis skulle gälla. I stora drag innebär dessa principer att demokratiska principer, rättvisa och empowerment ska utgöra grunden för den hälsofrämjande skolan (Stewart Burgher et al. 1999).

I Sverige har Folkhälsoinstitutet (FHI) utarbetat ett policydokument för en vidareutveckling och spridning av arbetet med en hälsofrämjande skola. Förutom något omarbetade kriterier enligt ovan slår FHI fast att den teoretiska plattformen skall utgöras av Antonovskys (1991) salutogena teori (problemformuleringar som utgår från ett hälsoperspektiv) inom vilken begreppet "en känsla av sammanhang", (KASAM) är centralt (FHI 1997, Lander 1998, Antonovsky 1991).

Följande bild/översikt (figur 1) visar på ett schematiskt sätt omfattningen/mångfalden av det utvecklingsarbete som "Hälsofrämjande skola" kan innebära. Bilden framtonade då Govik (1997) intervjuade några regionala nyckelpersoner över vad skolorna sammantaget ansåg som angeläget att utveckla för att bygga en vardagligt stödjande miljö

för hälsa, lärande och demokrati. Det som framstår är att mycket handlar om organisatoriska frågor vilket i sin tur visar att processen är viktig men framförallt att skolledningen medverkar för att organisatoriska lösningar ska kunna skapas. Bilden som inte har publicerats var inte tänkt att invagga skolorna till att tro att alla verksamheter/områden måste utvecklas för att nå visionen utan att mer vara till hjälp för den enskilda skolan i dess prioritering av för skolan lämpliga verksamheter/områden att bedriva utvecklingsarbetet inom.



Figur 1. Schematisk översikt över omfattningen av utvecklingsarbetet "Hälsofrämjande skola", framtagen av Bo-Lennart Govik, (Govik 1997, opublicerad bild).

"Myndigheten för skolutveckling" har sedan år 2003 tagit över det nationella samordningsansvaret från FHI, att implementera konceptet "Hälsofrämjande skola". Myndigheten har valt att använda begreppet "Hälsofrämjande skolutveckling" med ambitionen att utveckla stödjande miljöer och stödjande relationer utifrån två spår dels att "utveckla goda lärmiljöer" dels att öka kvalitén inom kunskapsområdet hälsa (Nilsson & Sandberg 2001, Myndigheten för skolutveckling 2003, 2005a,b, Nilsson & Norgren 2003).

Flera länder i Europa har tagit fram ett nationellt program för att utveckla hälsofrämjande skolor inom den egna nationen (Council of Europe, WHO Europe, European commission 2002). I Sverige finns för närvarande inte något sådant nationellt program, där-

emot finns i flera utredningar, propositioner, läroplan, etc. rekommendationer om ett hälsofrämjande utvecklingsarbete inom skolan (t.ex. Utbildningsdepartementet 1994, SOU 2000:19, SOU 2000:91, bilagedel B, Nilsson & Sandberg 2001, Regeringens Proposition 2002/03:34, Skolverket 2004, Myndigheten för skolutveckling 2004, 2005a,b). I dagsläget finns flera kommuner och enskilda skolor som utifrån läroplanen, begreppet KASAM, och några av de vägledande kriterierna/principerna mer strukturerat, kontinuerligt och långsiktigt utvecklar skolan till en hälsofrämjande sådan. Då jag via sökmotorn Goggels svenska sidor (22 april 2005), gör en sökning på "Hälsofrämjande skola" får jag inte mindre än 12.700 träffar. Innehållet är mycket varierat allt ifrån en allmän beskrivning av hur kommuner och enskilda skolor arbetar till utbildningsinsatser och nyhetsbrev.

Effekter av konceptet "Hälsofrämjande skola"

Bremberg (1988), St Leger (1999) och Nilsson (2001) har var för sig gått igenom forskning som handlat om olika skolhälsoprogram. Resultaten visade att program som handlar om att lära sig förstå att man själv bestämmer och kan fatta egna beslut påtagligt påverkar vanor och attityder samt att beprövade hälsoprogram i viss mån förbättrar elevernas engagemang och studieresultat. St Leger kunde i sin forskning inte finna någon konsensus i litteraturen då det gäller förväntade effekter av skolhälsoprogram eftersom mätningarna handlat om skilda områden som kunskaper, attityder, hälsovanor och skolresultat. Konceptet "Hälsofrämjande skola" är dock intressant menar St Leger, eftersom det tycks ge möjligheter som ökar inlärningsförmågan och skapar lärande miljöer.

Lander (1998), utvärderade den svenska delen av projektet "Health Promoting Schools". Utvärderingens upplägg var att beskriva modeller under utveckling, intervjuar lärarna angående deras pedagogiska tankar bland annat relaterade till hälsa samt en enkät till eleverna angående prestationstillit och känsla av sammanhang. Resultatet visade dels att det var svårt att få en samlad bild av projektet - de elva skolorna som ingick i studien hade arbetat så olika och modellen i sig var luddig, dels att en tydligt vald programteori samt resurser till stöd för skolornas engagemang och arbete skulle ha underlättat processen. En annan utvärdering av utvecklingsarbetet hälsofrämjande skola i Västernorrland genomfördes som telefonintervjuer och personliga intervjuer med rektorer från 10 skolor fördelade på alla kommuner i Västernorrland samt intervjuer med en eller flera andra personer rektor föreslog. Av resultatet framkom bland annat att; KASAM-begreppet är användbart för skolorna; att skolledarna är de som främst sett möjligheterna att använda komponenterna i KASAM och som först ser möjligheter att utveckla skolan som en stödjande miljö i samklang med övrigt utvecklingsarbete (Nilsson 2000).

År 2004 publicerades en utvärdering - en systematisk översikt av hälsofrämjande skolor grundad på nio utvalda studier. De nio studierna uppfyllde de uppsatta kriterierna av att; -karaktäriseras som utvärderingar av processen och eller resultaten, vara vetenskapligt publicerade och kontrollerade, beskriva insatser som tydligt hänvisade till konceptet "Hälsofrämjande skola" (Health promoting school) och där konceptet användes för fler än bara ett skolområde. Av resultatet framgår att både utvärdering av åtgärder och utvärderingsmetodik är komplext. De interventioner som presenteras i de nio studierna

var olika då det gäller innehåll och upplägg, valda områden, metoder, förutsättningar etc. Skolor som integrerat konceptet i form av policies och eller i skolplaner lyckas bättre i processen än andra. En medvetenhet och en ökad kunskap om innebörden av "health promoting school" samt att en kunskapsökning i speciella områden som kost, tobak, alkohol var resultat som kunde ses på individnivå. Vidare framkom att i endast en av fem studier som utvärderat beteenden fanns gynnsamma effekter på elevernas hälsobeteenden (Mukoma & Flisher 2004).

Hur lyckosamt har då arbetet med konceptet "Hälsofrämjande skola" varit? Konceptet handlar om skolans organisation - att ett hälsofrämjande syn- och förhållningssätt skall genomsyra alla och alla verksamheter på skolan – som en stödjande miljö för hälsa, välbefinnande och lärande. Utvecklingsarbetet är komplext och måste för att lyckas både ha ett starkt nationellt stöd och av skolledningen. Varken St Leger (1999) eller Mukoma & Flisher (2004) fann i de forskningsarbeten de granskade något stöd för att de skolor som arbetar efter konceptet hälsofrämjande skola är bättre än andra på att öka barns hälsa. St Leger (1999) anser dessutom att debatten om hälsofrämjande skola och hälsoarbete är förvirrad och forskares förväntningar på att skolsektorn ska ställa upp många gånger är orealistisk.

Några betydelsefulla faktorer för hälsa och välbefinnande i skolan

Skolans skyddande roll då det gäller experimenterande och riskbeteende bland barn och ungdomar är sedan länge känt. Det syn- och förhållningssätt, den lär- och arbetsmiljö, den kompetens och den strategi man har inom skolan och som främjar hälsa och hälsobeteenden är alltså väsentligt i sammanhanget. Nära samverkan med föräldrar deras engagemang och närvaro i skolan har också stor betydelse liksom samverkan med när-samhället (Myndigheten för skolutveckling & Statens folkhälsoinstitut, 2003).

