

Pojkars och flickors hälsa speglad av skolhälsovården: fakta, förklaringsmodeller och implikationer

Ann-Margret Rydell

Claes Sundelin

Artikeln redovisar skolhälsovårdens samlade kunskap om elevernas hälsa och anpassning. Skillnaderna mellan pojkar och flickor beträffande somatisk och psykosocial hälsa fokuseras. I fråga om kroppslig hälsa var skillnaderna små, medan pojkarna var starkt överrepresenterade avseende psykosocial problematik. Tänkbara orsaksmekanismer och skolpolitiska implikationer diskuteras därefter.

Ann-Margret Rydell är skolpsykolog men arbetar fn som forskningsassistent i "Barnfamiljerna och samhällets service". Claes Sundelin är barnhälsovårdsöverläkare och en av projektets huvudmän.

INLEDNING

Förekomsten av somatiska problem hos pojkar och flickor i skolåldern har belysts i ett flertal epidemiologiska studier (11, 15, 17, 19, 23, 33). Vissa författare (11, 17, 33) fann inga samband mellan hälsoproblem och kön. Mellbin et al (23) fann däremot att fler pojkar än flickor hade hörselnedsättningar, talproblem och astma, medan fler flickor hade motoriska handikapp. Ibsen o Nielsen (15) rapporterade att fysiska problem var vanligare hos pojkar och Kornfält (19) fann att fler pojkar än flickor hade motoriska avvikelser.

I studier där psykosociala problem och skolproblem kartlagts redovisas regelbundet könsbundna prevalensskillnader, med en större eller mindre övervikt för pojkar inom de flesta problemområden (3, 7, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 30, 32).

I dessa studier har utgångspunkten för problemidentifikationen vanligen varit skolpersonalens (lärares, skolhälsovårdspersonals, skolpsykologers) uppfattning. Några studier (tex 30) har visat god överensstämmelse mellan lärarbedömningar och kliniska undersökningar. Cederblad o Höök (4) fann dock endast marginella könsskillnader i en studie av psykisk ohälsa hos bla skolbarn. De grundade emellertid sin probleminventering på såväl skolans som föräldrarnas bedömning av barnens beteende. Att barn bedöms olika beroende på i vilket sammanhang och av vem barnet observeras har visat sig i flera undersökningar (1, 6, 8, 19, 29).

I två arbeten som redovisar skolbarnens besök hos skolhälsovården (19, 20) fann man att flickorna i större utsträckning än pojkarna gjorde besök på mottagningen samt att man sökte för olika åkommor (flickor för huvudvärk och hudbesvär, pojkar för sårskador och ortopediska besvär) (19). Från ca 10% till 20% av barnen i de ovan citerade studierna rapporteras ha psykosocial problematik. Skillnaderna mellan studierna beror sannolikt på olikheter i såväl definitioner och metoder som populationernas sammansättning.

Syftet med denna studie var att ytterligare belysa hälsoproblemens samband med kön samt att analysera sambanden mellan kön och vårdkonsumtion. Följande frågeställningar stod i brännpunkten:

- Vilken bild får man av pojkars respektive flickors hälsa och anpassning i skolan med utgångspunkt från rutinmässigt förda journaler inom skolhälsovården?

- Vilken ytterligare information erhålls genom en intervju med skolsköterskan?
- I vilken mån och hur påverkar könsfaktorn vårdkonsumtionen inom skolhälsovården?
- Hur skall eventuella könsskillnader tolkas?

MATERIAL OCH METOD

Studien gällde de 397 barn i åldern 7–16 år som mellan 1.7 1984 och 30.6 1985 var bosatta i undersökningsområdet och som gick i grundskolan inom något av de två rektorsområden som ingår i projektet. Pga flyttning utgick 14 barn och materialet utgjordes således av 383 barn, 165 pojkar och 218 flickor. 152 barn gick i skola inom rektorsområde I (= Ro I), omfattande låg- och mellanstadium, och 231 barn gick i rektorsområde II (=Ro II), omfattande låg-, mellan- och högstadium.

