

– FoUI RAPPORT 90:2021 –

Elevhälsoenkäter synliggör hälsobagage

En studie av elevers hälsa och trivsel i skolan i Norrbotten

Mats Jakobsson
Catrine Kostenius

Norrbottens Kommuner och
Luleå tekniska universitet



Förord

Denna rapport inleds med att beskriva den problembild som tydliggjort behovet av att beskriva, undersöka och bättre förstå barn och ungas hälsa och ohälsa. Därefter diskuteras ett par av flera möjligheter att hantera de hälsoutmaningar som barn och unga har idag – hälsosamtalen och elevhälsoenkäten. Eftersom denna studie utgår från data insamlat genom elevhälsoenkäter i Norrbottens län följer en beskrivning av den regionala kontexten. Studiens syfte och frågeställningar följs av en beskrivning av metod och datamaterial. Resultatet av kohortanalysen med fokus på hälsa och trivsel i skolan presenteras följt av en sammanfattande diskussion som baseras på de frågeställningar som studien utgår ifrån. Slutsatser och förslag på praktiska tillämpningar baserat på resultaten presenteras. Rapporten avslutas med en diskussion av studiens begränsningar och förslag på framtida forskning.

Vi vill tacka alla de eleverna som deltagit genom att de fyllt i elevhälsoenkäten som denna studie bygger på. Även de möjliggörande vuxna som skolsköterskor, lärare och annan skolpersonal samt föräldrar som bidragit till databasen av elevhälsoenkäter och som gett sitt stöd till eleverna i processen. Ett särskilt tack går till Annika Nordstrand för initiativet till studien och Cecilia Wagenius för feedback på en tidigare version av vårt manus, båda Folkhälsocentrum på Region Norrbotten. Vi vill också tacka Catarina Lundqvist, FoU samordnare på Norrbottens Kommuner för stöd under vårt arbete. Den här studien har fått ekonomiskt stöd av Norrbottens Kommuner, Institutionen för hälsa, lärande och teknik vid Luleå tekniska universitet och Riksbankens Jubileumsfond genom deras finansiering av det nationella Flexitforskarprogrammet.

Om författarna

Mats Jakobsson är lektor i sociologi och arbetar som forskare och lärare vid Luleå tekniska universitet och har tills nyligen också arbetat som vetenskaplig ledare med inriktning mot social hållbarhet vid FoUI hos Norrbottens Kommuner. Hans forskning handlar om ungdomar, ANDT, folkhälsa och socioekonomiska aspekter av lokal och regional utveckling. För närvarande arbetar han med projekt som är inriktade mot social hållbarhet och utveckling i etablerade och framtida nya gruvkommuner.

Catrine Kostenius är professor i hälsovetenskap. Hon arbetar som forskare och lärare vid Luleå tekniska universitet och på Norrbottens Kommuner som utvecklingsledare för folkhälsostrategiarbetet med fokus på barn och unga, som går under benämningen *Hälsoskolan i Norrbotten*. Hennes bakgrund är inom barnhälsovård och pedagogik med speciellt fokus på hälsofrämjande arbete. Inom ramen för det regionala folkhälsostrategiarbetet initierade Catrine tillsammans med sina kollegor forumet "Unga i Norrbotten kommer till tals" för att unga runt om i länet ska få möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter till beslutsfattare, politiker, yrkesverksamma och allmänheten. Aktuella forskningsprojekt som Catrine arbetar med just nu är *ChatPal* där den internationella forskargruppen undersöker hur psykisk hälsa kan främjas med hjälp av AI teknologi och *Hälsofrämjande skola- Forskningscirkel* i Piteå kommun som handlar om hälsofrämjande skolutveckling.

Innehåll

Inledning.....	1
Hälsosamtalet som möjlighet	1
Elevhälsoenkäterna	1
Hälsoskolan i Norrbotten.....	2
Syfte och frågeställningar.....	2
Metod och datamaterial.....	2
Resultat – kohortanalys av hälsa och trivsel i skolan.....	3
Hälsa och trivsel i skolan.....	4
Faktorer som påverkar elevernas självskattade hälsa – multivariat analys.....	5
Elevernas upplevda hälsa i årskurs 7	7
Sambandet mellan elevernas hälsa i årskurs 7 och elevernas hälsa i årskurs 1 i gymnasiet. 9	
Sammanfattande diskussion	13
Hur upplever eleverna sin hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet?.....	13
Finns det något samband mellan elevernas hälsa i årkurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet?	14
Vilka faktorer tycks stärka elevernas hälsa?.....	14
Slutsatser och praktiska tillämpningar	15
Studiens begränsningar och framtida forskning	17
Referenser.....	18

Inledning

Bakgrunden till denna studie är en problembild av ökad ohälsa i bland unga som växt fram under det senaste decenniet (OECD, 2013; Folkhälsomyndigheten, 2018). Internationell forskning och nationella och länsövergripande myndighetsrapporter pekar tydligt på att självskattad hälsa minskar med stigande ålder och förekomsten av psykiska och somatiska besvär ökar i Norrbotten, liksom i riket i helhet (Eriksson, 2019; Region Norrbotten, 2017; SOU 2018:90). Särskilt utsatta grupper är nyanlända, HBTQ personer och personer med funktionsnedsättningar (Forte, 2019; RFSL 2021; Woulu-Bergström med flera, 2018). Den svenska skolan har kritiserats för allt sämre akademiska resultat och brister i skolmiljön som kan leda till stress, mobbning och disciplinproblem. Sedan 2012 har resultaten i den internationella PISA undersökningen vänt uppåt för svenska elever som helhet men inte för elevgrupperna med utländsk bakgrund (Skolverket, 2018). Ökad skolfrånvaro har under de senaste åren blivit ännu en utmaning för skolor (Skolverket, 2010: 341; Warne med flera, 2020). Dessutom har många elever varit hänvisade till distansundervisning under det senaste året på grund av den pandemi som härjar, vilket påverkat både skolresultat och hälsa negativt för många elever (Skolinspektionen, 2020).

Hälsosamtalet som möjlighet

Folkhälsomyndigheten (2019) understryker att fullgjord utbildning som slutförda gymnasiestudier, är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för att främja hälsa och goda livsvillkor. Enligt Skolverket (2021) är en viktig utgångspunkt i hälsofrämjande arbete i skolan att elevers hälsa och skolresultat är starkt sammankopplade. Det finns starka samband mellan hälsa och lärande i aktuell forskning (se bland annat Busch med flera, 2017). Enligt skollagen ska förebyggande och hälsofrämjande insatser stödja elevens utveckling mot skolans mål (Skolverket, 2021). Enligt Skolverket (2021) fokuserar ett hälsofrämjande perspektiv på att stärka friskfaktorer som leder till hälsa, och som underlättar utveckling och lärande. En skola med ett positivt skolklimat, d.v.s. en skola där elever kan känna sig trygga, där de kan växa och utvecklas och där de trivs, är också en skola där elever med största sannolikhet både mår bra och där lärandet är lyckosamt. En god hälsokunskap har inte bara en positiv inverkan på barn och ungas hälsa och välbefinnande utan främjar också deras lärande och förmågan att nå kunskapsmålen i skolan (Paakari med flera, 2019). Begreppet hälsokunskap, ofta kallad "health literacy" eller hälsolitteracitet i forskning, betecknar en människas kunskap, motivation och engagemang för sin egen och andras hälsa (Nutbeam, 2008; Sorensen med flera, 2012). Ett systematiskt hälsofrämjande arbete i skolan kan öka elevers hälsokunskap (Paakari & George, 2018), vilket ligger väl i linje med skollagens och läroplanernas intentioner och formuleringar samt med skolans uppdrag att "främja alla elevers utveckling och lärande samt en livslång lust att lära" (Skolverket, 2018, s. 5). Skolan ska enligt skollagen (SFS, 2010:800) erbjuda alla elever i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan tillgång till elevhälsa som främst har ett förebyggande och hälsofrämjande uppdrag. Vidare ska alla barn och elever i förskoleklass, åk 4, åk 7 och åk 1 i gymnasiet erbjuds ett hälsobesök som ofta benämns hälsosamtal (SFS, 2010:800). Hälsosamtalen genomförs av skolsköterskor på respektive skola och skall omfatta samtliga elever i nämnda årskurser. Forskning visar att de hälsosamtal som eleverna har med skolsköterskorna kan vara till hjälp för att främja elevernas hälsa (Rising Holmström med flera, 2013). Hälsosamtalen kan öka elevernas förståelse för den egna och andras hälsa och öka kunskaper om hälsofrågor (Borup & Holstein, 2010).

Elevhälsoenkäterna

I olika delar av Sverige, däribland Norrbotten, fyller eleverna själva eller de yngre barnen med hjälp av sina vårdnadshavare i en elevhälsoenkät i samband med hälsosamtalet. Elevhälsoenkäten omfattar ett antal frågor om hur eleverna mår både fysiskt och psykiskt, kostvanor, trivsel i skola och fritidsvanor mm. Svaren samlas i en anonymiserad databas. Elevhälsoenkäten är enligt Rising Holmström med flera (2013), ett tillförlitligt instrument för att mäta elevers självrapporterade hälsa och identifiera positiva hälsofaktorer. Vidare föreslås att elevernas självrapporterade hälsa i

elevhälsoenkäterna kan användas för att belysa kontextuella och personliga erfarenheter som är viktiga för elevernas skolupplevelser, hälsa och välbefinnande (Forsberg med flera, 2019). Baserat på data från dessa elevhälsoenkäter publicerar Region Norrbotten årligen rapporter som bland annat beskriver elevers hälsostatus, levnadsvanor och skoltrivsel. I dessa rapporter kan man följa utvecklingen över tid med avseende på elevernas hälsa och i andra aspekter, till exempel trivsel i skolan och aktivitet på fritiden (Region Norrbotten, 2021). Dessa rapporter har visat sig vara värdefulla för kunskaperna om hälsoläget bland elever i skolorna i Norrbotten, även om det är stora variationer runt om i länet hur resultaten används för att främja hälsa och lärande (Kostenius, i tryck). Nämnda jämförelser över tid baseras på att man jämför tvärsnittsdata för de olika årskurserna mellan olika år, t.ex. att man jämför andelen med god hälsa i åk 7 år 2014, med andelen med god hälsa i åk 7 år 2015. Denna typ av jämförelser över flera år är värdefulla då man kan följa om andelen elever med god hälsa blivit större eller mindre mellan olika år men också långsiktiga utvecklingstrender.