Föräldrarnas inställning har t.ex. då det gäller ungdomars alkohol- och rökvanor stor betydelse. Om föräldrarna tydligt markerar att de inte accepterar att ungdomarna dricker alkohol eller röker så dricker och röker ungdomarna mindre än kamrater som har föräldrar med en tillåtande inställning (Marklund 1983, Marklund & Törnell 1996). Att trivas i skolan kan sägas handla om händelser och upplevelser i skolvardagen i relation till händelser och upplevelser utanför skolan samt till elevens behov, känslor och attityder

Skyddsfaktorer

I flera studier har skolans roll och inverkan på elever undersökts. Det tycks som om skolklimatet inklusive relationer mellan elever, mellan elever och de vuxna påverkar elevernas syn på och upplevelser av skolan samt har stor betydelse inte bara för trivsel och trygghet på skolan, utan också för elevernas intellektuella prestationer samt för alkohol- och tobaksbruk (Rutter 1979, Grosin 1991, Samdal et al. 1998a, Hellblom-

Thibblin 1999, Skolverket 1999, Myndigheten för skolutveckling & Statens folkhälsoinstitut 2003). Rutter (1979) menar t.ex. att skolan kan ses som en tillgång men också som en riskfaktor. Skolklimatet liksom skolledning och den enskilde läraren är betydelsefull i sammanhanget.

Eleverna uppger själva att en god kontakt med lärarna är viktig för skolengagemang. Det som eleverna främst värdesätter är att läraren ser eleverna, att de lyssnar, uppmuntar och har tilltro till elevernas förmåga samt ger dem stöd i deras utveckling (t.ex. Samdal et al. 1998a, Myndigheten för skolutveckling 2004). Även kamraterna har stor betydelse för skoltrivseln visar en svensk studie där 1200 elever i år 7 och 9 samt år 2 i gymnasieskolan följts under tre år. 40 procent av eleverna svarar att de inte skulle stå ut i skolan om det inte vore för kamraterna (Anderson 1995). Kamrater är också betydelsefulla då det gäller värderingar, normbildning och social förmåga (Oetting & Donnermeyer 1998).

Utifrån ett mer problemorienterat synsätt handlar arbetsmiljön i skolan om hur omgivningen ser på eleverna. Eleverna uppger att det är upplevelser av skolmiljön som är orsak till deras agerande medan lärarna ser egenskaper och brister hos eleverna (Hellblom-Thibblin 1999).

Då det gäller elevernas möjligheter till inflytande i skolan har detta sedan 1997 i stort sett varit oförändrat. Eleverna anger att de vill ha mer inflytande, framför allt vill de påverka valet av skola och arbetssätt. Andra områden där många elever vill kunna påverka är läxor och prov samt vad man får lära sig i skolan (Skolverket 2004).

En undersökning riktad till skolelever i Stockholms län visade att i skolor där elevinflytandet var starkt var förekomsten av psykiska problem, skolk, skolmisslyckanden och stökighet lägst. När eleven får vara med och påverka sin situation i skolan kan en upplevelse av samhörighet med skolan skapas (Bremberg 1998, Bremberg & Öfverberg 2000.).

Studien ovan bekräftas av en nyligen genomförd litteraturstudie som handlar om barn och ungdomars (4 – 12 år) inflytande relaterad till deras hälsa. Genomgången visade att de barn som hade inflytande i skolan också hade en bättre hälsa än de utan något inflytande. Vidare fanns evidens för att den sociala, psykiska och intellektuella hälsan gynnades, medan evidens för att den fysiska hälsan skulle påverkas var svag (Wennerholm - Juslin & Bremberg 2004).

Bremberg (2002 & 2004, s. 35) menar att *skolans hälsofrämjande möjlighet ligger i att utveckla individernas hälsoskyddande kompetenser* (intellektuella, emotionella och sociala).

I nära samspel med miljön integreras i individen olika kompetenser (psykologiska, kognitiva, sociala). Integreringen sker framförallt under uppväxtåren och har inflytande på den vuxne och åldrande människans hälsa. Det finns flera studier som på något olika sätt undersökt vilka kompetenser som kan vara de mest betydelsefulla för hälsan. De kompetenser forskarna fångat är sådana som framstått som skyddsfaktorer mot ohälsa.

Exempel på sådana egenskaper är individens tilltro till sin egen förmåga, att kunna påverka sin situation, att ha god social förmåga, att ha gott självförtroende, att reflektera kritiskt och att kunna använda de fem sinnena (Schwartz et al. 1995, Bosma et al. 1999, Najaka et al. 2001, Markham et al. 2003).

Riskfaktorer

Vad det är som utmärker ett riskbeteende och vad som kännetecknar ett normalt beteende är relativt i förhållande till bland annat den kultur, det samhälle, den tidsepok och den vetenskapliga grundsyn under vilket beteendet bedöms.

Under tonårstiden är ett experimenterande beteende ett naturligt inslag i utvecklingen och bör därför betraktas som *något normalt och utvecklingsbefrämjande* för identitetsutvecklingen (Berg Kelly 1994, s. 3). Samhällets och vuxnas norm, syn och förhållningssätt är väsentliga för att det experimenterande beteendet under ungdomsåren inte ska övergå till ett vanemässigt risktagande som på sikt kan ge upphov till sjukdom och eller förtidig död.

I en amerikansk studie beskrivs tobak, alkohol och andra droger som några av de områden som främst påverkar amerikanska ungdomars hälsa. De ungdomar som använder droger har sämre välbefinnande, mer negativa attityder till skolan och starkare band till kamrater än andra. Även i en svensk longitudinell studie riktad till ungdomar i Uppsala har samband mellan riskbeteende och problembeteende kunnat påvisas (Lagerberg et al. 1994).

För riskfaktorerna tobak och alkohol finns evidens för att om dessa konsumeras mer vanemässigt under uppväxtåren kan det inverka på individens hälsa och välbefinnande i vuxen ålder. Även om det finns en tendens som visar att tobaksbruket minskar bland barn och ungdomar, är det 25 000 som börjar röka varje år. Av dessa kommer hälften att fortsätta röka i vuxen ålder. Av resultatet från en enkätstudie riktad till svenska tonåringar år 2003 framgick att det röks på skolgården, att de vuxna inte ingriper om elever röker där samt att vuxna röker på skolområdet. Dessutom framkom att ungdomarna vill att vuxna ska reagera negativt på deras tobaksbruk – visa att de bryr sig (Nilsson 2003). En annan studie som omfattade ungdomar i flera europeiska länder visade att skolalieberade 15-åringar rökte flera gånger mer än de som inte upplevde skolalieberation. Dessa ungdomar drack dessutom alkohol flera gånger i veckan samt hade varit berusade ett antal gånger (Nutbeam et al. 1993.).

Då det gäller svenska ungdomars alkoholkonsumtion har denna visat en oroande ökning under 1990-talet, den kraftigaste ökningen sedan mellanölspremiären på 1970-talet. Det är mängden alkohol hos den grupp som dricker som har ökat och inte andelen konsumenter. År 2001 drack sju procent av niondeklassarna tio liter ren alkohol (Statens folkhälsoinstitut 2003).

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) publicerar årligen sedan 1972 en nationell sammanställning av alkohol, narkotika och tobaksbruk bland 15-

åringar (år 9). Studierna visar att ungdomar i år 9 som dricker alkohol trivs sämre i skolan, skolkar mer än andra ungdomar och att det finns samband till tobaksbruk, alkohol-drickande och användning av andra droger (Hvitfeldt et al. 2004).

Ogiltigt frånvaro är ofta en signal på att eleven inte trivs eller tycker att skolan är meningsfull, ett gott skolklimat tycks alltså skydda även mot skolk. Eleverna själva uppger vanligtvis som orsak till skolk att undervisningens innehåll är ointressant och att utformningen är jobbig men även andra orsaker finns som t.ex. familjeproblem och missbruk (SOU 2000:91).

Andra faktorer än skolan av betydelse för ungdomars hälsoutveckling

Närsamhället har en viktig och skyddande roll. Detta framgår bland annat av en svensk undersökning där ungdomars hälsovanor och riskbeteenden studerades i tre kommuner med likartade socialgrupper, familjemönster och grova demografiska förhållanden. Forskarna fann att i den kommun som under ca 20 års tid satsat på långvariga, tvärsektoriella och samordnade insatser på förebyggande ungdomsarbete hade ungdomarna bättre hälsa och hälsobeteenden samt ett tydligt mindre riskfyllt beteende än i de två andra kommunerna (Berg Kelly et al. 1993).