Datainsamlingen skedde genom att en erfaren skolpsykiater gick igenom barnens elevhälsovårdsjournaler samt gjorde en intervju med skolsköterskan för att få uppgifter som ej fanns i journalen. Följande uppgifter fördes in i ett standardiserat formulär:

Fysiska hälsoproblem:	I journalen noterade avvikelser oberoende av svårighetsgrad beträffande allmän somatik, syn, hörsel, tal, motorik, längd och vikt i förhållande till ålder, handikapp eller långvarig sjukdom. Uppenbart triviala problem av tillfällig natur medtogs ej.
Psykosociala problem:	I journalen noterades eller av skolsköterskan kända psykosomatiska symtom, beteendeproblem, problem i skolarbete och problem i relation till kamrater och skolpersonal.
Vårdkonsumtion:	Antal besök hos skolläkare och skolsköterska utöver inprogrammerade klassundersökningar, huruvida barnet brukade komma på spontana besök samt skolsköterskans övriga elevvårdande kontakter (samtal med barn/föräldrar/lärare, krisingripanden samt kurativa insatser).

Datainsamlingen avsåg hälsoläge och vårdkonsumtion under läsåret 1984/85 och skedde under våren 1986 med en komplettering på hösten samma år.

RESULTAT

Hälsoproblem hos pojkar och flickor

I *tabell 1* redovisas data från bägge rektorsområdena, dvs hela undersökningspopulationen. I *tabell 2* redovisas resultat enbart från Ro I.

Uppgifter om den fysiska hälsan fanns dokumenterade i journalen, vilket i stor utsträckning inte var fallet med uppgifter om psykosociala problem. Sådana uppgifter fick därför inhämtas genom intervju med skolsköterskan. På Ro I tjänstgjorde vid undersökningens genomförande en skolsköterska som arbetat kontinuerligt i området i flera år och således hade mycket god kännedom om barnen. Skolsköterskan på Ro II hade endast periodvis arbetat i området, vilket hade till följd att andelen barn för vilka uppgift saknades i dessa avseenden var mycket stor (82 till 93 procent). Vi valde därför att utesluta detta rektorsområde.

Inom gruppen långvarig sjukdom och handikapp (*tabell 1*) dominerade allergiska sjukdomar, som utgjorde ungefär hälften av samtliga fall. Den näst största gruppen var neurologiska-motoriska handikapp inklusive MBD. Ingen könsdifferens framträdde i fråga om den totala prevalansen av handikapp och långvarig sjukdom. Bland somatiska problem som ej hade karaktären av handikapp eller långvarig sjukdom förekom ortopediska problem, infektioner, hudåkommor och magåkommor.

Synfel var det vanligaste fysiska hälsoproblemet och förekom hos en knapp fjärdedel av eleverna. Inom övriga områden var prevalensen under 10 procent. Signifikant fler flickor hade synfel och signifikant fler pojkar hade motoriska avvikelser och tendenser fanns att fler flickor hade hörselnedsättningar och viktavvikelse (vikt för ålder $\geq \pm 2.5$ SD). Fö fanns inga könsskillnader beträffande fysiska hälsoproblem.

Tabell 2 visar att problem inom det psykosociala området var relativt sett vanligare än fysiska hälsoproblem och allra vanligast var beteendeproblem som fanns hos en fjärdedel av denna skolbarnsgrupp. Pojkarna hade enligt skolsköterskan betydligt oftare beteendeproblem, problem i skolarbetet och i relationerna till barn och vuxna. Fler pojkar hade även psykosomatiska problem men denna

Tabell 1. Förekomst av fysiska hälsoproblem med hänsyn till kön hos 383 barn.