Hälsoskolan i Norrbotten

Denna rapport ingår i initiativet Hälsoskolan i Norrbotten som drivs gemensamt av Norrbottens Kommuner, Region Norrbotten och Luleå tekniska universitet, finansierat av parterna samt Riksbankens Jubileumsfond. Arbetet fokuserar på hälsa och lärande med målsättning att bygga en hälsofrämjande samverkansstruktur som får genomslag i hela länet (Kostenius med flera, 2019). I detta arbete sammanfogas utvecklingsarbete och forskning för att främja barn och ungas hälsa och lärande, samt bidra till en mer jämlik hälsa i Norrbotten (Kostenius & Lundqvist, 2019). Sedan 2019 sorterar Hälsoskolan i Norrbotten inom ramen för det regionala folkhälsostrategiarbetet där också Länsstyrelsen i Norrbotten är medaktör (Norrbottens Folkhälsopolitiska råd, 2017). Hälsoskolans arbete med att stärka barn och ungas hälsa i skolan utgår från tanken att samla alla krafter genom de aktörer som arbetar med barn, ungdoms- och skolfrågor för att tillsammans främja barn och ungas hälsa. Förutom att barn och unga själva och aktörer inom skolans organisation är i fokus inkluderas vårdnadshavare, hälso- och sjukvården och civilsamhället där man utvecklar olika insatser för att stärka barn och ungas hälsa. Detta arbetssätt bygger på medskapande processer för att möjliggöra delaktighet för såväl barn och unga, skolpersonal som skolläda och politiska företrädare, också kallad "sandwich-approach" (Kostenius & Lundqvist, i tryck).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att på individnivå undersöka hur elever i grundskola och gymnasium upplever sin hälsa och om någon förändring skett mellan årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet.

Följande frågeställningar har varit aktuella:

- Hur upplever eleverna sin hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet?
- Finns det något samband mellan elevernas hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet?
- Vilka faktorer tycks stärka elevernas hälsa?

Metod och datamaterial

För att kunna följa elevers hälsoutveckling och trivsel i skolan över tid på individnivå måste eleverna i en och samma födelsekohort (elever som går i samma årskurs) och som besvarat frågorna i elevhälsoenkäten i exempelvis åk 7 och åk 1 i gymnasiet länkas samman mellan undersökningstillfällena. Denna sammanlänkning innebär att man för varje enskild elev får information om hur de mår och trivs i skolan i åk 7 och åk 1 i gymnasiet. Eventuella förändringar blir synliga på individnivå och inte på kohortnivå. Detta ger möjlighet att beskriva och analysera hur elever upplever sin hälsa och hur de trivs i skolan på ett tidigt stadium under deras skolgång. I förlängningen kan denna kunskap vara till hjälp för att främja elevers hälsa och trivsel i skolan i senare skeden av sin skolgång. Genom detta förfaringssätt är det också möjligt att analysera i vilken

utsträckning som elevernas trivsel i skolan och hälsa förändras, exempelvis om elever som upplevde mindre trivsel eller inte upplevde sig må bra i åk 7 också gör det i åk 1 på gymnasiet.

Föreliggande rapport utgår således från de elevhälsoenkäter som elever i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet fyllt i före hälsosamtalet. Från början var det meningen att studien skulle omfatta flera olika födelsekohorter och deras upplevelse av hälsa och trivsel i skolan. Tanken var att genom eleverna unika id-nummer koppla ihop deras svar i årskurs 4, årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Denna ambition fick dock delvis frångås på grund av två hinder. Det första hindret var att frågor och svarsalternativ i elevenkäterna har förändrats över tid och mellan de olika årskurserna vilket medför att jämförbarheten mellan kohorter och årskurser begränsas. Några frågor är dock oförändrade medan svarsalternativen ändrats något. Det andra hindret var att kohorter födda efter 1997 inte har samma id-nummer¹ för samma enskilda elev, som följer med denne i hälsosamtalet i de olika årskurserna. Detta innebär att det inte går att följa unika personer, alltså elever i de olika elevhälsoenkäterna. Sammantaget har det fört med sig att studien avgränsas till en kohort födda 1997 eftersom den uppfyller kraven på likadana frågor och svarsalternativ, samt att eleverna har unika id-nummer som går att koppla mellan årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Data till denna studie består således av enkäter som eleverna besvarat i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet i samband med deras hälsosamtal med skolsköterskan. Enkäten består av ett antal frågor kring hur dessa elever upplever sin hälsa, skolgång och skolmiljö, användning av tobak och alkohol, sociala relationer samt kost och motionsvanor (se bilaga 1). Totalt har 2604 elever besvarat enkätfrågorna som ställts till dem i samband med hälsosamtalet, se tabell 1 nedan.

	Enbart åk 7	Enbart Gy1	Åk 7+Gy1	Totalt
Pojke	310	296	763	1369
Flicka	281	219	735	1235
Totalt	591	515	1498	2604

Av tabellen framgår att drygt 40 % av eleverna bara fyllt i elevhälsoenkäten en gång, antingen i årskurs 7 (591) eller i årskurs 1 på gymnasiet (515). Närmare 60% (1498) av eleverna har besvarat enkäten vid två tillfällen, i årskurs 7 och i årskurs 1 på gymnasiet. Bakgrunden till att en del elever inte besvarat enkäten både i grundskolan och i gymnasiet beror mest troligt på att elever flyttar in och ut från länet. Andra orsaker kan vara att hälsosamtalet inte genomförts på grund av frånvaro och sjukdomar, att elevens svar inte fått målsmans tillåtelse att registreras i databasen eller att det inte hunnits med. Det finns också exempel på att elever deltar i samtalet utan att en enkät registreras. Data som ingår i analysen kommer främst baseras på enkäter från de elever som besvarat enkäten två gånger (i årskurs 7 och i årskurs 1 på gymnasiet). En del beskrivande statistik kommer att presenteras för de elever som bara deltog i årskurs 7 eller årskurs 1 i gymnasiet.

Resultat – kohortanalys av hälsa och trivsel i skolan

Resultatdelen har två huvudavsnitt där det första omfattar beskrivande statistik över hur pojkar och flickor i kohorten födda 1997 upplever sin hälsa. Det andra avsnittet omfattar multivariata analyser av faktorer som antas vara av betydelse för elevernas upplevda hälsa. I modellerna prövas hur man upplevde sin hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Dessutom prövas om hälsa och trivsel i skolan i årskurs 7 hänger samman med hur eleverna upplever sin hälsa i gymnasiet. Detta gör det

¹ Id-numret är inte ett personnummer utan en sifferkombination unik för varje elev men som inte går att koppla till elevens namn eller personnummer.

möjligt att bedöma vilka friskfaktorer som är viktiga för eleverna upplevda hälsa och vilken betydelse dessa har över tid.

Hälsa och trivsel i skolan

Av tabell 2 nedan framgår hur elever som haft hälsosamtal både i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet upplever sin hälsa och skolkontext och hur den upplevelsen förändrats mellan grundskola och gymnasium.

Tabell 2. Kön hälsa och trivsel i skolan i åk 7 och åk 1 i gymnasiet bland elever som besvarat enkäten både i åk 7 och åk 1 i gymnasiet. Elever födda 1997 ² i Norrbottens län. Andelar i procent				
	Åk 7		Gy åk 1	
	<i>Pojke</i>	<i>Flicka</i>	Pojke	Flicka
Arbetsro på lektioner (ofta/alltid)	76	75	85	83
Koncentrera mig på lektioner (ofta/alltid)	80	80	83	86
Stressad över skolarbete (ofta/alltid)	6	20	12	30
Huvudvärk senaste 3 mån (ofta/alltid)	5	13	3	16
Ont i magen senaste 3 mån (ofta/alltid)	1	7	3	12
Värk nacke/axlar/rygg senaste 3 mån (ofta/alltid)	6	11	11	24
Ledsen/nedstämd senaste 3 mån (ofta/alltid)	1	4	4	14
Orolig/rädd senaste 3 mån (ofta/alltid)	0,1	2	2	7
Irriterad/Dåligt humör, 3 mån (ofta/alltid)	6	11	8	20
Sover bra (ofta/alltid)	88	84	81	77
Retad av andra elever (Nej)	95	93	99	97
Ill behandlad av vuxen på skolan (Nej)	99	99	99	99
Har någon vuxen att prata med (Ja)	98	95	95	94
Har någon kompis att prata med (Ja)	-	-	95	97
Trivs i skolan (Bra/Mycket bra)	92	93	95	92
Jag mår...(Bra/Mycket bra)	97	95	93	81
	n=	763	735	763

Av tabellen framgår generellt genuskillnader där flickor i större utsträckning anger olika fysiska och psykiska hälsobesvär i större utsträckning jämfört med pojkar. Jämför man mellan grundskola och gymnasium så ökar de upplevda hälsobesvaren bland både pojkar och flickor. Utvecklingen mot fler upplevda hälsobesvär är mer påtagligt bland flickor vilket framförallt gäller stress, ont i nacke och rygg, ledsen och nedstämd, irriterad och på dåligt humör, mindre andel som sover bra men också en minskande andel som upplever sig må bra. Å andra sidan upplever eleverna också förbättringar, både pojkar och flickor upplever arbetsro och koncentration på lektionerna vid en jämförelse mellan årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Man upplever sig också bli retad i mindre utsträckning samt att man trivs i skolan i samma utsträckning och man har fortfarande någon vuxen som man kan prata med. En annan viktig aspekt är att drygt 9 av 10 elever trivs i skolan och trots angivna hälsobesvär så uppger drygt 9 av 10 elever att de mår bra, med undantag för flickor i gymnasiet där det är 8 av 10 elever. Sammanfattningsvis så upplever eleverna fler hälsobesvär i årskurs 1 i gymnasiet jämfört med åk 7 i grundskolan. Det finns också ett tydligt genusmönster där flickor upplever hälsobesvär i större utsträckning, men en absolut majoritet av eleverna trivs i skolan och säger sig må bra. I tabell 3 nedan framgår hur elever som antingen besvarat enkätfrågorna enbart i årskurs 7 eller enbart i årskurs 1 på gymnasiet.