Ungdomars hälsa i Gävleborg

De flesta ungdomar i Gävleborg mår bra, trivs med sig själva, skolan, fritiden och familjen samt är drogfria det framgår av de två länsövergripande undersökningarna "Hälsoenkäten" och CAN-undersökningen. Hälsoenkäten har genomförts två gånger sen 1996 och CAN enkätundersökningarna vart tredje år sedan 1996 riktade till 15-åringar (år 9) och sedan 1998 också vart tredje år riktade till 17-åringar (år 2 i gymnasiet). Det finns dock anledning till viss oro och kraftfulla interventioner eftersom det finns en tendens till riskbeteenden som på sikt kan innebära risker för hälsan och välbefinnandet. Andelen rökande flickor respektive pojkar i niondeklass är t.ex. 36 procent (34 procent riket) respektive 23 procent (35 procent). Sedan mätningarna startade har ingen förändring skett. Det omvända gäller snusning där fler pojkar snusar 17 procent mot 0,9 procent av flickorna. Totalt sett är pojkar och flickor i Gävleborg lika stora tobakskonsumenter. 80 procent av flickorna i nionde klass och 73 procent av pojkarna dricker alkohol. Av dessa kan 16 procent av flickorna och 21 procent av pojkarna klassas som storkonsumenter (Alfredsson 2003, Östlund 2004).

Då det gäller skolk svarar 16 procent av flickorna och 12 procent av pojkarna att de brukar skolka 2-3 ggr/mån – flera ggr per vecka (Alfredsson 2003).

29 procent av flickorna och 26 procent av pojkarna i år 9 tycker att man i skolan alltid/oftast bryr sig om vad eleverna tycker (Alfredsson 2003).

Det finns inte i någon undersökning en tvekan om att skolan är viktig inte bara för elevernas lärande utan också för deras hälsa och välbefinnande. Begreppet "Hälsofrämjan-

de skola” är dock mångfacetterat och det är därför inte enkelt att ringa in vad som utmärker en hälsofrämjande skola och vilka kriterier som är väsentligare än andra. Detta blir tydligt i utvärderingar där blandade resultat presenteras, vilket i sin tur gör det svårt att analysera, beskriva och jämföra både process och effekt av hälsofrämjande skolor. Trots ovanstående svårigheter ska jag ge mig på att testa min hypotes om skolan som en hälsofrämjande arena på det material som finns till mitt förfogande.

MATERIAL OCH METOD

Material och urval av frågor

Den samhällsmedicinska enheten vid Landstinget Gävleborg förfogar över ett stort enkätmaterial som rör barn och ungdomars hälsa. Bland år 9-elever i Gävleborgs län har två olika enkätundersökningar genomförts vid fem tillfällen under vårterminerna 1996, 1999 och 2002. Enkätundersökningarna som var totalundersökningar, har handlat dels om alkohol och droger dels självskattad hälsa. Alkohol och drogvaneundersökningar har genomförts av Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) 1996, 1999 och 2002 på uppdrag av bland annat kommunerna i länet, Kommunförbundet Gävleborg och Samhällsmedicin Gävleborg (Östlund 2004). Enkätundersökning angående självskattad hälsa har vid två tillfällen, 1996 och 2002 genomförts av Samhällsmedicin Gävleborg (Alfredsson & Sundman 1997, Alfredsson 2003).

I föreliggande studie kommer data att användas från de båda enkätundersökningarna som genomfördes under vårterminen 2002. Data vid dessa två olika enkätundersökningar samlades in vid skilda men nära tidpunkter. Inga namnuppgifter, annan personidentitet eller kodning fanns med i de två enkäterna.

Baserat på litteraturgenomgången har fem frågeställningar valts ut ur respektive ”hälsoenkäten” (fortsättningsvis i studien benämnd ”hälsofrämjande upplevelser”) och ur ”CAN-enkäten” (av ”riskkaraktär”). Elevernas svar på dessa frågeställningar utgör materialet till denna studie.

Kriterier för valen av ”hälsofrämjande upplevelser” har varit att frågorna ska belysa elevens egen utsaga om skolan, att de ska gå att relatera till vedertagen litteratur om skolan som en hälsofrämjande arena, och att svaren diskriminerar väl d.v.s. att svarsfördelningen skolorna emellan visar en god spridning. Kriterier på valda frågor av riskkaraktär var att de skulle utgöra riskbeteenden, som går att relatera till vedertagen litteratur (Carlsson 1990). I tabell 1 nedan presenteras de ”hälsofrämjande” frågorna med samtliga och till denna studie valda svarsalternativ.

Tabell 1. Valda frågeställningar och svarsalternativ om hälsofrämjande upplevelser ur hälsoenkäten.

Frågeställningar ang elevens utsaga om "hälsofrämjande upplevelser" av skolan	Svarsalternativ i enkäten	Valda svarsalternativ
Hur trivs du i stort sett med lärarna?	mycket bra; ganska bra; varken bra eller dåligt; ganska dåligt; mycket dåligt	mycket bra; ganska bra
Hur trivs du i stort sett med de andra vuxna i skolan?	som ovan	som ovan
Hur trivs du i stort sett med undervisningen?	som ovan	som ovan
I min skola bryr man sig om vad eleverna tycker.	stämmer alltid; stämmer oftast; stämmer ibland; stämmer sällan; stämmer aldrig	stämmer alltid; stämmer oftast
Om du får problem eller bara skulle vilja prata med någon, hur lätt eller svårt tycker du då att det är att vända sig till: elevvårdpersonal på skolan?	mycket lätt; ganska lätt; varken lätt eller svårt; ganska svårt; mycket svårt	mycket lätt; ganska lätt

Ur CAN-enkäten har de frågor (fem st.) som uppfyller tidigare angivna kriterier valts ut. Frågorna av riskkaraktär redovisas i tabell 2 tillsammans med samtliga svarsalternativ och de svarsalternativ som ingår i analysen. De svar som analyserats i studien är de som anger någon form av riskbeteende.

Tabell 2. Valda frågeställningar och svarsalternativ av riskkaraktär ur CAN-enkäten.

Frågeställningar av "riskkaraktär"	Svarsalternativ i enkäten	Valda svarsalternativ
Hur ofta brukar du dricka starköl? Hur mycket starköl dricker du vid varje tillfälle? Samma frågeställningar för vin, sprit och alkoholäsk.	Frågorna om mängd och frekvens av starköl, vin, sprit och alkoholäsk summeras till centiliter hundra procentig alkohol per år vilket motsvarar ett index som kan anta värden 0 - 6	alkoholindex 5 och 6 används här
Hur ofta händer det att du känner dig berusad när du dricker alkohol?	dricker inte alkohol; varje gång; nästan varje gång; någon gång ibland; sällan, aldrig	varje gång; nästan varje gång
Röker du?	nej, har aldrig rökt; nej, har bara provat; nej, har slutat; ja, varje dag; ja, nästan varje dag; ja, men bara vid veckosluten; ja, men bara då jag är på fest; ja, men bara ibland	alla svarsalternativ som börjar med "ja"
Snusar du?	nej, har aldrig snusat; nej, har bara provat; nej, har slutat; ja, varje dag; ja, nästan varje dag; ja, men bara ibland	alla svarsalternativ som börjar med "ja"
Brukar du skolka?	nej, aldrig; ja, någon gång per termin; ja, en gång i månaden; ja, 2-3 gånger i månaden; ja, en gång i veckan; ja, flera gånger i veckan	ja, en gång i månaden; ja, 2-3 gånger i månaden; ja, en gång i veckan; ja, flera gånger i veckan

Då det gäller frågan ovan om alkoholkonsumtion kommer det alkoholindex som CAN har skapat att användas, det är en sammanräkning av flera frågeställningar kring frekvens och konsumtionsmängd av öl, starksprit, vin och blanddryck. Alkoholindex utgör alltså ett sammanfattande mått på den totala årliga alkoholkonsumtionen av öl, starksprit, vin och blanddryck. Alkoholkonsumtionen indelas i sju klasser 0-6 där 0 innebär att ingen alkohol konsumeras. Den valda kategorin 5 och 6 innebär "stor konsumtion" och motsvarar 500 centiliter hundra procentig alkohol per år eller mer (CAN 2002.)