Problemtyp	Andel barn hos vilka problemet förekommer				P
	Pojkar N=165	Flickor N=218	Alla N=383	Ratio p/f	
Handikapp					
Långvarig sjukdom	9.1	7.3	8.1	1.2-1	
Somatiska problem	8.5	5.5	6.8	1.5-1	
Synfel	14.5	28.9	22.7	0.5-1	< 0.01
Hörselnedsättn	1.2	4.6	3.1	0.3-1	
Motorisk avvikelse	9.1	2.3	5.2	4.0-1	< 0.01
Viktavvikelse	1.8	3.2	2.6	0.6-1	
Avvikande längdutveckl	5.5	5.0	5.2	1.1-1	
Talsvårigheter	1.8	1.4	1.6	1.3-1	

Tabell 2. Förekomst av psykosomatiska symtom, beteendeproblem, problem i skolarbetet samt relationsproblem i skolan med hänsyn till kön hos 152 barn (Ro I).

Problemtyp	Andel barn hos vilka problemet förekommer				P
	Pojkar N=69	Flickor N=83	Alla N=152	Ratio p/f	
Psykosom problem	8.7	6.0	7.2	1.5-1	
Beteendeproblem	34.8	13.3	23.0	2.6-1	< 0.01
Problem i skolarbetet	26.1	7.2	15.8	3.6-1	< 0.01
Problem i kamratrel	27.5	6.0	15.8	4.6-1	< 0.001
Problem i rel till skolpers	14.5	2.4	7.9	6.0-1	< 0.01

skillnad är inte statistiskt säkerställd. Det förelåg en betydande överlappning, dvs att samma barn hade flera problem.

Vårdkonsumtion

Pga att uppgifter om spontanbesök och övriga elevvårdande kontakter inte var dokumenterade i journalen och därför nästan enbart fanns från Ro I redovisas i *tabell 3* endast resultaten från detta område.

Pojkar och flickor hade i ungefär lika stor utsträckning gjort besök hos skolläkaren utom klassundersökningar och ungefär lika stor andel gjort extra besök hos skolsköterskan. Större andel av flickorna än av pojkarna hade dock gjort många (4-

5) besök hos skolsköterskan. Flickorna brukade även i större utsträckning än pojkarna komma på spontana besök, medan pojkarna i något högre grad varit föremål för övriga elevvårdande insatser. Dessa tendenser var oberoende av typ av hälsoproblem, men en mer detaljerad analys av sambanden mellan kön, vårdkonsumtion och problemens art kunde ej utföras pga att undergrupperna blev för små för statistisk bearbetning.

Flickorna brukade i större utsträckning än pojkarna komma på spontana besök på skolhälsovårdsmottagningen.

Tabell 3. Vårdkonsumtion med hänsyn till kön hos 152 barn (Ro I)

Vårdkonsumtion utöver klassundersökningar	Pojkar Ant	(n=69) Proc	Flickor Ant	(n=83) Proc	Summa Ant	(N=152) Proc
0 läkarbesök	47	68.1	57	68.7	104	68.4
1-2 läkarbesök	21	30.4	26	31.3	47	30.9
0-1 besök hos skolsköt	33	47.8	38	45.8	71	46.7
2-3 besök hos skolsköt	34	49.3	36	43.4	70	46.1
4-5 besök hos skolsköt	1	1.4	9	10.8	10	6.6
Ej gjort spontana besök hos skolsköt	50	72.5	43	51.8	93	61.2
Gjort spontana besök hos skolsköt	18	26.1	40	48.2	58	38.2
Ej övr elevvårdande kontakter	57	82.6	74	89.2	131	86.2
Övr elevvårdande kontakter har förekommit	10	14.5	7	8.4	17	11.2

Det fåtal barn för vilka uppgift saknades beträffande konsumtion har ej medtagits i tabellen.

DISKUSSION

Vi betraktar undersökningens tillförlitlighet som hög så till vida att den verkligen speglade skolhälsovårdens uppfattning om fysiska och psykosociala problem hos pojkar och flickor.