² I kohorten ingår enstaka elever födda 1995, 1996 och 1998.

Tabell 3. Hälsa och trivsel i skolan i åk 7 och åk 1 i gymnasiet bland elever som bara besvara enkäten en gång. Elever födda 1997³ i Norrbottens län. Andelar i procent.

	Bara Åk 7		Bara Gy 1	
	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka
Arbetsro på lektioner (ofta/alltid)	68	69	76	77
Koncentrera mig på lektioner (ofta/alltid)	72	78	76	84
Stressad över skolarbete (ofta/alltid)	8	12	12	25
Huvudvärk senaste 3 mån (ofta/alltid)	8	18	4	22
Ont i magen senaste 3 mån (ofta/alltid)	2	7	6	22
Värk nacke/axlar/rygg senaste 3 mån (ofta/alltid)	8	10	10	34
Ledsen/nedstämd senaste 3 mån (ofta/alltid)	2	6	5	18
Orolig/rädd senaste 3 mån (ofta/alltid)	1	2	3	11
Irriterad/Dåligt humör, 3 mån (ofta/alltid)	10	15	10	19
Sover bra (ofta/alltid)	84	81	76	68
Retad av andra elever (Nej)	88	89	99	94
Illa behandlad av vuxen på skolan (Nej)	99	99	99	97
Har någon vuxen att prata med (Ja)	96	93	90	90
Har någon kompis att prata med (Ja)	-	-	90	94
Trivs i skolan (Bra/Mycket bra)	84	92	92	90
Jag mår...(Bra/Mycket bra)	95	93	89	81
n=	310	281	296	219

Av tabell 3 framgår ett liknande generellt mönster som i tabell 2 ovan. Det är en systematisk skillnad mellan pojkar och flickor, både i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet med avseende på olika upplevda hälsobesvär, där flickor upplever sådana i större utsträckning. Mönstret är detsamma som i tabell 2 avseende arbetsro och koncentration, att ha någon vuxen eller kompis att prata med samt om man trivs i skolan och upplever sig må bra. Det finns dock en genomgående och viktig skillnad mellan eleverna som besvarat enkäten en gång (tabell 3) och de elever som besvarat den både i grundskolan och i gymnasiet (tabell 2). En intressant skillnad mellan tabell 2 och tabell 3 är en genomgående och systematiskt skillnad då man jämför årskurserna som består i att eleverna som bara har haft ett hälsosamtal (där enkäten besvarats), i mindre utsträckning kan koncentrera sig på lektioner och uppleva arbetsro, oftare har någon upplevd ohälsa, mindre ofta någon vuxen eller kompis att prata med, oftare varit retad av andra elever, samt att man inte anser sig må bra i samma utsträckning (undantaget flickor i gymnasiet) som de elever som besvarat enkäten både årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet.

Möjligen speglar detta resultat att det bland elever som bara finns registrerade för ett hälsosamtal finns en större andel med olika hälso- och sociala utmaningar. Det kan röra sig om elever med hög frånvaro, elever som är nya i skolkontexten genom inflyttning eller elever som upplever någon form av utanförskap i skolan.

Faktorer som påverkar elevernas självskattade hälsa – multivariat analys

I detta avsnitt genomförs multivariata analyser där ett antal friskfaktorer antas vara av betydelse för elevernas självskattade hälsa, dvs i vilken utsträckning man uppfattar sig må bra. Hälsomåttet "självskattad" hälsa mäter således inte en hälsostatus baserad på mätningar av exempelvis blodtryck,

³ I kohorten ingår enstaka elever födda 1995, 1996 och 1998.

kondition, fetma eller liknande indikatorer. De elever som angett att de "mår bra eller mycket bra", betraktas i denna rapport som att de bedömer sig ha en *god självskattad hälsa*. Detta baseras på att det bland de elever som angett sig må bra eller mycket bra, bara är 6 procent som uppger att de aldrig har haft några fysiska (till exempel huvudvärk) eller psykiska (till exempel ledsen/nedstämd) besvär den senaste 3-månadersperioden. De besvär som anges i gruppen av elever som bedömer sig må bra/mycket bra förekommer endast "sällan" eller "ibland" under den senaste tre månaderna. Bland de elever som inte angett att de mår bra eller mycket bra under den senaste tremånadersperioden är det betydligt vanligare att de anger sig haft olika hälsobesvär "ofta" eller "mycket ofta". En slutsats är således att de hälsobesvär som anges av de elever som uppfattar sig må bra eller mycket bra, är så pass lindriga att de upplevs vara av marginell betydelse för deras vardagsliv. Bland elever som inte angett de mår bra eller mycket bra finns sannolikt hälsobesvär som upplevs vara av betydelse för deras vardagsliv. Utifrån dessa förhållanden bedöms således "självskattad" hälsa som en rimlig indikator på hur elever faktiskt mår.

De faktorer som antas vara av betydelse för elevernas hälsa betraktas som friskfaktorer, att de stärker elevernas upplevelse att må bra. Friskfaktorerna anknyter till skolan som socialt sammanhang och består av om eleverna upplever sig trivas i skolan och hur man behandlas av andra elever (ifall man upplever sig bli retad). Antagandet är att ju bättre eleverna trivs i skolan och att de inte upplever sig bli retade desto större är sannolikheten att det också upplever sig må bra.

En andra uppsättning friskfaktorer utgår från indikatorer på psykisk och fysisk hälsa. Dessa faktorer har slagits samman till två olika index som motsvarar psykisk och fysisk hälsa. Det *psykiska hälsoindexet* består av tre frågor som handlar om i vilken utsträckning som eleverna har upplevt oro, nedstämdhet och irritation de sista tre månaderna före hälsosamtalet. Index har kodats till en skala som går mellan 0 och 3 där det högsta värdet indikerar god psykisk hälsa (eller frånvaro av oro, irritation och nedstämdhet). Det *fysiska hälsoindexet* är uppbyggt på samma sätt och omfattar frågor om i vilken utsträckning som eleverna har haft ont i magen, huvudvärk och ont i axlar och rygg. Indexet är kodat på samma sätt vilket innebär att ju högre värde eleverna har desto bättre är den fysiska hälsan. Antagandet är att ju färre fysiska och psykiska besvär eleverna säger sig ha desto större är sannolikheten att de upplever sig må bra. En annan friskfaktor är i vilken utsträckning som eleverna är fysiskt aktiva och mäts genom ett index med två frågor om i vilken utsträckning man är fysiskt aktiv på gymnastiklektioner och på fritiden. Detta index har kodats till en skala som går mellan 0-8 där högre värden innebär att man är mer fysiskt aktiv. Här antas att ju mer fysiskt aktiva eleverna är desto större är sannolikheten att de anger att de mår bra.

Ytterligare en aspekt är i vilken utsträckning som eleverna upplever prestationskrav i skolan, och hur detta kan påverka elevernas känsla av att må bra. Denna aspekt mäts genom frågan om de upplever sig stressade av sitt skolarbete. Denna fråga har kodats om till två värden där det ena värdet består av de elever som uppger att de ibland, sällan eller aldrig är stressade och det andra värdet består av de elever som ofta eller nästan alltid upplever sig stressad över sitt skolarbete. Frånvaro av eller mindre förekomst av stress betraktas som en friskfaktor. Den sista aspekten handlar om vilket socialt stöd eller tillitsfulla relationer eleverna har tillgång till och betraktas som en friskfaktor. De elever som anger att de har en vuxen person och/eller en kamrat som de kan "prata med" antas ha tillitsfulla relationer som stärker deras hälsa. I enkäterna finns frågan om att ha någon vuxen att prata med både för årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet, medan frågan om att ha någon kamrat som man kan prata med bara finns för årskurs 1 i gymnasiet.

Sammanfattningsvis är syftet med de multivariata modellerna att de skall bidra till att belysa hur trivsel i skolkontext, fysisk och psykisk hälsa, fysisk aktivitet, prestationskrav och tillitsfulla relationer är av betydelse för att eleverna skall uppleva sig må bra och om det finns något samband mellan hur eleverna mår i årskurs 7 och hur samma elever mår i årskurs 1 på gymnasiet.