Bortfall

De båda enkätundersökningarna var totalundersökningar riktade till samtliga elever i år 9, på de 43 skolor där år 9 finns i Gävleborgs län. I länet fanns enligt uppgift 3253 elever vårterminen 2002. Antalet ifyllda formulär var 2715 för hälsoenkäten och 2406 för CAN-enkäten vilka redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Deltagande och svarsfrekvens i respektive enkätundersökning år 2002

	Svar	Antal elever totalt	Svarsfrekvens (%)
Hälsoenkät	2715	3253	83
CAN-enkät	2406	3253	74

Av de totalt 43 skolorna exkluderades i analysen fem skolor på grund av att elevantalet var för lågt för analys eller för att skolorna inte deltagit i båda enkätundersökningarna under vårterminen 2002. Föreliggande studie baseras därmed på 38 skolor och de elever som var närvarande och fyllde i respektive enkät på för enskild enkätundersökning angiven dag och tid. Det kan påpekas att bortfallet, av enskilda enkäter, inte orsakas av elevens nekande att svara utan mer av frånvaro på grund av ledighet etc (Alfredsson 2003).

Metod

Analysen av materialet har genomförts i två steg. I ett första steg studerades om det förekom något samband på skolnivå och i det andra steget studeras samband på individnivå.

Analysenheten skola har använts eftersom datamaterialet från hälsoenkäterna inte går att, på individnivå, sammanföras med data från alkohol och drogvastudierna. För att förhindra att enskilda skolor skulle kunna pekats ut har skolorna kodats och benämnts med denna kod. Analysen har utförts separat för flickor och för pojkar.

I steg ett rangordnas skolorna med avseende på varje variabel som ingår i hälsofrämjande upplevelser. Rangen för varje variabel summeras för varje skola och skolorna rangordnas därefter med hjälp av rangsumman. En rangkorrelation mellan hälsofrämjande upplevelser och riskbeteenden beräknas. Spearmans metod valdes framför Pearson's eftersom den har ett vidare användningsfält och är mindre känslig för enstaka extrema värden (Altman et al. 2000, Vejde & Leander 2000).

I det andra steget jämförs riskbeteenden utifrån individer med hjälp av två urval. Ett urval utgörs av de skolor som hade största andelen elever med hälsofrämjande upplevelser, fjärde kvartilen (Q3), och ett som hade minsta andelen, första kvartilen (Q1). Denna andra ansats gav möjlighet att dels studera varje riskbeteende för sig, dels att kvantifiera och statistiskt testa eventuella skillnader i andelar/proportioner. Ett konfidensintervall på skillnader mellan andelarna beräknades där signifikansnivån på 5 procent har valts

d.v.s. sannolikheten att förkasta nollhypotesen då den är sann är 5 på 100.

I den statistiska analysen har beräkning av rangkorrelation, test av skillnader av proportioner, beräkning av konfidensintervall etc. utförts dels i Excel dels i statistikprogrammet SAS, i enlighet med Altman et al. (2000) "Statistics with confidence" och Vejde & Leander (2000) Ordbok i statistik.

Etiska överväganden

En viktig utgångspunkt är kravet på att skydda individen. Detta kan konkretiseras i fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Humanistiska samhällsvetenskapliga forskningsrådet 1990).

I den här studien har befintligt datamaterial från två olika tvärsnittsundersökningar använts vilket innebär att forskningsetiska överväganden redan gjorts i samband med genomförandet av dessa. Vidare har data enbart presenterats på skolnivå. Skolorna kodades och har benämnts med denna kod det vill säga de enskilda skolorna har behandlats konfidentiellt. Det torde därför inte föreligga några forskningsetiska hinder för aktuell studie (Humanistiska samhällsvetenskapliga forskningsrådet 1990).

RESULTAT

I resultatdelen redovisas några hypoteser som testats om skolan som en mer eller mindre hälsofrämjande arena. Resultatet utifrån dessa analyser redovisas i form av tabeller och kommentarer under rubrikerna *dataanalys på skolnivå* och *dataanalys på individnivå*. Endast ett fåtal flickor nyttjade snus, varför flickor eliminerades från all analys på skolnivå där variabeln snus ingick.

Dataanalys på skolnivå

Inledningsvis summerades rangen för varje hälsofrämjande variabel varefter skolorna rangordnades med hjälp av rangsumman. För att testa hypotesen om att skolor som har en hög andel elever med hälsofrämjande upplevelser har en låg andel elever med riskbeteenden och tvärs om jämfördes riskbeteenden mellan de skolor som hade största andelen elever respektive minsta andelen med hälsofrämjande upplevelser. Därefter beräknades en rangkorrelation mellan hälsofrämjande utsagor och riskbeteenden. Värdena kan anta -1 till +1, ju närmare 1 värdena ligger desto starkare samband föreligger. I tabell 4 återges resultatet av den analysen.

Tabell 4. Korrelation mellan skolornas rangsumma utifrån hälsofrämjande upplevelser och riskbeteenden. n = 38 skolor.

Variabel	Flickor		Pojkar	
	r_s	95 % KI	r_s	95 % KI
Riskbeteenden samman- taget	-0,170	-0,464 – 0,158	-0,282	-0,552 – 0,042
Alkoholkonsumtion	-0,034	-0,350 – 0,289	0,004	-0,316 – 0,323
Berusningsdrickande	0,298	-0,023 – 0,564	0,149	-0,180 – 0,447
Skolk	0,055	-0,269 – 0,368	0,219	-0,001 – 0,580
Rökning	0,081	-0,243 – 0,393	0,146	-0,182 – 0,445
Snus	-	-	0,300	-0,022 – 0,566
Källa: ÅK 9-enkäterna 2002. SMG		r_s = rangkorrelationskoefficient enl Spearman		

De flesta värden ligger långt ifrån 1 och alla beräknade konfidensintervall omfattar värdet 0, varför inga samband har påvisats. Eleverna trivs bra men dricker och röker ändå. Enligt forskningshypotesen skulle hälsofrämjande skolor ha effekt på elevernas riskbeteenden. Den uppställda hypotesen stöds därför inte d.v.s. hälsofrämjande skolor tycks i denna studie inte ha någon effekt på elevernas riskbeteenden.

Dataanalys på individnivå

Som angavs i metodavsnittet genomförs analysen i två steg. Dataanalysen på individnivå inleds med att skolorna indelas i kvartiler utifrån rangsumman av hälsofrämjande upplevelser. Rangsumman har beräknats separat för pojkar och för flickor vilket innebär att pojkar och flickor från samma skola kan hamna i skilda kvartiler. Måttet ”kvartil” ger en uppfattning om hur spridningen inom materialet är, närmare bestämt delar ”kvartil” in observationerna i fjärdedelar och anger det variabelvärde under vilket en, två, tre eller fyra fjärdedelar av observationerna ligger. Elever från skolor i den lägsta kvartilen utgör den ena gruppen som jämförs med elever från skolor i den fjärde kvartilen som utgör den andra gruppen. Andelar riskbeteenden beräknas för dessa grupper och ett 95-procentigt konfidensintervall beräknas (enligt Altman et al. 2000). I tabell 5 redovisas det resultatet.

Tabell 5. Skillnader mellan den första och den fjärde kvartilen (Q1 och Q3) i andel riskbeteenden. Antal pojkar och flickor i procent. Q3 flickor n = 213. Q1 flickor n = 354. Q3 pojkar n = 227. Q1 pojkar n = 352.

Riskbeteende	Kön	Q3 Hälsofrämjande skolor	Q1 Mindre hälso- främjande skolor	Diff	Sign.
Alk.kons	Flickor	79,5	83,8	4,3	NS
	Pojkar	76,9	74,7	2,2	NS
Berusndr	Flickor	39,3	53,4	14,1	*
	Pojkar	33,7	37,5	3,8	NS
Röker	Flickor	37,5	39,7	2,2	NS
	Pojkar	15,0	21,2	6,2	NS
Snus	Flickor	5,7	4,7	1	NS
	Pojkar	22,1	27,6	5,5	NS
Skolk	Flickor	22,3	22,4	0,1	NS
	Pojkar	16,3	20,4	4,1	NS

Statistiskt säkerställda avvikelser markeras med * och testas med beräkning av 95-procentig konfidensintervall.

Ett mönster kan generellt utläsas nämligen att differensen för alla värden är till hälsofrämjande skolors fördelar, förutom för variabeln berusningsdrickande bland flickor där en signifikant skillnad kan avläsas. Den visar att berusningsdrickandet bland flickor är mindre i skolor som är mer hälsofrämjande. Eftersom endast ett svagt stöd finns för forskningshypotesen går det inte heller här att styrka denna.