Någon oberoende validering av data, dvs huruvida barnen i en allmän klinisk mening skulle anses ha beteendeproblem osv har inte gjorts. Barnen finns, bemöts och fungerar i sin skolmiljö och präglas av denna. Skolans uppfattning om barnen är därför viktig att undersöka oberoende av hur pass väl den stämmer överens med andra subjektiva eller objektiva mått.

Reliabiliteten i datainsamlingen får betraktas som god eftersom all datainsamling gjordes av en person, som är väl förtrogen med dels journalföring, dels skolans och skolhälsovårdens sätt att tänka och arbeta.

I bägge rektorsområdena var uppgifter om pojkars och flickors fysiska hälsa väl dokumenterade i journalen. Skillnaderna mellan könen beträffande fysisk hälsa imponerade inte i denna studie trots

viss överrepresentation av motoriska avvikelser hos pojkar och större andel synfel hos flickor.

Så gott som alla uppgifter om psykisk hälsa, skolarbete och relationer med barn och skolpersonal saknades i journalen och kunskap om dylika förhållanden kunde bara inhämtas genom intervju med en skolsköterska som är väl förtrogen med elevkåren.

I många studier redovisas som framgått att pojkar i betydligt större utsträckning än flickor uppvisar problem av psykosocial art. Skillnaderna mellan könen illustreras på ett slående sätt också i vår studie, där de framträder tydligt i ett litet material.

Begreppet "psykosociala problem" definieras och operationaliseras olika i olika studier. De svårigheter som avses handlar om motorisk oro, svårigheter att arbeta koncentrerat och i övrigt tillgodogö-

.....

Så gott som alla uppgifter om psykisk hälsa, relationsproblem och problem med skolarbete saknades i journalen.

.....

ra sig undervisningen, konflikter med kamrater, olydnad mot vuxna i skolan, asocialitet (lögner, skolk, snatterier), men även tecken på ångslan och rädsla.

Könsskillnaderna kan diskuteras och förstås utifrån följande utgångspunkter:

Biologiskt grundade förklaringar

a) Genetiska faktorer.

Genetiska mekanismer bakom könsskillnader är väl kända inom medicinen. De mest slående exemplen är monogena sjukdomar och kromosomavvikelser, tex blödersjuka, Klinefelters syndrom. I detta material kan en genetisk förklaring i första hand appliceras på könsskillnader beträffande synproblem, som till övervägande del utgörs av brytningsfel. Man kan dock inte utesluta att den större andelen noterade brytningsfel hos flickor sammanhänger med en större benägenhet att uppsöka mottagningen och bli undersökta, tex vid huvudvärk.

Lätt psykisk utvecklingsstörning liksom svagbegåvning ("hjälpklassnivå") är ungefär dubbelt så vanligt hos pojkar som hos flickor (34, 35).

Beträffande dyslexi är det klart visat att en ärftlig faktor spelar roll (10) samt att pojkar överväger (29). Dyslexi kan således vara en delförklaring till den högre prevalensen av pojkar med svårigheter i skolarbetet, med eller utan beteendemässiga pålagringar, utan att därför förklara hela skillnaden i psykosocial problematik. Genetisk disposition kan enligt olika studier också föreligga för tex alkoholmissbruk och faktorer relaterade till MBD (2, 27).

b) Ökad förekomst av CNS-skador hos pojkar.

Mekanismen skulle här främst bestå i en ökad sårbarhet i samband med tex förlossning och infektioner. En överdödlighet hos pojkar i nyföddhetsperioden är väl känd och närmast universell liksom en ökad infektionsbenägenhet. Traumatiska eller infektionsbetingade hjärnskador borde dock idag vara så lågfrekventa att deras förklaringsvärde är mycket begränsat.

c) Olikheter i mognadstakt hos pojkar och flickor.