Elevernas upplevda hälsa i årskurs 7

I detta avsnitt analyseras hur eleverna uppfattar sin hälsa när de gick i årskurs 7 respektive årskurs 1 i gymnasiet. Detta innebär att det är ett "tvärsnitt" som studeras och inte en individnivå med exempelvis hälsoförändringar mellan högstadium och gymnasium för varje enskild elev. Syftet med dessa analyser är att belysa vilken betydelse som olika friskfaktorer har för elevernas självskattade hälsa. I tabell 4 och 5 redovisas också resultatet med hänsyn till samtliga som haft ett hälsosamtal i respektive årskurs, de som bara har haft hälsosamtal i årskurs 7 eller årskurs 1 i gymnasiet, samt de elever som har haft hälsosamtal i bägge årskurserna.⁴ Syftet med detta är att undersöka om det finns andra mönster av hälsa i de grupper som bara har haft ett hälsosamtal jämfört med elever som haft hälsosamtal i bägge årskurserna. Ett annat syfte är att belysa hur friskfaktorer är av betydelse för elevernas självskattade hälsa. I tabell 4 nedan framgår hur olika friskfaktorer är av betydelse för elevernas hälsa i årskurs 7.⁵

Tabell 4. Genus och friskfaktorer och självskattad hälsa i årskurs 7, 1997;års kohort						
	Modell A, samtliga i åk 7		Modell B, ett hälsosamtal i Åk 7		Modell C, Hälsosamtal åk 7 och Åk 1 gymnasium	
	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B
Kön (Pojkar ref grupp)	-,209 ns	,811	,108 ns	1,114	-,418 ns	,659
Trivs bra/Mycket bra i skolan Åk 7	1,436***	4,202	1,553***	4,727	1,534***	4,638
Retad av andra elever på skolan (Ej retad) Åk 7	-,244 ns	,784	,320 ns	1,378	-,531 ns	,588
Psykisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa) Åk 7	,679***	1,972	,397 ns	1,487	,858***	2,357
Fysisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa) Åk 7	,252 ns	1,287	,267 ns	1,305	,196 ns	1,216
Fysiskt aktiv på fritid och gymnastiklektioner (index 0-8, högre värde desto mer aktiv) Åk 7	,255*	1,290	,264 ns	1,302	,268*	1,308
Aldrig/sällan stressad över skolarbete Åk 7	1,022**	2,780	1,767***	5,855	,570 ns	1,768
Har någon vuxen att prata med Åk 7	,474 ns	1,607	,012 ns	1,012	,587 ns	1,798
Konstant	-2,239		-2,513		-2,058	
Nagelkerke	28,5		27,1		30,8	
N=	2037		567		1498	

Bland samtliga elever (modell A, B, C) är trivsel i skolan en friskfaktor. De elever som trivs har 4 gånger större sannolikhet att också ange en god självskattad hälsa jämfört med de elever som inte trivs i skolan. Ju bättre psykisk hälsa (frånvaro av nedstämdhet, oro, irritation) nära nog fördubblar sannolikheten att eleverna skall skatta sin hälsa som god. Denna faktor är dock inte signifikant i gruppen av elever som bara har haft hälsosamtal i årskurs 7. Att vara fysiskt aktiv och att inte uppleva stress över skolarbete är också friskfaktorer. Ett annat och kanske särskilt intressant utfall är att kön inte har några signifikanta effekter på hur elevernas självskattade hälsa. Detta innebär att om

⁴ Den sistnämnda gruppen kommer att analyseras utförligare i avsnittet "Sambandet mellan elevernas hälsa i årskurs 7 och elevernas hälsa i årskurs 1 i gymnasiet".

⁵ I den multivariata analysen konstanthålls effekten av andra faktorer (variabler) som ingår i modellen. Detta kan uttryckas som om elever har exakt samma egenskaper utom i en faktor (variabel) så framgår den "rena" effekten av den faktorn. Ett exempel är i tabell 4 nedan i modell A så kan vi läsa i kolumnen Exp B (oddskvot) värdet 4,202. Detta innebär att "alla egenskaper lika med den skillnaden att de elever som trivs bra i skolan har 4,2 gånger större sannolikhet att ha en god självskattad hälsa jämfört med elever som inte uppger att de trivs bra i skolan.

pojkar och flickor har samma positiva eller negativa friskfaktorer så skattar man sin hälsa på samma sätt. Den grupp av elever som bara har haft ett hälsosamtal i årskurs 7 skiljer sig i viss mån från de elever som också har haft hälsosamtal i gymnasiet genom att faktorn "ej stressad över skolarbete" har störst betydelse för dessa elever. Att inte vara stressad ökar sannolikheten att skatta sin hälsa som god med 5,8 gånger, jämfört med elever som upplever stress. Möjligen avspeglar detta att de elever som bara har haft ett hälsosamtal oftare har olika utmaningar i skolan, exempelvis läs och skrivsvårigheter eller andra förutsättningar för sitt skolarbete.

Av tabell 5 nedan framgår betydelsen av samma friskfaktorer men för årskurs 1 i gymnasiet och med den skillnaden att "ha en kamrat som man kan prata med" har tagits med som en friskfaktor.

Tabell 5. Genus och friskfaktorer och självskattad hälsa i årskurs 1 gymnasium, 1997;års kohort						
	Modell A, samtliga i åk 1 gymnasium		Modell B, ett hälsosamtal i åk 1 gymnasium		Modell C, Hälsosamtal åk 7 och Åk 1 gymnasium	
	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B
Kön (Pojkar ref grupp)	-,154 ns	,857	-,527 ns	,590	-,013 ns	,955
Trivs bra/Mycket bra i skolan Gy	1,341***	3,825	2,538***	12,660	,823**	2,277
Retad av andra elever på skolan (Ej retad) Gy	-,675 ns	,509	-,919 ns	,399	-,665 ns	,514
Psykisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa) Gy	,939***	2,558	,740***	2,096	1,055***	2,873
Fysisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa) Gy	,449***	1,567	,171 ns	1,187	,564***	1,757
Fysiskt aktiv på fritid och gymnastiklektioner (index 0-8, högre värde desto mer aktiv) Gy	,337***	1,400	,484***	1,623	,268***	1,307
Aldrig/sällan stressad över skolarbete Gy	,000 ns	1,000	,056 ns	1,057	-,004 ns	,996
Har någon vuxen att prata med Gy	1,071***	2,917	,655 ns	1,925	1,308***	3,701
Har någon kompis att prata med Gy	,852***	2,343	,337 ns	1,401	1,053***	2,867
Konstant	-5,718		-5,933		-5,698	
Nagelkerke	40,9		45,2		41,1	
N=	1967		515		1498	

Trivsel i skolan kan tolkas som en friskfaktor för gymnasieeleverna med avseende på att skatta sin hälsa som god. Detta gäller i synnerhet de elever som bara har haft ett hälsosamtal, där sannolikheten att skatta sin hälsa som god är 12,6 gånger större jämfört med de elever som inte trivs. Möjligen avspeglar detta att det handlar om elever som flyttat in från en annan ort till gymnasieorten för att gå en utbildning som inte finns på hemorten. Att trivas i den nya skolan blir därför viktig för hur man skattar sin hälsa. Ju bättre psykisk hälsa eller ju mer frånvaro av besvär som nedstämdhet, oro och irritation så fördubblas sannolikheten för frånvaron av vart och ett av nämnda besvär (index 0-3) för att eleven skall ange en god självskattad hälsa. Detsamma gäller fysisk hälsa och att vara fysisk aktiv, dock med lite svagare effekt jämfört med psykisk hälsa. Det som skiljer gymnasieeleverna åt från när de gick i årskurs 7 är betydelsen av tillitsfulla relationer.

Bland de elever som har någon vuxen eller kompis att prata med är sannolikheten för en god självskattad hälsa nära tre gånger större jämfört med elever som inte har någon vuxen eller kamrat att prata med. Friskfaktorer som inte hade någon signifikant påverkan på självskattad hälsa var kön och stressad över sitt skolarbete. Detta kanske kan tyckas vara överraskande, särskilt att kön inte har effekt eftersom det var en ganska påtaglig skillnad mellan pojkar och flickor i den bivariata analysen

(tabell 2 och 3) med avseende på att självskattad hälsa där andelen pojkar som bedömde den som god var påtagligt större. Resultatet beror på att det är andra faktorer än genus som är viktigare för hur eleverna mår när självskattad hälsa utgör indikator på hur eleverna mår. I nästa avsnitt framkommer tydliga effekter av kön där flickor i allmänhet inte upplever god hälsa i samma utsträckning som pojkar.

Sammanfattningsvis så går det att tolka resultatet som att det är flera friskfaktorer som är gemensamma för eleverna när de går i årskurs 7 och när de går i gymnasiet. Att trivas på sin skola, frånvaro av fysiska och psykiska besvär, att vara fysiskt aktiv, att ha tillitsfulla sociala relationer och i viss mån slippa stress över skolarbete är de friskfaktorer som var viktigast i de modeller som prövats ovan.

Sambandet mellan elevernas hälsa i årskurs 7 och elevernas hälsa i årskurs 1 i gymnasiet

I detta avsnitt utgår analysen enbart från de elever som har haft hälsosamtal i skolan två gånger och därmed besvarat enkäten i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Det är således samma individer som besvarat enkäten och det är möjligt att jämför hur de mårde i åk 7 med hur de mår i åk 1 i gymnasiet. Syftet med analysen är att belysa om elevernas hälsa förändras mellan högstadiet och gymnasiet samt om en god hälsa i åk 7 är en förutsättning för att också ha en god hälsa i gymnasiet. Kriterierna för en god hälsa kommer dels att vara den självskattade hälsan men också måtten frånvaro av olika fysiska och psykiska besvär. Av tabell 6 framgår beskrivande statistik för nämnda hälsoindikatorer.

Tabell 6. Genus och hälsoindikatorer i åk 7 och åk 1 gymnasium. Procent.				
	Pojke		Flicka	
	Åk 7	Åk 1 gymnasium	Åk 7	Åk 1 gymnasium
Andel med självskattad god hälsa	97,5	92,8	96,4	80,3
Fysisk hälsa:				
Besvär; Huvudvärk, axlar/nacke och mage	3,5	0,3	8,1	2,4
Besvär; Två av ovan nämnda	8,9	1,4	23,1	10,3
Besvär; Ett av ovan nämnda	26,0	12,0	29,0	25,1
Inga besvär	61,5	86,3	39,8	62,1
Psykisk hälsa:				
Besvär; Nedstämd, orolig, irriterad	1,3	3,2	6,0	18,7
Besvär; Två av ovan nämnda	4,1	9,5	14,0	29,3
Besvär; Ett av ovan nämnda	26,0	26,9	30,9	28,1
Inga besvär	68,6	60,4	49,1	23,9
	763	763	735	735

Elevernas självskattade eller upplevda hälsa kan tolkas som att den försämrats som helhet för kohorten av elever födda 1997 om man jämför hur de uppfattade sin hälsa i högstadiet jämfört med gymnasiet. Pojkar och i synnerhet flickor anger en god hälsa i mindre utsträckning när de går på gymnasiet jämfört med när de gick i årskurs 7.

Skillnaden mellan pojkar och flickor blir än mer påtaglig då det handlar om i vilken utsträckning man anger sig ha haft fysiska och psykiska hälsobesvär. När det gäller *fysiska besvär* så anger pojkar, både i åk 7 och i åk 1 i gymnasiet att de har haft sådan i mindre utsträckning. Intressant är dock att både pojkar och flickor har angett att de har mindre av fysiska hälsobesvär i gymnasiet jämfört med årskurs 7 vilket skulle kunna tolkas som att deras fysiska hälsa har utvecklats till det bättre.