DISKUSSION

Först kommer material och metod att diskuteras följt av en diskussion om resultatet. Sist redovisas dels de slutsatser som kan dras utifrån studien dels de förslag till utveckling som framtonat.

Material och urval av frågor

Frågor och svar ur två olika frågeformulär har använts för analys i denna studie. "Hälsoenkäten" som består av 30 frågor både sådana som specifikt formulerats för hälsoenkäten och sådana som hämtats ur andra enkäter. Dessa frågor har använts vid två tillfällen nämligen år 1996 och år 2002. Hälsoenkäten används för att med sex års mellanrum mäta barn och ungdomars hälsa i Gävleborg. Syftet är bland annat att få och förmedla kunskap om dels aktuellt hälsoläge dels via en tidsserie upptäcka mönster och trender. Förhoppningen är att denna kunskap ska leda till att kontinuerliga och strukturerade

insatser som främjar barns och ungas hälsa genomförs. CAN-enkäten består av frågor som tagits fram av CAN och som använts sen 1970-talet nationellt samt sedan 1996 som totalundersökningar i Gävleborgs län. Formuläret innehåller 69 frågor vilka handlar om elevens bruk av alkohol, tobak och andra droger samt om skolan och eleven själv. Syftet med CAN-enkäten är i stort densamma som för hälsoenkäten. Datamaterialet som finns från dessa två enkätundersökningar är omfattande och finns tillgängligt på Samhällsmedicin Gävleborg. Det föll sig därför helt naturligt att se om en bearbetning av detta material skulle gå att kombinera med mitt intresse för WHO:s koncept om hälsofrämjande skola.

Det finns en stor mängd litteratur som beskriver skolans roll och funktion samt elevernas hälsa, situation och upplevelser (t.ex. Whitty et al. 1998, Samdal 1998b, Hellsten 2000, Lilja & Larsson 2003, Sacher et al. 2002, Folkhälsorapport 2005). Med hjälp av befintligt datamaterial och den formulerade hypotesen sovrades litteraturen till hanterbarhet och relevans för aktuell studie.

Utifrån den valda litteraturen om skolan som en hälsofrämjande arena och för att kunna testa min hypotes satte jag upp kriterier som stöd för att ur frågeformulären välja ut de frågor som var relevanta för mitt syfte. Jag valde bort de frågor ur CAN-enkäten som handlade om skolan och eleven själv, trots att de uppfyllde uppsatta kriterier, eftersom elevernas svar på dessa frågor kunde ha påverkats av övriga frågor, i samma enkät, om riskbeteenden. Detta tillvägagångssätt bedömdes nödvändigt och hållbart eftersom det ringade in de frågor i materialet som i den här studien mest sannolikt skulle kunna ge en trovärdig bild av skolan som en hälsofrämjande arena. En styrka var att materialet grundade sig på elevernas egna uttalanden. Vidare fanns materialet tillgängligt och var baserat på totalundersökningar inom Gävleborgs län riktade till samma mål- och åldersgrupp, genomförda i nära anslutning till varandra och med en god svarsfrekvens. Skulle då resultatet ha blivit annorlunda om frågorna hade formulerats speciellt till denna studie? Litteraturgenomgången har visat att begreppet "Hälsofrämjande skola" är mångfacetterat och således svårt att ringa in (t.ex. Lander 1998, Govik 1997) det är därför vanskligt att ha någon säker åsikt om att resultatet skulle ha blivit ett annat än det framkomna. Min bedömning är att det är mer tänkbart och troligt att, förutom en möjlig fördjupning och bredd, en förstärkning av resultatet kunde ha åstadkommit.

Kan då det externa bortfallet på 17 procent och 26 procent på respektive enkätundersökning ha påverkat studiens resultat? Det går inte att uttala sig säkert om detta men troligt är att resultatet inte har påverkats. Bortfallet är ju inte speciellt stort och de elever som inte svarat var de som var sjuka, lediga eller av annat skäl var borta just den dagen och vid det tillfället. Dessutom är målgruppen ganska homogen det vill säga den består av barn; inom samma åldersgrupp, i samma årskurs, många i samma skola, skolor som finns i både landsbygd och tätort och där barn finns med liknande socioekonomiska position etc. Då det gäller bortfall på enskilda frågor var detta näst intill obefintligt på de frågor som omfattas av denna studie. Det betyder troligen att inte heller det interna bortfallet kan ha haft någon inverkan på resultatet.

Metoddiskussion

Att placera in skolor efter en hälsofrämjande dimension är svårt eftersom begreppet är omfattande och komplext och det kan göras på flera olika sätt. I föreliggande studie har de valda frågeställningarna av dels hälsofrämjande- dels riskkaraktär fått utgöra grund för kategorisering. Materialet till dessa kategorier är baserade på elevernas egna uttalanden vilket jag anser har varit en styrka för analysen och det erhållna resultatet. Två olika angreppssätt har valts dels att utröna samband på skolnivå dels en jämförelse av riskbeteenden i två sample, individnivå - det vill säga två grupper, Q1 och Q3, har skapats vilket har ökat möjligheten att iaktta skillnader. De två angreppssätten gav en god struktur för analysen. Jag valde att analysera flickor och pojkar var för sig vilket kan ha medfört att flickor och pojkar från samma skola har hamnat i olika kvartiler. Detta har ingen större betydelse för tolkningen av resultatet eftersom analysen utförts separat för pojkar och flickor (andel elever med specifikt riskbeteende för den minst resp. mest hälsofrämjande skolan). Inget enhetligt resultat har dock uppnåtts, spridningen i de olika undersökningarna var för stor.

De statistiska metoder som använts är för sambandsanalysen i steg ett rangkorrelation enligt Spearman och i steg två kvartilindelning samt för den statistiska inferensen i steg två signifikansprövning, där signifikansnivån var 5 procent. De statistiska analysmetoder som valdes för databearbetningen var alltså de sedvanliga och de bäst lämpade för materialet och den analysnivå som använts. Det föll sig helt naturligt att använda sig av statistikprogrammen SAS och Excel för själva den statistiska analysen eftersom grundmaterialet redan fanns inlagt i SAS och därför att Excel är ett tämligen enkelt och tillförlitligt program för de analysmetoder som valts.

Då det gäller mätinstrumentens tillförlitlighet det vill säga deras validitet och reliabilitet har det inte funnits någon möjlighet att testa instrumenten för denna studie eftersom materialet redan var insamlat. CAN-enkäten som använts nationellt sedan 70-talet har dock testats och hälsoenkäten har använts två gånger inom Gävleborgs län. Vid dessa tillfällen har också hänsyn tagits till svårigheten med att värdera "välbefinnande" på olika sätt t.ex. frågor av karaktären "må bra". De mätinstrument som finns för välbefinnande är dåligt validerade varför fokus i hälsoenkäten mer har lagts vid riskbeteenden som är lättare att mäta (Alfredsson 2003, Bremberg 1997). Trots att mätinstrumenten inte testats för denna studie har jag inga skäl att tro att validiteten och reliabiliteten inte är tillräckliga.

Resultatdiskussion

Den sammanvägda analysen visade endast ett svagt samband mellan hälsofrämjande skolor och riskbeteenden. Den formulerade hypotesen förkastas därmed det vill säga hälsofrämjande skolor tycks inte ha någon inverkan på elevernas riskbeteenden förutom för variabeln berusningsdrickande bland flickor.

Men, har då en Hälsofrämjande skola ingen inverkan på elevernas och skolpersonalens hälsa och välbefinnande? Är det någon idé att fortsätta utvecklingsarbetet? Som Hälso-

främjande skola definieras i den här studien finns inget stöd för att de har några positiva effekter på elevernas hälsobeteende. Inte heller finns stöd för något samband i den litteratur som föreliggande studie har relaterat till. Mukoma & Flisher (2004) och St Leger (1999) till exempel fann inget som tydde på att hälsofrämjande skolor var bättre på att öka barns hälsa än andra. Ska då följdfrågan till studiens hypotes ”kan en skola med en hög andel elever med självrapporterade hälsofrämjande upplevelser betraktas som en hälsofrämjande skola” besvaras med ett nej? Så enkelt är det inte att besvara den frågan. Litteraturgenomgången har visat att begreppet är komplext och att debatten är rörig. Det är också svårt att inte tro att skolan är betydelsefull eftersom individen under sin mest formbara utvecklingsperiod i livet tillbringar minst 9 – 12 år där. Forskare som t.ex. Nilsson (2003), Nutbeam (1993), St Leger (1999) och WHO (1994) menar även att det finns ett samband mellan hälsa och lärande samt riskbeteenden. Dessutom anses konceptet vara av intresse men för att lyckas bättre i framtiden bör det ges en tydligare definition, struktur, strategi och ett ledningsstöd. Då de tidigare relaterade studierna ”Hälsoenkäten” och CAN-undersökningarna visat att eleverna i Gävleborg till övervägande del trivs, mår bra och är drogfria tycks skolorna här ha goda förutsättningar till en vidareutveckling.