Pojkar uppvisar i många studier senare motorik- och språkutveckling (18). Det innebär att

pojkarna som grupp har sämre social förmåga och möjligheter att motsvara skolans krav, i synnerhet under lågstadietiden. De studier som visar på en ökad sårbarhet i skolan för pojkar födda under sista kvartalet (9, 23) pekar mot att mognadsfaktorer spelar roll, liksom pojkarnas dominans ifråga om motoriska problem i sen förskole- och skolålder (8, 13, 19). Motoriska avvikelser hos barn i dessa åldrar har oftare karaktär av försenad utveckling än av patologi, men kan självfallet bidra till skolsvårigheter och psykiska pålagringar under låg- och mellanstadietiden.

d) Pojkbeteenden versus flickbeteenden.

Ett "pojaktigt" sätt att vara präglad av tex motorisk livlighet och utagerande beteende är så universellt och föga kultur- och tidsbundet att en biologisk grund för beteendet ter sig rimligt. Det är tex klart visat att pojkar tidigt har en större benägenhet att råka ut för olycksfall (12). Dessa beteenden, som i vissa avseenden är funktionella, blir i skolan med krav på koncentration, visst stillasittande och ett socialt samspel präglad av verbala utbyten och hörsamhet mot läraren problematiska.

Gemensamt för alla biologiska förklaringar är att det finns vissa faktiska skillnader mellan pojkar och flickor som framträder på ett tydligt sätt när barnen börjar skolan. Skillnaderna förekommer även hos barn i förskoleåldrarna, där flera studier påvisar större andel psykosocial problematik hos pojkar (4, 8, 13), även om könsskillnaderna i allmänhet inte är lika utpräglade som hos barn i skolåldern.

Psykologiskt grundade förklaringar

a) Specifika drag i föräldra-barnsamspel betingat av barnets kön.

Det är visat att föräldrar uppmuntrar respektive begränsar olika beteenden hos pojkar och flickor mycket tidigt i livet, i viss mån redan från födseln (28). Dessa olika förhållningssätt möter barnet i hela dess närmiljö och olikheterna förstärks ytterligare.

b) Skilda uppfattningar hos barnen om vilka beteenden och förhållningssätt som är förenliga med att vara pojke eller flicka.

Redan barn i 3-årsåldern har en klar uppfatt-

Det är visat att föräldrar uppmuntrar respektive begränsar olika beteenden hos pojkar och flickor mycket tidigt i livet.

ning om konsidentitet (5) och könsskillnaderna uppmärksammas redan tidigare, mellan 1–2 år (22). De beteendesskillnader som finns, vare sig de är av biologiskt eller socialt ursprung, kan antas vara mycket välintegrerade hos barn i 7-årsåldern. Barnen tenderar således att komma till skolan med olika beteendebereidskap hos flickor (motorisk stillsamhet, lyssna, verbala konfliktlösningar och uttrycksätt) och hos pojkar (livlighet, utagerande, många fysiska kontakter). Pojkar skulle därför vara obenägna att bete sig stillsamt och "flickaktigt" i sina transaktioner med omgivningen eftersom detta skulle komma i konflikt med deras pojkidentitet.

c) Olika stressreaktioner hos pojkar och flickor.

Det är klart visat att problem av den typ som framkommer i tabell 2 har samband med familjesociala problem (tex 23) och att det därvid är pojkarna som blir mest synliga med avseende på utagerande och asocialitet. Flickorna skulle i enlighet med detta visa sina bekymmer på ett stillsammare sätt, åtminstone fram till puberteten. Karlberg et al (18) fann även att könsskillnaderna i social och språklig utveckling var mest framträdande hos barn från låg socialgrupp.