Om den fysiska hälsan blivit bättre när eleverna kommit upp i gymnasieålder så är utvecklingen den omvända när det gäller den psykiska hälsan. Både pojkar och flickor anger i större utsträckning olika psykiska hälsobesvär. Backar man tillbaka till tabell 2 framgår att de vanligaste besvärerna är nedstämdhet/ledsen och irritation/dåligt humör. Skillnaderna mellan pojkar och flickor är också större i denna hälsoaspekt, 60,4 % av pojkarna anger att de inte har några besvär medan motsvarande andel bland flickor endast är 23,9 %.

En intressant fråga är om det är samma individer av elever som anger en god hälsa i årskurs 7 som också gör det i årskurs 1 i gymnasiet. En fördjupning analysen av resultatet i tabell 6 framgår i tabell 7 nedan. Genom att bara studera hur stor andel av samtliga pojkar och flickor som upplevde sin hälsa som god i åk 7 och som fortfarande upplever den som god i årskurs 1 i gymnasiet och vice versa, de som inte upplevde den som god i åk 7 och fortfarande inte upplever den som god i åk 1 i gymnasiet, framgår hälsoutvecklingen för enskilda individer.

Tabell 7. Genus och förändring på individnivå av <i>självsfattad hälsa</i> i åk 7 och åk 1 i gymnasium. Procent.				
	Pojke		Flicka	
	God självskattad hälsa åk 7	Ej god självskattad hälsa åk 7	God självskattad hälsa åk 7	Ej god självskattad hälsa åk 7
God självskattad hälsa Åk 1 Gymnasium	93	63	81	81
Ej god självskattad hälsa Åk 1 Gymnasium	7	37	19	19
N=	737	19	698	26

Bland pojkar minskar andelen med 7 % bland de som ansåg sig ha en god hälsa i årskurs 7 när de har kommit till åk 1 i gymnasiet. Bland flickor är detta ännu påtagligare där motsvarande andel är 19 %. Intressant är också att en relativt stor andel av de elever som angav en sämre självskattad hälsa i årskurs 7 upplever sin hälsa som god i årskurs 1 i gymnasiet, bland pojkar är det 63 % och bland flickor är det 81 %. Detta innebär att andelen av samma individer som upplever sin hälsa som sämre i årskurs 7 och i årskurs 1 på gymnasiet är större bland pojkar jämfört med flickor. Det är således en större "hälsorörlighet" bland flickor jämfört med pojkar. Det handlar visserligen om relativt få elever som upplever en sämre självskattad hälsa i både årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet, 7 pojkar och 5 flickor vilket innebär resultaten bör tolkas med försiktighet.

När det gäller fysisk och psykisk hälsa på individnivå så är resultatet delvis annorlunda jämfört med den självskattade hälsan. I tabell 8 nedan framgår hur den fysiska hälsan (frånvaro fysiska besvär) förändrats bland pojkar och flickor mellan årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet.

Tabell 8. Genus och förändring på individnivå av Fysisk hälsa i åk 7 och åk 1 i gymnasium. Procent.				
	Pojke		Flicka	
	God Fysisk hälsa åk 7	Ej god Fysisk hälsa åk 7	God Fysisk hälsa åk 7	Ej god Fysisk hälsa åk 7
God Fysisk hälsa Åk 1 Gymnasium	92	77	77	49

Ej god Fysisk hälsa Åk 1 Gymnasium	8	23	21	51
N=	429	293	293	444

Bland pojkar som hade en god fysisk hälsa i årskurs 7 är det 92 procent som fortfarande har det i årskurs 1 i gymnasiet, motsvarande andel är 77 % bland flickorna. Bland pojkar som angivit någon form av fysiskt besvär i årskurs 7 är hela 77 % besvärsfria i gymnasiet. Denna utveckling är mindre vanlig bland flickor där 49 % anger sig vara besvärsfria. Bland pojkar och i synnerhet bland flickor är det relativt stora andelar som fortfarande anger att de har fysiska besvär i årskurs 1 i gymnasiet, i antal elever motsvarar det 67 pojkar och 222 flickor.

En god psykisk hälsa (frånvaro av att känna sig ledsen/nedstämd, orolig, irriterad) är mindre vanligt förekommande både bland både pojkar och flickor jämfört med självskattad hälsa och fysisk hälsa, se tabell 9 nedan.

Tabell 9. Genus och förändring på individnivå av Psykisk hälsa i åk 7 och åk 1 i gymnasium. Procent.				
	Pojke		Flicka	
	God Psykisk hälsa åk 7	Ej god Psykisk hälsa åk 7	God Psykisk hälsa åk 7	Ej god Psykisk hälsa åk 7
God Psykisk hälsa Åk 1 Gymnasium	70	40	37	12
Ej god Psykisk hälsa Åk 1 Gymnasium	30	60	63	88
N=	522	239	375	362

Skillnaderna mellan pojkar och flickor är påtagligare vad gäller psykiska hälsobesvär jämfört med självskattad och fysisk hälsa. Bland pojkar anger 70 % av de som inte hade några psykiska hälsobesvär i åk 7 att de inte har några sådan i årskurs 1 på gymnasiet, bland flickor är motsvarande andel 37 %. I indikatorerna för självskattad hälsa och fysisk hälsa och bland de elever som angav att de hade hälsobesvär i årskurs 7 så fanns en "förbättring", då de kommit till årskurs 1 i gymnasiet. När det gäller psykiska hälsoproblem så är bilden den motsatta. Bland pojkar är som angav psykiska hälsoproblem i åk 7 är det fortfarande till 60 procent som har angett det i åk 1 på gymnasiet. Bland flickor är denna utveckling än mer omfattande där 88 % av de flickor som angav psykiska hälsoproblem i åk 7 fortsätter att göra det i åk 1 i gymnasiet.

Sammanfattningsvis så framgår av det av tabellanalyserna att det på individnivå (enskilda elever) sker förändringar mellan årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Den självskattade och fysiska hälsan blev generellt bättre mellan högstadiet och gymnasiet bland både pojkar och flickor fast i större utsträckning bland de förstnämnda. En majoritet av eleverna som hade en god självskattad och fysisk hälsa i åk 7 ansåg sig ha det också i gymnasiets årskurs 1. Denna positiva utveckling gällde dock inte psykisk hälsa, en majoritet av de elever som angav olika besvär i årskurs 7 fortsatte att göra det i årskurs 1 på gymnasiet och i synnerhet flickor. Sammantaget innebär detta att elevers hälsostatus i årskurs 7 kan betraktas som en viktig friskfaktor för hur de senare mår i gymnasiet. De som mår bra i årskurs 7 fortsätter att göra det i stor utsträckning. Bland elever som angett olika hälsobesvär i årskurs 7 är det vanligt att fortfarande ha hälsobesvär i årskurs 1 på gymnasiet, även om den självskattade och fysiska hälsan upplevs som bättre.

I de tidigare multivariata analyserna (tabell 4 och 5) framgick några friskfaktorer med signifikanta effekter på elevernas självskattade hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Dessa faktorer var indikatorer på förutsättningar för elevernas hälsa i årskurs 7 respektive årskurs 1 i gymnasiet. Från tabellanalyserna på individnivå framgick att elevernas hälsostatus i årskurs 7 sannolikt är en faktor som indikerar hur de kommer att uppleva sin hälsa fyra år senare när de går i årskurs 1 på gymnasiet. En intressant fråga i detta sammanhang är således om elevernas hälsostatus och andra faktorer i årskurs 7 är av betydelse för hur eleverna mår eller upplever sin hälsa när de senare går i gymnasiet. Denna fråga är intressant eftersom den öppnar upp för reflektioner om hur man kan arbeta förebyggande för att stärka elevernas hälsa, exempelvis genom tidig upptäck av ohälsa som öppnar upp för tidiga insatser. En annan aspekt är att kunna få en bättre uppfattning om vilka faktorer man i så fall kan arbeta med.

I tabell 10 nedan undersöks således vilka samband som finns mellan den hälsa eleverna har i årskurs 7 och om den i sin tur samvarierar med vilken hälsa eleverna har i gymnasiet. I modellen ingår också faktorer som i de tidigare redovisade modellerna (tabell 5 och 5) visade sig ha hälsostärkande effekter. Analysen kan beskrivas som att belysa betydelsen av eleverna "hälsobagage" från årskurs 7 för hur det påverkar deras hälsa i årskurs 1 i gymnasiet. I tabell 10 nedan framgår resultatet av denna analys.

Tabell 10. Genus och samband mellan hälsa och friskfaktorer i årskurs 7 och självskattad, psykisk och fysisk hälsa i årskurs 1 gymnasium, 1997;års kohort.						
	Självskattad hälsa/God		Psykisk hälsa/God		Fysisk hälsa/God	
	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B	Log odds	Exp B
Kön (Flickor ref grupp)	,837***	2,308	1,389***	4,013	1,016***	2,761
Trivs bra/Mycket bra i skolan, Åk 7	,082 ns	1,086	,594**	1,812	-,239 ns	,787
God självskattad häls Åk 7	-,057 ns	,945	1,149**	3,154	,368 ns	1,445
Retad av andra elever på skolan (Ej retad) Åk 7	,689**	1,992	,160 ns	1,174	-,114 ns	,893
Psykisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa)Åk 7	,196 ns	1,217	,707***	2,028	,112 ns	1,119
Fysisk hälsa (index 0-3, högre värde bättre hälsa) Åk 7	,224*	1,251	,261***	1,299	,671***	1,957
Fysiskt aktiv på fritid och gymnastiklektioner (index 0-8, högre värde desto mer aktiv) Åk 7	,313***	1,367	,131*	1,140	,060 ns	1,062
Aldrig/sällan stressad över skolarbete Åk 7	,300*	1,350	,177 ns	1,193	,247*	1,280
Har någon vuxen att prata med Åk 7	-,224 ns	,799	-,636 ns	,529	,171 ns	1,186
Konstant	-1,957		-5,643		-1,726	
Nagelkerke	13,6		28,4		21,9	
N=	1498		1498		1498	

Den första modellen i tabellen ovan beskriver sambandet mellan hälsa och friskfaktorer i årskurs 7 och om dessa är av betydelse för eleverna *självskattade hälsa* i årskurs 1 i gymnasiet. Den första av faktorerna som har signifikanta effekter är kön där oddset (Exp B) är drygt dubbelt så stor att pojkar har en god självskattad hälsa i gymnasiet jämfört med flickor. Den andra signifikant faktorn är ifall eleverna inte varit retad av andra elever i årskurs 7 som också fördubblar oddset att må bra i årskurs 1 i gymnasiet. Både fysisk hälsa och fysisk aktivitet i årskurs 7 har samma effekter om än inte lika starka som de två förstnämnda faktorerna. Att inte vara stressad över skolarbete i årskurs 7 ökar oddset för att man skall uppleva sig ha en god självskattad häls i årskurs 3 på gymnasiet.