Bremberg (2002, 2004), är en bland flera andra forskare som i sina studier funnit att den integrering av kompetenser som sker speciellt under uppväxtåren är hälsoskyddande såväl under uppväxten som under det vuxna livet. Det är lätt att instämma i Brembergs uttalande om att skolan har en betydelsefull roll för detta ändamål det vill säga de har unika möjligheter och kunskaper för att skapa förutsättningar – stödjande miljöer; som stärker elevens tilltro till den egna förmågan, ger möjligheter för eleven att påverka sin situation, att kunna reflektera kritiskt, att uppleva meningsfullhet, utveckla social kompetens, etc. Bremberg menar med detta att skolans syn- och förhållningssätt då det gäller innehåll, normer och gränser mer öppet bör diskuteras. Flera utarbetade skolhälsoprogram har också visat sig påverka vanor och attityder. Dessa bör också mer kontinuerligt och systematiskt användas, följas upp och vidareutvecklas i skolarbetet.

En förklaring till resultatet som visar att eleverna trots att de trivs bra i skolan röker och dricker kan vara som Berg Kelly (1994) anger att risktaganden under tonårstiden är ett normalt beteende som i hög grad är involverat i de sociala sammanhang tonåringen befinner sig i – större risktagande och socialt inflytande förekommer ju yngre tonåringen är.

Det spelar därför en stor roll hur de primära socialisationskällorna för tonåringarna; familjen, skolan och nära och mer perifera kamrater ser och förhåller sig till experimenterandet för att ett eventuellt risktagande skall stanna på en icke skadlig nivå. (Myndigheten för skolutveckling & Statens folkhälsoinstitut 2003, Oetting & Donnermeyer 1998, Marklund 1996, Berg Kelly et al.1993). De flesta skolor har utarbetat förebyggande program, regler och policies samt har överenskomna sanktioner för riskbeteenden som för exempelvis rökning, alkoholbruk, mobbing och skolk. Tyvärr finns även flera både skriftliga och muntliga uppgifter om att regler och riktlinjer som tagits fram inom skolan varken följs eller följs upp på ett avtalat sätt (t.ex. Nilsson 2003, Skolverket 1999). Vilka signaler ger detta upphov till, vilka normer vill sådana skolor förmedla? Att ungdomarna själva vill bli tagna på allvar visar bland annat Nilsson (2003) och Myndighe-

ten för skolutveckling & Statens folkhälsoinstitut (2003) i sina rapporter. Detta inbegriper att de vuxna reagerar och säger ifrån då regler överträds – att de vuxna tar sitt ansvar och på så sätt visar att de bryr sig.

Vuxenblivandet är tema för tonårstiden – hur attraktivt är då vuxenvärlden, hur är tillgången till vuxna, till roller, materiella förutsättningar, social integrering, ideologiska budskap och arenor för dialoger. Skolans roll att skapa normer och goda miljöer för hälsa och lärande är som tidigare påpekats väsentlig men för att också ge skydd mot problem och missbruk behöver hela samhället engageras. Ett sådant förhållningssätt som har effekt på hälsa och hälsobeteende och därmed generellt är bra för folkhälsan, innebär att stärkande och skyddande miljöer skapas i de sammanhang/settings (t.ex. familj, skola, arbete, fritid) som individen är en del av och under hela livscykeln. Skolan kan bli en pådrivande kraft i kommunens folkhälsoarbete genom att både internt och externt tillsammans med föräldrar och närsamhället initiera, stödja, genomföra och följa upp ett sådant arbete. Figur 2 är ett exempel på ett dylikt resonemang för insatser utifrån ett helhetsperspektiv på stödjande syn- och förhållningssätt framtagna av Samhällsmedicin Gävleborg (Uddenfeldt, 2002). Ungdomar söker exempelvis sin identitet i flera sammanhang i fig. 2 exemplifierad av hemmet, skolan, vård, omsorg, fritid inom vilka viktiga aktörer för hälsosamma budskap finns. När de två dimensionerna ”livscykel” och ”settings/sammanhang” korsas uppstår ett antal celler. Inom varje cell finns ett antal aktörer som kan utforma stödjande miljöer och främja hälsosamma val, av vilka skolan, som föreliggande studie handlar om, är en. Om alla aktörer utformar sitt sammanhang i en hälsofrämjande riktning och dessutom samverkar med andra aktörer om specifika alternativt generella budskap, kan på lång sikt också ett samlat mer systematiskt hälsofrämjande folkhälsoarbete uppstå (Uddenfeldt, 2002).

Settings/Sammanhang							
Stadier i livscykeln	Hem	Häls-och sjukvård	Omsorg	Skola	Arbete	Fritid	m.fl
Barn							
Ungdom	Föräldrar Kompisar Viktiga vuxna Morfar Partner	Ungdomsmottagning Primärvård Sjukhusvård Folktandvård	Miljöhälsoskydd Individ-, familje-omsorg	Skolledning Elevhälsa Elev-org	PRAO Arbetsgivare Fackliga org	Idrottsföreningar Frivillig org Företag	
Vuxen							
Äldre							

Figur 2. Matris över några settings/sammanhang/stödjande miljöer och stadier i livscykeln relevanta för folkhälsoarbetet (Uddenfeldt 2002).

Flera studier (t.ex. Lagerberg et al. 1994, Nutbeam et al. 1993) har visat att risken för att utveckla ohälsa och missbruk är större om flera riskfaktorer förekommer samtidigt. Ex-

empel på sådana är låg social position, vantrivsel i skolan, dåliga familjeförhållanden, tidig debut av tobak och alkohol. I många undersökningar och rapporter finns tydliga signaler om att en bred satsning på barn och ungdomar är en av de lönsammaste strategierna för att förbättra befolkningens hälsa. Bästa resultatet och störst trovärdighet kan sannolikt fås om insatser införs i alla sammanhang och livscyklar, enligt figur 2.

Då det gäller samhällets insatser så visar undersökningar från flera länder, däribland Sverige, tämligen entydigt att insatser som begränsar tillgången till alkohol, narkotika och tobak medför minskad konsumtion och minskade problem även bland unga människor. Höga priser, kontroll av åldersgränser, begränsat antal försäljningsställen liksom en restriktiv narkotikapolitik är därför av central betydelse i en vetenskapligt underbyggd förebyggande strategi.

SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING

Slutsats

Den slutsats som kan dras utifrån resultatet av föreliggande studie är att mer hälsofrämjande skolor inte tycks ha någon inverkan på elevernas riskbeteenden, d.v.s. inget samband har kunnat påvisas. Den formulerade hypotesen: ”Skolor med en hög andel elever med hälsofrämjande upplevelser har en låg andel elever med riskbeteenden och vice versa”, förkastas därför.

Några förhållanden som talar för resultatet är att själva konceptet ”Hälsofrämjande skola” är som t.ex. Lander (1998) skriver, *luddigt*, vilket också framgår av andra utvärderingar och övrig litteratur som finns i frågan. De enskilda skolorna har utifrån de 12-punkterna som tagits fram av ENHPS oftast valt olika områden, modeller, syn- och förhållningssätt, haft olika grad av resurser och ledningsstöd i sitt utvecklingsarbete. Omfattningen av utvecklingsarbetet synliggörs bra via Goviks (1997) översiktliga bild (se s.8) varvid även komplexiteten framstår. Det blir då också tydligare varför utvärderingar och jämförelser som omfattar fler än en skola eller ett rektorsområde/motsvarande är svåra att genomföra och varför så få resultat av effekt och process finns. Vidare finns betydande svårigheter med att isolera skolans hälsofrämjande effekter eftersom det finns många andra faktorer som inverkar. Förändringar i samhället som familjeliv, arbetsförhållanden, ökad tillgång till mer eller mindre hälsosamma produkter och media är starka påverkanskrafter utanför skolans värld.