Sociokulturella förklaringar

a) En inlärningssituation med tonvikt på verbalitet, stillasittande, papper- och pennaaktiviteter gynnar flickor och missgynnar pojkar i synnerhet under låg- och mellanstadieåren oavsett om olikheterna i beteenden mellan dem beror på biologiska eller psykologiska faktorer, och fler pojkar har större svårighet att anpassa sig till undervisningen. Detta medför såväl svårigheter i skolarbetet som psykologiska reaktioner och en känsla av att inte lyckas, vilket enligt gängse utvecklingspsykologisk teori (14) är av fundamental betydelse för barn i 7–10-årsåldern.

b) Skolans normer för socialt acceptabelt beteende är mer i samklang med flickors umgängesformer än med pojkars. Fysisk kontakt med ingredienser av slagsmål, knuffande, högljuddhet betraktas som dåligt och alltför utpräglade beteenden av den arten blir kanske med nödvändighet ett problem i en situation där en vuxen vanligtvis skall ansvara för ca 20 barn.

c) Lärarkåren, i synnerhet på låg- och mellanstadiet, är mycket kvinnodominerad, vilket kan medföra att toleransen för det pojkaktiga är låg. Douglas (7) har i en studie av engelska skolbarn i 11-årsåldern resonerat i dylika banor och tyckt sig finna att kvinnliga lärare lätt uppfattar pojkar som besvärliga och störande. Beteenden som i sig inte behöver vara "onormala" riskerar därmed att problematiseras i större utsträckning än om andelen manliga lärare i grundskolans lägre stadier var större.

Vårdkonsumtion inom skolhälsovården

Resultaten pekar mot att skolsköterskans funktion att vara ett lättillgängligt allmänt stöd fylls bättre för flickor än för pojkar, eftersom flickorna i betydligt större utsträckning spontant söker sig till skolhälsovårdsmottagningen oberoende av typ av hälsoproblem. Uppenbarligen måste en aktiv uppsökande verksamhet till om skolsköterskan i samma utsträckning ska nå pojkarna. I en studie av psykolog- och kuratorsverksamheten (31) konstaterades en övervikt för pojkarna bland aktuella ärenden. Det totala antalet ärenden hos psykolog och kurator stod dock inte i proportion till problemförekomsten hos pojkar. Man kan alltså anta att endast en del av de problembelastade pojkarna har kontakt med den särskilda elevvårdspersonalen.

Inlärning med verbal skicklighet och förmåga att sitta still som premisser gynnar flickor och missgynnar pojkar i synnerhet under lågstadieåren.

.....
Hos en liten grupp pojkar är det ovedersägligt att de psykosociala problemen i skolmiljön förberådar senare allvarliga problem i fråga om social anpassning.
.....

Pojkars och flickors hälsa i skolan – några synpunkter på realiteter och konsekvenser

Ovanstående resonemang kan synas framställa pojkarna som närmast automatiskt problembelastade och som de stora förlorarna i skolsystemet. Så är givetvis inte fallet. Det är även känt att pojkar syns mer i skolan på ett positivt sätt – de får mer personlig uppmärksamhet av läraren, yttrar sig oftare i diskussioner, är mindre blyga och rädda för att ta för sig än många flickor. Pojkarna tenderar även i större utsträckning än flickorna att i högstadie- och gymnasieåldrarna ha en klar målinriktning och ambition i sina studier och att satsa på traditionella framgångsämnen, i synnerhet teknik och ekonomi. Detta skulle då vara den för pojkarna gynnade sidan av könsolikheterna, men det är inte om dem vi talar här.

Hos en liten grupp pojkar är det ovedersägligt att de psykosociala problemen i skolmiljön förberådar senare allvarliga problem i fråga om social anpassning. Inte minst av detta skäl är det av stor vikt att fördjupa diskussionen om hur skolan skall förhålla sig till och i grunden se på pojkars och flickors sätt att vara.

Vilka förklaringsgrunder till könsskillnaderna ska tillmätas störst vikt?

Vad kan man göra i skolan?

Bland de biologiskt grundade förklaringarna spelar uppenbarligen monogena faktorer och kromosomavvikelser på sin höjd en marginell roll. I vilken mån polygena faktorer har en signifikant inverkan är svårare att uttala sig om. Det troliga är väl att föräldrar även i sammanhang som detta får barn som tenderar att likna dem själva. En allmänt sett senare mognad är däremot sannolikt en faktor att räkna med, i synnerhet beträffande svårigheter som kan sammanhånga med motorik, koncentrationsförmåga och läs- och skrivsvårigheter. Härvid blir so-

ciala störningar ofta ett sekundärt och komplicerande problem.