Den andra modellen beskriver sambandet mellan hälsa och friskfaktorer i årskurs 7 och *psykisk hälsa* i årskurs 1 i gymnasiet. I denna modell är det fler friskfaktorer som har en signifikant effekt för i vilken utsträckning eleverna har upplevt frånvaro av nedstämdhet, oro eller irritation (god psykisk hälsa) i årskurs 1 i gymnasiet. När det gäller kön är effekten ännu större jämfört med den första modellen, oddset är fyra gånger större att en pojke anger sig ha en god psykisk hälsa. De elever som trivts i skolan i årskurs 7 har 1,8 gånger större odds att också må bra i gymnasiet jämfört med de elever som inte trivts i årskurs 7. Elever som hade en god självskattad hälsa i årskurs 7 har drygt 3 gånger större odds att uppleva sig ha en god psykisk hälsa i gymnasiet. Att upplevas sig ha en god psykisk och fysisk hälsa samt att eleverna varit fysiskt aktiva ökar också sannolikheten att man upplever sin psykiska hälsa som god.

Den tredje modellen om *fysisk hälsa* har liknande effekter avseende kön där pojkar har dubbelt så stora odds att ange den som god jämfört med flickor. Fatt ha en god fysisk hälsa i årskurs 7 fördubblar oddset att också ha det i årskurs 1 i gymnasiet. Att inte vara stressad över sitt skolarbete i årskurs 7 har signifikanta men svaga effekter på den fysiska hälsan i årskurs 1 i gymnasiet.

Om man lägger samman resultaten från de tre modellerna så är det inte orimligt att tolka dessa som att eleverna har ett slags bagage med sig från tidigare årskurser (åk 7) som påverkar hur de uppfattar sin hälsa. Resultatet kan tolkas som att elever har antingen ett bagage som är övervägande positivt "hälsobagage" eller ett övervägande negativt "ohälsobagage" med sig från tidigare årskurser (åk 7) som påverkar hur de upplever sin hälsa. Det mönster som framträder kan beskrivas som att de elever som upplever sig ha en harmonisk skolsituation i årskurs 7, har ett "hälsobagage" med upplevelser av trivsel på skola, frånvaro av stress, är fysiskt aktiva och upplever sin självskattade, fysiska och psykiska hälsa som god, också gör det på gymnasiet. För de elever som inte upplever skolan på nämnda sätt i årskurs 7 utan som bär på ett "ohälsobagage" är risken betydligt större att de i mindre utsträckning upplever sin hälsa som god i gymnasiet.

För de allra flesta av eleverna i årskurs 7 är skolsituationen "hälsosam" och eleverna trivs i skolan (se tabell 2 och 3) och detsamma gäller gymnasiets årskurs 1. De finns dock elever som anger olika hälsobesvär, särskilt av att känna sig nedstämd/ledsen, orolig och irriterad, vilket är vanligare bland flickor, men som också förekommer bland pojkar och är hos en hel del elever bestående över tid (åk 7-åk 1 gy). En tolkning av detta resultat i ett förebyggande perspektiv avseende elevhälsoarbete, är att tidiga tecken från elever om att de inte trivs i skolan eller att de anger olika hälsobesvär bör tas på allvar med olika stödjande insatser. Risken finns att eleven tidigt, kanske redan under låg och mellanstadiet får ett hälsobagage som sedan påverkar eleven i senare delar av sin skolgång.

Sammanfattande diskussion

Syftet med denna studie var att på individnivå undersöka hur elever i grundskola och gymnasium upplever sin hälsa och om någon förändring skett mellan årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Resultaten diskuteras nedan och utgår från de tre forskningsfrågor som denna studie har utgått ifrån.

Hur upplever eleverna sin hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet?

Den första frågeställningen för denna studie handlade om hur eleverna upplever sin hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 på gymnasiet. Resultatet visar att en absolut majoritet av eleverna upplever att de har en god självskattad hälsa. I årskurs 7 anger 9 av 10 elever att de har en god självskattad hälsa. Detsamma gäller pojkar på gymnasiet medan flickor på gymnasiet inte anger detta i samma utsträckning. Trots en god självskattad hälsa är det många elever som upplever att de har fysiska (värk i huvud, axlar/rygg, mage) och psykiska (ledsen/nedstämd, oro, irritation) besvär. För de allra flesta av eleverna är dessa besvär av en sådan art att de ändå uppfattar sin självskattade hälsa som god. Bland de elever som beskriver sin självskattade hälsa som sämre, vilket förekom i större

utsträckning bland flickor, är det betydligt vanligare att uppleva nedstämdhet, oro och irritation jämfört med fysiska besvär. Både pojkar och flickor som anger sin självskattade hälsa som sämre, anger i betydligt större utsträckning också olika fysiska och psykiska hälsobesvär jämfört med de elever som betraktar sin hälsa som god. Att de flesta elever skattar sin hälsa som god är i linje med nationella och regionala undersökningar gjorda under det senaste decenniet i Sverige samtidigt som rapporter också visat på ökad förekomst av psykisk ohälsa (Eriksson 2019; Folkhälsomyndigheten, 2019; Gustafsson med flera, 2010; Region Norrbotten, 2017).

Finns det något samband mellan elevernas hälsa i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet?

Den andra frågeställningen handlade om på vilket sätt och i vilken utsträckning som elevernas hälsa förändrades på individnivå mellan årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Andelen elever som beskrev den självskattade hälsan som god blev mindre bland både pojkar och flickor. Andelen minskade med ca 5 procent bland pojkar och ca 16 procent bland flickor. Oavsett kön så utvecklades den fysiska hälsan till det bättre för de allra flesta av eleverna genom att elever som i årskurs 7 angett olika fysiska besvär, inte uppgav sig ha dessa i årskurs 1 i gymnasiet. Psykiska hälsobesvär visade på en motsatt utveckling både bland pojkar och i synnerhet bland flickor. Andelen elever som angav sig besväras av oro, nedstämdhet och irritation ökade i årskurs 1 på gymnasiet, bland elever som inte haft besvären i årskurs 7. En majoritet av eleverna som uppgav en god hälsa i årskurs 7 fortsatte att göra så i årskurs 1 i gymnasiet. Däremot var det en relativt stor andel av eleverna som angett att de hade en sämre självskattad hälsa och psykiska besvär i årskurs 7 som fortsatte att göra det i årskurs 1 i gymnasiet. Det finns således ett tydligt samband mellan elevernas självdeklarerade hälsa i årskurs 7 och i årskurs 1 i gymnasiet som kan beskrivas som ett bagage relaterat till hälsa som eleverna har med sig när de kommer till gymnasieålder. Bagaget består av att den hälsostatus man hade i årskurs 7 bidrar väsentligen till den hälsa som eleverna upplever sig ha i gymnasiets årskurs 1, sannolikheten är stor att elever som mår bra i åk 7 också gör det senare. Sannolikheten är också större för att elever som beskriver sin hälsa som sämre i årskurs 7 också gör det i årskurs 1 i gymnasiet.

Longitudinella studier med fokus på elevers hälsa och välbefinnande är inte vanliga, särskilt där man följer samma unga individer över tid. Däremot finns det flera rapporter, nationella och regionala vanligtvis baserade på tvärsnittsstudier med fokus på unga som grupp utan att göra anspråk på att följa samma individer över tid (se till exempel Region Norrbotten, 2021; Barnombudsmannen, 2020; Folkhälsomyndigheten, 2019). Dessa studier är således inte helt jämförbara med denna studie vilket innebär att ett steg tagits för att belysa om det finns något samband mellan enskilda elevers hälsa på individnivå i årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Studien visar på att det finns ett samband där det tycks vara så att eleverna bär med sig sina hälsoupplevelser. Man skulle kunna beskriva detta som att eleverna bär med sig ett "hälsobagage" eller ett "ohälsobagage" över tid. Denna kunskap leder till konsekvenser för hur man borde planera och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i skolan.

Vilka faktorer tycks stärka elevernas hälsa?

För att inte enbart fokusera på sjukdom och hälsoproblem handlade den tredje frågeställningen om vilka faktorer som tycks stärka elevernas självskattade hälsa. De faktorer som i denna studie var av betydelse för elevernas självskattade hälsa är att man trivs på sin skola, upplever att man klarar av sitt skolarbete (ej stressad över skolarbete), att man har tillitsfulla relationer (framförallt i gymnasiet), är fysiskt aktiv och inte upplever oro, nedstämdhet och irritation. Detta kan möjligtvis tolkas som att den viktigaste friskfaktorn är en skolmiljö i vilken eleverna på ett tidigt stadium av sin skolgång upplever sig vara inkluderade med sociala relationer till kamrater och vuxna. Detta utvecklar elevernas självtillit och självförtroende som också byggs av att beredas möjlighet att klara av sitt skolarbete. Andra studier med inriktning på elever skolsituation och hälsa styrker denna tolkning (Dadaczynski med flera, 2019; Kostenius & Nyström, 2020; Kostenius & Warne, 2020; Paakari & George, 2018).