Förhållanden som motsäger resultatet är att forskning och beprövad erfarenhet har visat att miljöer som är främjande för hälsan stärker hälsofrämjande beteenden och välbefinnande (Aaro 1989, Nutbeam et al. 1993, WHO 1994, Nilsson 2003).

Det är som tidigare sagts svårt att isolera skolans effekter på elevernas hälsa från andra faktorer av betydelse som t.ex. de primära socialisationskällorna familjen och kamrater. Litteraturgenomgången har dock givit en möjlighet att granska begreppet ”Hälsofräm-

jande skola” – och mina frågor efter denna granskning är om skolans roll inte är så betydelsefull som man trott eller om det beror på att konceptet är för oklart?

Förslag till utveckling

Förutom att det finns ett värde i att undersöka om det är konceptet som är oklart eller om det är skolans roll som är av mindre betydelse i sammanhanget, bör konceptet stramas upp så att utvecklingsarbetet blir tydligare och en systematik i arbetet skapas. En tänkbar modell för ett mer systematiskt arbete kan WHO:s nätverk ”Hälsofrämjande sjukhus” utgöra. Synpunkter som framtonat i denna studie från bland annat relaterad forskning kan vara vägledande för ett sådant utvecklingsarbete, exempelvis:

- bör begreppet och konceptet definieras tydligare och spridas mer
- bör ett nationellt program utarbetas med kriterier för ett nationellt medlemskap och med en tydlig organisationsstruktur
- bör stödande miljöer för utvecklingsarbetet bestämmas, som i enlighet med Brembergs med fleras mening stärker individernas kompetenser och/eller området utifrån Goviks översiktsbild
- bör en teoretisk utgångspunkt för arbetet fastställas
- bör en aktiv initiering och förankring till berörda på alla nivåer som rör skolans arbete bedrivas
- bör lokala planer tas fram i samarbete med elever, föräldrar och representanter för närsamhället, flera bra och beprövade modeller och metoder finns och bör användas
- skall utvecklingsarbetet dokumenteras och följas upp (helst utifrån en central mall)
- skall kontinuerlig central utvärdering och spridning av resultat utföras med några års mellanrum
- bör utbildningsinsatser till berörda genomföras kontinuerligt

Inom skolsektorn känner många till själva termen ”Hälsofrämjande skola” men vad det står för och vad konceptet innehåller och vad utvecklingsarbetet skulle bestå i och innebära för de enskilda skolorna är mer okänt. För att nå skolorna som ju är de som berörs av och till vilka konceptet riktas bör därför skolorna/kommunerna bli och vara huvudaktörer.

Myndigheten för skolutveckling har som tidigare angivits ambitionen att driva en hälsofrämjande utveckling i skolan utifrån två spår. I samarbete med Skolverket och Sveriges kommuner och landsting kan de på nationell nivå vara de som ansvarar för och genomför en förändring utifrån ovanstående förslag. WHO:s grundläggande principer bör här bland andra vara vägledande.

Inom folkhälsosektorn är både begreppet och konceptet mer kända. Folkhälsoarbetarnas roll, som jag ser det, bör därför vara att systematiskt arbeta hälsofrämjande utifrån konceptet och dessutom i andra sammanhang än skolan och för alla åldrar (fig.2).

För att skapa en god strategi för utvecklingsarbetet i sin helhet bör också utvärderingar göras på några av de skolområden i Sverige som lyckats bäst med införandet av Hälsofrämjande skola, t.ex. Sörmland, Västmanland, Region Skåne, Västerbotten.

OMNÄMNANDEN

Jag vill rikta ett stort tack till min handledare, Lars Sundman, för tålmodigt stöd, professionella råd och synpunkter, inte minst vad gäller den statistiska bearbetningen. Ett speciellt tack också till Johanna Alfredsson som tagit sig tid att läsa igenom och kommenterat arbetet varvid jag fått flera synpunkter som varit värdefulla för arbetets framåtskridande.

Då jag delvis fått genomföra denna studie inom ramen för mitt arbete vid Samhällsmedicin Gävleborg vill jag även tacka min chef Ola Westin och mina medarbetare för den möjligheten.

REFERENSLISTA

Aaro, L.E. (1989). *Skolens rolle i det helsefremmende arbeidet*. I rapport fra den 2 Nordiske Konferens om Helseopplysning. Bergen 4-7 juni 1989. NHV-rapport. 1989:8. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Alfredsson, J., Sundman, L. (1997). *Hur mår barn och ungdomar i Gävleborg? En kartläggning av hälsoläget i åldrarna 0-19 år*. Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, rapport 1997:2.

Alfredsson, J. (2003). *Skolelevers hälsa i Gävleborgs län – hur mår årskurs 9-eleverna och vad har hänt sedan 1996?* Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, rapport 2003:1.

Andersson, B.E. (1995). *Studies on youth and schooling in Sweden*. Centrum för barn- och ungdomsvetenskap. Stockholm: Högskolan för lärarutbildning.

Altman, D., Machin D., Bryant, T. N., Gardner, M. J. (2000). *Statistics with confidence*. BMJ books, Bristol.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Berg Kelly, K., Alvé, B., Erdes, L., Erneholm, T., Johannisson, I., Mattsson-Elofsson, E. (1993). Ungdomars hälsovanor och riskbeteenden. Stark kommunal satsning ger bättre hälsa. *Läkartidningen*, **90** (8) 710-717.

Berg Kelly, K. *Ungdomars hälsa, hälsovanor och riskbeteende ur ungdomsmedicinskt perspektiv*. Artikel utdelad i samband med undervisning i kurs "Ungdomars hälsa" (1994). Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Bosma, H., van de Mheen, H. D., Mackenbach, J. P. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood. Questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 1999:318, 18 –22.

Bremberg, S. (1988). Hälsoupplysningen i skolan ineffektiv – framgångsrika program finns men används ej. *Läkartidningen*, **85** (14) 1221 – 1222.

Bremberg, S. (red). (1998). *Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn- och ungdomar i Stockholms län*. Stockholm: Centrum för barn och ungdomshälsa, Stockholms läns landsting.

Bremberg, S. (1997). *Undersökningar av psykisk (o)hälsa bland barn och ungdomar i Stockholms län – praktiska erfarenheter*. Socialstyrelsen Epidemiologiskt centrum. Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa. Rapport från en hearing den 16 september 1997. Socialstyrelsen.

- Bremberg, S., Öfverberg, C. (2000). *Går det att förklara varför ungdomars psykiska hälsa är bättre i vissa skolor? En studie om skyddsfaktorer i olika skolmiljöer*. Stockholm: En rapport från Samhällsmedicin 2000:2, Centrum för barn och ungdomshälsa, Stockholms läns landsting.
- Bremberg, S. (2002). Att minska sociala skillnader i hälsa bland barn och unga – underlag till en nationell strategi. *Socialmedicinsk tidskrift* 79 (5), 9 –16.
- Bremberg, S. (2004). *Elevhälsa – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlsson, B. (1990). *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (2002). *Drogvanor i årskurs 9 Gävleborgs län 2002:57*.
- Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (1990). Etikregler för humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning.
- Folkhälsoinstitutet (1997). *Hälsofrämjande skola. Ett samlat grepp för visionen om skolan som en stödjande miljö för hälsa*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1997:39.
- Folkhälsorapport (2005). Stockholm. Socialstyrelsen.
- Giddens, A. (2003). *Sociologi*. (3:e uppl.). (B. Nilsson övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 2001)
- Goggels sökmotor Sverige, svenska sidor. Sökord: Hälsofrämjande skola. [2005 04 22].
- Grosin, L. (1991). *School climate. Achievement and behaviour in eight Swedish junior high schools*. Paper presented at the international congress for school effectiveness. Cardiff.
- Haglund, Bo J. A., Pettersson, B., Finer, D., Tillgren, P. *We can do it*. Report from the 3rd International conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden. June 9-15 1991. Sundbyberg. Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap. Stockholm, 1992.
- Haglund, Svanström L. *Samhällsmedicin – en introduktion*. (1995, 2:a upplagan). Studentlitteratur, Lund.
- Hellblom - Thibblin, C. (1999). *Elevers välbefinnande och skolverksamheten. En litteraturstudie om den pedagogiska verksamhetens roll för elevers välbefinnande*. Pedagogisk forskning i Uppsala, 134. Licentiatuppsats. Uppsala universitet: Pedagogiska institutionen.