Slutsatser och praktiska tillämpningar

Folkhälsomyndigheten (2018) ställde sig frågan *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?* De beskriver barns känsla av frustration och känslor av maktlöshet över att inte få komma till tals och bli lyssnade på, för som ett barn uttryckte sig "vuxna tänker att de vet bättre... så man kan säga vad man tycker och bli lyssnad på, men det är inte som att de kommer göra något åt det egentligen, för de tror att de vet bättre" (s. 35). Med utgångspunkt i detta citat och i resultaten av vår studie vill vi understryka vikten av att se värdet av praktiska tillämpningarna på organisations-, grupp- och individnivå. Den ena nivån utesluter inte det andra i ett hälsofrämjande och ohälsöförebyggande arbete utan samlar kompetens, resurser och genomförande i ett samlat grepp för att stärka barn och ungas hälsa och deras förmåga att klara av sin skolgång. Till exempel menar Eriksson (2019) att interventioner mellan individen, den organisatoriska och den strukturella nivån krävs för att vända utvecklingen av psykisk ohälsa och förespråkar en strategi som involverar hela skolans organisation. Lieblein med flera (2017) tydliggör hur viktigt känslan av tillhörighet är för att trivas i skolan, må bra och lära sig. Detta rimmar väl med "hela-skolan-strategin" såsom Rowling (2010) och Weare (2000) beskriver en skolorganisation som präglas av öppenhet. Viktigt är också att utgångspunkten är förståelsen för att hälsa och lärande är ett sammanhållet uppdrag i skolan beroende av varandra (Kostenius & Nyström, 2020) och vikten av att all personal och alla elever är medskapare av den gemensamma arbetsmiljön och skolkulturen (Warne, 2013). Vidare är främjandet av en lyssnande kultur som fokuserar på att bygga hälsofrämjande relationer inom hela organisationen och utbilda om hälsa, särskilt psykisk hälsa för att öka hälsolitteracitet (hälsokunskap), minimera stigma och öka förtroendet för att vuxna i skolan kommer att vidta lämpliga åtgärder vid behov (Kostenius, Gabrielsson & Lindgren, 2019).

Mot denna bakgrund föreslår vi följande praktiska tillämpningar av resultatet:

1) **Utforska könsskillnader för att tydliggöra faktorer som är avgörande för ungas hälsa.**

De faktorer som främjar elevernas hälsa är detsamma för både pojkar och flickor. Däremot, bland de elever som beskriver sin självskattade hälsa som sämre, vilket förekom i större utsträckning bland flickor, är det mycket vanligare att uppleva nedstämdhet, oro och irritation jämfört med fysiska besvär. Forsberg med flera (2019) fann också liknande genuskillnader. Flickorna i deras studie rapporterade mindre positiva skolupplevelser och angav mindre positiv självrapporterad hälsa jämfört med pojkarna. De understryker att vi på grund av detta behöver förstå effekterna av könsmönster relaterat till både hälsa och skolupplevelser. Warne med flera (2017) visade att elever som upplever sig delaktiga i klassrummet har visat sig i mer än dubbelt så hög grad rapportera om en självupplevd god psykisk och kognitiv hälsa än de elever som upplever en låg grad av delaktighet. Endast genom att fråga de som berörs om deras upplevelser, lyssna och bjuda in till delaktighetsskapande processer kan hälsa hos unga främjas. Även om elevhälsoenkäten antar en dualistisk syn på kön så vill vi understryka att kön inte ska begränsas till pojke – flicka utan utgå från genusperspektiv som inkluderar lesbiska, homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner (HBTQ). Dessa utgör en grupp som kan utsättas för diskriminering, våld och ibland till och med förföljelse är det viktigt att samtal utmärks av en öppenhet kring ungas konstruktionen av kön och könstillhörighet (RFSL, 2021; UNHCR, 2020).

2) **Initiera tidiga insatser för att minska negativa effekter av ungas "ohälsobagage".**

Vi understryker vikten av att både det sjukdomsförebyggande arbetet och det hälsofrämjande arbetet inleds tidigt under barnens skolgång och att det fokuserar på att minska risken för att hälsoproblem uppstår, kvarstår eller blir värre. Elevhälsan har ett viktigt uppdrag för att tidigt upptäcka de elever som är i behov av särskilt stöd därför bör

elevhälsans förebyggande och främjande arbete förstärkas (SOU 2018:90). Elever som upplever skolan negativt och har utmaningar med sin hälsa i årskurs 7, och därmed bär på ett "ohälsobagage" riskerar att i betydligt mindre utsträckning uppleva sin hälsa som god i gymnasiet. Tidiga tecken från elever om att de inte trivs i skolan eller att de anger olika hälsobesvär bör tas på allvar med olika stödande insatser. Även om vi i denna studie inte undersökt tidigare årskursers elevhälsoenkäter (till exempel åk 4) kan man tänka sig att elevers "ohälsobagage" kan börja utvecklas tidigt under deras skolgång. Problem som uppkommer redan under låg och mellanstadiet påverkar eleven i senare delar av sin skolgång. När eleverna på ett tidigt stadium av sin skolgång upplever sig vara inkluderade med sociala relationer till kamrater och vuxna genom vilket de får självförtroende och självförtroende ökar möjligheten till god hälsa och förutsättningar att klara av sitt skolarbete (Kostenius & Warne, 2020).

3) **Fokusera på den viktigaste friskfaktorn - en hälsofrämjande skolmiljö och skolkultur.**

Utän att förringa utmaningar, problem och ohälsa föreslår vi ett salutogent perspektiv, alltså ett främjande perspektiv. Det fokuserar på resurser, kompetenser, förmågor och tillgångar på såväl individ- och gruppnivåer som skolklasser, familjer och samhället i stort (Lindström & Eriksson, 2010). Det hälsofrämjande perspektivet omfattar såväl empowerment, demokrati, kritisk hälsolitteracitet, delaktighet och inflytande (Jensen Bruun, Dür & Buijs, 2017). Sambandet mellan elevers möjlighet till delaktighet och inflytande i lärande och arbetet i skolan är av stor betydelse för goda kunskapsresultat och välmående. Det framgår tydligt i skollagen och läroplaner att de demokratiska värdena, elevernas delaktighet och inflytande ska vara lika centralt som kunskaper i olika skolämnen (Skolverket, 2015). Dessutom när vuxna, oavsett profession, finns till hands för eleverna och bryr sig om och hjälper dem när behov uppstår förstärks trygghet och omsorg om varandra vilket är hälsofrämjande (Kostenius & Nyström 2020; Warne med flera, 2017;2020). Med hälsokunskap på schemat och forum för att dela med sig, bli lyssnad på och bekräftad, finns goda förutsättningar att minska ungas "ohälsobagage" (Kostenius & Warne, 2020). Detta kan öka kunskapen om både hälsa och ohälsa och om vad man kan göra för att hjälpa varandra till en förbättrad hälsa oavsett ålder på elever eller vuxna och oavsett profession på aktörer inom skolan (Kostenius, Gabrielsson & Lindgren, 2020; Hjärne & Säljö, 2021). Vidare, menar Skolverket (2021) att flera olika aspekter är avgörande för att kunna åstadkomma positiva skol- och klassrumsklimat som gör det möjligt för alla elever att lyckas, trivas och må bra i skolan. Forskning visar att goda relationer mellan skolpersonal och elever, och mellan eleverna främjar inte bara elevernas hälsa utan bidrar också med omsorg, trygghet och stöd (Kostenius & Nyström, 2020). Socialstyrelsen och Skolverket (2016) understryker vikten av att skolpersonal och elever ofta ges tillfälle att diskutera normer och attityder samt hur man kan främja goda relationer.

4) **Stärk skolans kompensatoriska uppdrag.**

Eleverna har olika sociala, kulturella och ekonomiska förutsättningar redan från förskoleålder för att klara av sin skolgång. För en stor andel elever innebär detta att de har utmaningar vid sidan av skolan, medfödda eller förvärvade hälsoutmaningar som också påverkar deras möjligheter att klara av sitt skolarbete. I en tidigare studie från Norrbotten framkom att ungas sociala bakgrund och livssituation är av påtaglig betydelse för deras hälsa och självbild. Elever från ekonomiskt och socialt resurssvaga hem hade oftare en sämre upplevd hälsa, trivdes mindre bra i skolan och hade större problem klara av sitt skolarbete samt att deras användning av alkohol, tobak och droger var vanligare jämfört med andra eleverna (Jakobsson med fler, 2016). För att eleverna oavsett bakgrund ska få likvärdiga förutsättningar att nå skolframgång har huvudmän och skolor enligt skollagen ett kompensatoriskt uppdrag att uppväga skillnader mellan elevers olika förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen (SFS, 2010:800). Att stärka elevhälsoarbetet är också att stärka

skolans kompensatoriska uppdrag som på sikt kommer att förbättra elevernas skolresultat och i sin förlängning en hållbarare övergång till ett vuxenliv med mindre risk för socialt utanförskap (Hjörne & Säljö, 2021). Eftersom den här studien har genomförts i Norrbotten där många elever bor i glesbygdsområden och där gymnasieelever ofta bor och går i skola på en annan ort än sina föräldrar, kan tilläggas med referens till Randell med fler (2021) att hälsofrämjande aktiviteter under skoltid särskilt i skolor belägna i glesbygd kan vara ett viktigt komplement för att främja elevers hälsa.

Studiens begränsningar och framtida forskning

I denna studie har vi valt att komma ifrån det vanligt förekommande kartläggningarna och studier där olika tvärsnittsdata jämförs med varandra. Vi valt att följa samma individer mellan olika årskurser istället för att jämföra olika ålderskohorter med varandra då de var i samma ålder, till exempel när de gick åk 7. Även om man jämför tvärsnittsresultat mellan åk 7 och åk 1 på gymnasiet för en och samma ålderskohort så följer man inte enskilda individer. Kohorterna förändras genom att elever lämnar kohorten, till exempel genom att elever flyttar till ett annat län och elever tillkommer i kohorten. Trots att vi har kunnat följa enskilda individer finns det givetvis begränsningar. Till att börja med är urvalet begränsat, av 2608 elever har vi kunna följa 1498 stycken mellan åk 7 och årskurs 1 och att de resultat som presenterats i denna studie omfattar bara en kohort av skolelever i Norrbotten. Det finns således behov av studier av fler kohorter där elevhälsoenkäterna kopplas ihop för enskilda elever för att kunna följa deras hälsoutveckling på individnivå. I sådana studier är det också intressant och relevant att koppla ihop elevhälsoenkäterna i årskurs 4 till årskurs 7 och årskurs 1 i gymnasiet. Syftet är dels att få kunskaper om det som ovan benämndes som "hälsobagage" och "ohälsobagage", men de kan också ge kunskaper som i sin tur är värdefulla för utformning och genomförande av olika hälsoförebyggande insatser. Av särskilt intresse är fördjupande studier av sambandet mellan genus och hälsa, till exempel flickornas större hälsorörlighet och att pojkar fortsätter att ange en sämre självskattad hälsa mellan åk 7 och åk 1 i gymnasiet. En annan aspekt som borde uppmärksammas och vara föremål för fördjupade studier är gruppen av elever som bara fyllt i en av elevhälsoenkäterna och därför mest troligt deltagit i endast ett hälsosamtal i antingen åk 7 eller åk 1 på gymnasiet. Resultatet bland dessa elever tyder på att de har ett sämre hälsobagage jämfört med elever som haft hälsosamtal vid två tillfällen. Ytterligare en aspekt och som i viss mån utgör en begränsning av att undersöka elevernas hälsa via hälsosamtalen är avsaknaden av information om elevernas sociala förutsättningar (förhållanden utanför skolan) för sin skolgång. Det är relevant att också kunna väga in dessa förhållanden i analyser av elevers hälsa och förmåga att klara av sitt skolarbete, exempelvis med hänsyn till familjeförhållanden, social klass och etnicitet. I en fördjupande studie där även dessa aspekter vävs in vore det relevant att samla olika registerdata från SCB som kan kopplas till de enskilda eleverna med bakgrundsuppgifter om föräldrars utbildningsnivå, yrke, inkomst och etnisk bakgrund.

Referenser

Barnombudsmannen (2020). Dom tror dom vet bäst. Barnet som rättighetsbärare. Årsrapport 2020. Stockholm: Författare.

Bergström-Woulu, M., Dahlström, J., Hertting, K. & Kostenius, C. (2018). "My heart has no hurt" – young immigrants health. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, doi: <https://doi.org/10.1108/IJMHS-02-2018-0004>.

Bruun Jensen, B., Dür, W., & Buijs, G. (2017). The Application of Salutogenesis in Schools. In *The Handbook of Salutogenesis* (s. 225-235). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6_22

Busch, V., Laninga-Wijnen L., Schrijvers, A., & De Leeuw, J. (2017). Associations of health behaviors, school performance and psychosocial problems in adolescents in The Netherlands. *Health Promotion International*, 32, 280–291, doi: 10.1093/heapro/dav058

Dadaczynski, K., Bruun Jensen, B., Viig, N., Sormunen, M., von Seelen, J., & Kuchma, V. (2019). Health, well-being and education. Building a sustainable future. The Moscow statement on Health Promoting Schools. *Health Education*, 120, 11–19.

Eriksson, C. (2019). *Mental health trends and the role of the school in adolescent health in the Nordic region. Health promotion in school settings*. Stockholm: Nordic Welfare Center.

Folkhälsomyndigheten (2019). Öppna jämförelser folkhälsa 2019. Stockholm: Författare.

Folkhälsomyndigheten (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985-2014*. Stockholm: Författare.

Forsberg, H., Carlerby, H., Risberg, A., Nordstrand, A. & Kostenius, C. (2019). Positive self-reported health might be an important determinant of student's experiences of high school in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*. 78(1), 1598758, doi: 10.1080/22423982.2019.1598758

Forte (2019). *The health and situation of young LGBTQ people in Sweden*. <https://forte.se/en/publication/health-situation-young-lgbtq-people-sweden-know-research-needed/>

Gustafsson, J.-E., Westling, A.M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., Granlund, M., Gustafsson, P., Ljungdahl, S., Ogden, T. and Persson, R.S. (2010). *School, Learning and Mental Health: A Systematic Review*, The Royal Swedish Academy of Sciences. Stockholm: The Health Committee.

Hjörne, E & Säljö, R. (Eds.) (2021). *Elevhälsa och en hälsofrämjande skolutveckling – i teori och praktik*. Malmö: Gleerups förlag.

Jakobsson, M., Jordansson, D. & Waara, P. (2016). Hälsa, Skola, Trygghet, Inflytande, Fritid Framtid. LUPP16, Haparanda. https://www.norrbottenskommuner.se/media/2105/lupp16_haparanda-kommun.pdf

Kostenius, C. (i tryck). School nurses' experiences of health dialogues – a Swedish case. *The Journal of School Nursing*.

Kostenius, C. & Nyström, L. (2020). "When I feel well all over, I study and learn better" - experiences of good conditions for health and learning in schools in the Arctic region of Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 79:1, 1788339, doi: 10.1080/22423982.2020.1788339

Kostenius, C., Gabrielsson, S. & Lindgren, E. (2019). Promoting mental health in school - young people from Scotland and Sweden sharing their perspectives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, doi: 10.1007/s11469-019-00202-1

Kostenius, C. & Lundqvist, C. (2019). *Turning Risk Into Opportunity – A Swedish Case About Crossing Professional Boundaries For Health Promoting School Development*. Muntlig presentation vid European Conference on Educational Research ECER, 3-6 september, Hamburg, Germany.

Kostenius, C. & Lundqvist, C. (i tryck). Open letters about health dialogues reveal school staff and students' expectations of school health promotion leadership. *Health Education*.

Kostenius, C. & Warne, M. (2020). Främja psykisk hälsa – elevers erfarenheter och förslag visar vägen för skolan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5(6) 847-865.

Kostenius, C., Lundqvist, C., Nyström, L., Henriksson, A. & Nordstrand, A. (2019). "The school of health" – the national government, local authorities and university in a joint effort to promote health literacy in arctic children and youth. Poster presentation vid 23rd World Conference on Health Promotion, 7-11 april, Rotorua, Aotearoa New Zealand.

Lieblein, V., Warne, M., Huot S., Laliberte Rudman, D. & Kjærsti Raanaas. R. (2017). A photovoice study of school belongingness among high school students in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 77(1) 1598758.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. *Folkhälsan Research Center, Health Promotion Research*, (Research Report, 2010:2). Helsinki: Folkhälsan research center.

Norrbottens Folkhälsopolitiska råd (2017). Norrbottens folkhälsostrategi 2018-2026 För en bättre och mer jämlik och jämställd folkhälsa:
<https://www.norrboten.se/publika/lg/utv/Folkhalsocentrum/Folkhalsopolitiska%20strategin/Revide%20strategi/FHS%20171220%20beslutad%20NFR%20m.%20bilder.pdf>

OECD. (2013). *Mental health and work: Sweden*. Organisation for economic co-operation and development. Paris: Författare.

Skolverket (2015). Delaktighet för lärande: <https://www.skolverket.se/getFile?file=3531>

Skolverket (2018). PISA 2018. 15-åringars kunskaper i läsförståelse, matematik och naturvetenskap. Stockholm: Författare.

Skolverket (2019). Hälsa för lärande – lärande för hälsa: <https://www.skolverket.se/getFile?file=4071>

Skolverket (2021). Hälsöfrämjande perspektiv i förskolan och skolan:
<https://www.skolverket.se/skolutveckling/forskning-och-utvarderingar/artiklar-om-forskning/halsoframjande-perspektiv-i-forskolan-och-skolan>

Socialstyrelsen och Skolverket (2016). Vägledning för elevhälsan: <https://www.skolverket.se/publikationsserier/stodmaterial/2016/vagledning-for-elevhalsan>

SOU (2018:90). För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Stockholm: Författare.

Randell, E., Udo, C., & Warne, M. (2021). A sense of health and coherence in young rural schoolchildren in Sweden, *International Journal of Circumpolar Health*, 80(1) 1893534, doi: 10.1080/22423982.2021.1893534

Region Norrbotten (2021). *Hälsosamtal i skolan*: <http://www.norrbotten.se/elevhalsosamtal>

Region Norrbotten (2017). *Skolbarns hälsa och levnadsvanor i Norrbotten. Rapport för läsåret 2015/2016*. Luleå: Författare.

RFSL (2021). Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter: <https://www.rfsl.se/om-oss/kort-om-rfsl/>

Rising Holmström, M., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2013). Promoting a relationship based health practice: A challenge for school nurses. *British Journal of School Nursing*, 8, 30–38.

Paakari, L., Torppa, M., Paakari, O., Villberg, J., Raili, S., Välimaa, R., Ojala, K., & Tynjälä, J. (2019). Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *European Journal of Public Health*, 1–6. doi:10.1093/eurpub/ckz011

Paakari L. & George S. (2018). Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('why'). *BMC Public Health*, 18, 326-336.

SFS (2010:800). *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

UNHCR (2012). *Guidelines on International Protection No. 9*: <https://www.unhcr.org/509136ca9.pdf>

Warne, M. (2013). *Där eleverna är. Ett arenaperspektiv på skolan som en stödjande miljö för hälsa*. Doktorsavhandling. Sundsvall: Mittuniversitetet.

Warne, M., Snyder, K. & Gillander Gådin, K. (2017). Participation and support–associations with Swedish pupils' positive health. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1), 1373579.

Warne, M., Svensson, Å., Tirén, L., & Wall, E. (2020). On Time: A Qualitative Study of Swedish Students', Parents' and Teachers' Views on School Attendance, with a Focus on Tardiness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1430

Willgerodt, M., Walsh, E. & Maloy, C. (2020). A Scoping Review of the Whole School, Whole Community, Whole Child Model. *The Journal of School Nursing*, 1-8, doi: 10.1177/1059840520974346