- Hellsten, J-O (2000). *Skolan som barnarbete och utvecklingsprojekt. En studie av hur grundskoleelevers arbetsmiljö skapas – förändras – förblir som den är*. Uppsala: Acta universitatis Upsaliensis. Uppsala studies in education 86.
- Hvitfeldt, T., Rask, L., Andersson, B., Hibell, B. (2004). *Skolelevers drogvanor 2004*. Rapport nr 84. Stockholm: Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning.
- Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lander, R. (1998). *Hälsosamt i grundskolan. Sammanfattande utvärdering av Hälsosko-
leprojektet 1994 – 1996*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet utvärderar 11/1998.
- Lagerberg, D., Mellbin, T., Sundelin, C. Vuille, J-C. (1994). Growing up in Uppsala. The “new morbidity” in the adolescent period. A longitudinal study based on school data and some external sources. *Acta paediatrica Scandinavica*, 83, suppl 398.
- Lilja, J. & Larsson, S. i samarbete med Borg, S. och Bjerkenstedt, L. (2003). *Ungdoms-
liv, identitet, alkohol och droger. En multidimensionell och preventivt inriktad kun-
skapsöversikt med hermeneutiskt-socialpsykologiskt fokus*. Stockholm. Statens folkhäl-
soinstitut rapport 2003:10.
- Markham, W.A., Aveyard, P. (2003). A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practise. *Social science & medicine*, 56 (6), 1209 -1220.
- Marklund, U. (1983). *Droger och påverkan. Elevanalys som utgångspunkt för drogundervisning*. Akademisk avhandling. Pedagogiska institutionen, Göteborgs universitet. ACTA Universitatis Gothoburgensis, 1983.
- Marklund, U., Törnell B. (1996). *Svenska tonåringars tobaksvanor, kunskaper och attityder 1987 och 1994*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1996:97.
- Mukoma, W., Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*. 15 (3), 357 - 368.
- Myndigheten för skolutveckling. (2003). *Områden och åtgärder som bör prioriteras i utvecklingsarbete inom utbildningsväsendet*. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling.
- Myndigheten för skolutveckling., Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Insatser i skolan som stärker hälsofrämjande skolutveckling och förebygger alkoholskador och narkotikamissbruk*. Redovisning av ett regeringsuppdrag inom ramen för den nationella handlingsplanen mot narkotika. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling, Statens folkhälsoinstitut.
- Myndigheten för skolutveckling. (2004). *Redovisning av insatser från Myndigheten för skolutveckling, för att nå de folkhälsopolitiska målen*. Regeringsuppdrag. Dnr 2004:473.
- Myndigheten för skolutveckling. (2005a).
www.skolutveckling.se/utvecklingsteman/halsa/index.shtml [2005 01 10].

Myndigheten för skolutveckling. (2005b).

www.skolutveckling.se/utvecklingsteman/halsa/hfskola.shtml [2005 01 10].

Najaka, S.S., Gottfredson, D.C., Wilson, D.B. (2001). A meta-analytic inquiry into the relationship between selected risk factors and problem behaviour. *Prevention science*. **2** (4) 257-271.

Nilsson, A., Sandberg, B. (2001). *Min uppgift är att knyta ihop det*. Stockholm: Skolverket.

Nilsson, A., Norgren, O. (2003). *"Det måste va' sånt som får en att fundera mera"... Om hälsoarbetet i skolan – från direktiv till perspektiv*. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling.

Nilsson, L. (2000). *Utvärdering av nätverket hälsofrämjande skolor*. Härnösand: Rapport nr 48, 2000, Landstinget Västernorrland.

Nilsson, L. (2001). *Hälsa och lärande? – Kunskapssammanställning avseende samband mellan elevers hälsa och studieframgång/inläring*. (F-serie 2000:1) Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Nilsson, L. (2003). *Hälsoarbetets möte med skolan i teori och praktik*. Örebro studies in education 7. Akademisk avhandling. Örebro: universitetsbiblioteket, 03/2003.

Nilsson, M. (2003). *Tonåringar om tobak ... 2003 – vanor, kunskaper och attityder. En populärvetenskaplig redovisning av 2003 års enkätstudie och en jämförelse av förändringar sedan studierna 1987 och 1994*. Umeå universitet, Västerbottens läns landsting.

Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L. & Bauman A. (1993). Warning! Schools can damage your health. Alienation from school and impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and child health*, **29** (1), 25-30.

Oetting E. R. & Donnermeyer J.F. Primary Socialization Theory: The etiology of drug use and deviance, part 1. *Substance use & misuse*, **33** (4), 995 - 1026.

Regeringens proposition 2002/03:34. Mål för folkhälsan. Stockholm: Socialdepartementet.

Rutter, M., Maughan, B., Peter & Ousten, J. (1979). *Fifteen Thousand Hours. Secondary schools and their effects on children*. London: Open Books.

Sacher, A., Schoon, I., Bartley, M. (2002). Social inequality in educational achievement and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Social science & medicine*. **55** (5), 863 - 880.

Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B., Kannas, L. (1998a). Achieving health and educational goals through schools – a study of the importance of the school climate and students' satisfaction with school. *Health education research. Theory & practise*. **13** (3), 383 – 397.

Samdal, O. (1998b). *The school environment as a risk or resource for students' healthrelated behaviours and subjective wellbeing*. University of Bergen, Faculty of psychology, Research Centre for health promotion.

Schwartz, J.E., Friedman, H.S., Tucker, J.S., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D.L., Criqui, M.H. (1995). Sociodemographic and psychosocial factors in childhood as predictors of adult mortality. *American Journal of Public Health*. **85** (9), 1237 - 1245.

Skolverket. (2004). *Attityder till skolan 2003*. Stockholm: Rapport 243, Fritzes kundservice.

Skolverket. (1999). *Läget i grundskolan. En temabild utgiven av Skolverket*. Stockholm. Liber distribution.

Skolverket. (1999). *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*. Skolverkets rapport180. Stockholm: Liber distribution.

SOU (1999:137). *Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål*. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU (2000:19). *Från dubbla spår till elevhälsa – i en skola som främjar lust att lära, hälsa och utveckling*. Slutbetänkande av elevvårdsutredningen. Stockholm.

SOU (2000:91). *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet.

SOU (2000:91). *Hälsa på lika villkor- nationella mål för folkhälsan*. Bilagedel B, kapitel 9; Marklund Ulla: "Utbildning i ett hälsoperspektiv." Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet.

Statens folkhälsoinstitut (2003). *Hälsorelaterade levnadsvanor. Vad vet vi och vad behöver vi veta?* Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2003:17.

Stewart Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V., Rivett, D. (1999). The European network of health promoting schools. *The alliance of education and health*. IPC. Council of Europe, World health organization Europe, European commission.

St Leger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence. *Health education research*, **14** (1), 51 – 69.

Uddenfeldt, M. (2002). *Tobaksarbetet i Gävleborgs län. En uppföljning utifrån det hälsopolitiska programmet "Folkhälsa 2000"*. Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, rapport 2002:1.

Utbildningsdepartementet (1994). *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet, Lpo 94*. Stockholm.

Wennerholm Juslin, P., Bremberg, S. (2004). *När barn och ungdomar får bestämma mer påverkas hälsan. En systematisk forskningsöversikt*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, rapport 2004:30.

Vejde, O., Leander, E. (2000). *Ordbok i statistik*. Borlänge: Olle Vejde förlag.

World Health Organization (1986). *Ottawa charter for Health promotion, 1986*.
http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2 [2005 04 22]

World Health Organization Europe, Council of Europe, Commission of the European Communities. *The European network of Health Promoting Schools. A Joint WHO – CE – CEC project*. Kompendium utdelad i samband med undervisning i kurs ”Ungdomars hälsa” (1994). Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

World Health Organization (1997). *Promoting health through schools. Report of WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. WHO Technical report serie 870.

World Health Organization Europe, Council of Europe, European commission. (2002). *Models of health promoting schools in Europe*. Edited Jensen B B., Simovska V. The European Network of Health Promoting Schools.

Östlund, L. (2004). *Ungdomars drogvanor i Gävleborg 1996 – 2002 och en analys av socialisationsprocessens betydelse*. Gävle: Samhällsmedicin Gävleborg, rapport 2004:1.

Opublicerad bild

Govik B-L (1997). *Visionen om en Hälsofrämjande skola*. En översiktsbild skapad utifrån intervjuer med nyckelpersoner i samband med FHI:s utveckling av hälsofrämjande skola.