Mer renodlad beteende- och social problematik kan kanske till stor del vara en följd av att i och för sig normala pojkbeteenden, vare sig dessa är biologiskt eller psykologiskt grundade, problematiseras i den existerande skolmiljön. Den faktiska biologiska och psykologiska skillnaden mellan pojkar och flickor skärps dessutom av pojkarnas större benägenhet att reagera utagerande vid stress, tex familje- problem. Från praktisk synpunkt borde följande strategier övervägas:

De biologiska faktorerna är visserligen givna, men mycket talar för att vinster kan göras genom

- en bättre tidig diagnostik under förskoleåren av motoriskt/perceptuella problem
- närmare utredning av för- och nackdelar med en skolstart som tar större hänsyn till mognadsfaktorer, tex halvårsvis flexibel intagning
- acceptans av skillnader i pojkars och flickors sätt att vara och utifrån detta utvecklande av individualiserad pedagogik som är bättre anpassad till de könsspecifika beteendemönstren.

Självfallet står dessa strävanden på intet sätt i motsatsställning till varandra och inte heller till ett individorienterat synsätt innefattande strategier för att ge hjälp till enstaka barn och familjer.

Skolhälsovården är den verksamhet inom skolorganisationen som har till uppgift att övervaka och förbättra alla elevers psykiska och fysiska hälsa. Dokumentation av den psykiska hälsan och sociala anpassningen är som vi sett mycket bristfällig. Vidare är det inte pojkarna som mest utnyttjar skolhälsovårdsmottagningen för spontana besök och allmänt stöd. Uppenbart behövs en annan metodik om man vill nå dessa. Det är dock inte givet att den kompetens som behövs finns eller bör utvecklas inom skolhälsovårdens ram. Snarare ser man framför sig ett aktivt arbete som berör all elevvårdspersonal (lärare, psykolog, kurator, skolhälsovårdspersonal) för att finna metoder att angripa den uppenbart komplexa problematiken.

Inom projektet har den psykosociala problematiken hos skolbarn belysts i flera studier. Vissa utvecklingsprojekt har direkt anknytning till dessa och närbesläktade frågor. I detta nummer redovisas

på annat håll en försöksverksamhet med utvidgad hälsokontroll året före skolstart. En analys av stöd-åtgärder i årskurs I har vidare anknytning till denna artikels tema. De olika journalstudierna har även starkt bidragit till att ge frågorna om beteende- och skolproblem, av vilka de flesta finns hos pojkar, en särskilt tyngd.

REFERENSER

En fullständig referenslista kan erhållas från författarna.

2. *Bohman M*: Some Genetic Aspects of Alcoholism and Criminality. Arch of Gen Psychiatry 1978, 35:269–276.
5. *Chess S, Mahlin H*: Principles and Practice of Child Psychiatry. Plenum Press, NY 1986.
7. *Douglas JWB*: The Home and the School. A study of Ability and Attainment in the Primary School. Mac Gibbon & Kee, London 1964.
8. *Enger E*: Psykisk och fysisk hälsa hos 6-åringar. En uppföljning av barn i Tierps kommun som tidigare genomgått den allmänna 4-årskontrollen. Uppsala universitet, Beteendevetenskapliga institutionsgruppen, Uppsala 1978.
9. *Ericsson B*: Lässvårigheter och emotionell störning. Uppsala Studies in Education. Uppsala 1980
10. *von Euler C*: Den neurobiologiska bakgrunden till specifika läs- och skrivsvårigheter. I: Läsproblem. Fem uppsatser om barns lässvårigheter. Institutionen för nordiska språk, Stockholms universitet, Stockholm 1987.
12. *Gustafsson L*: Barnolycksfall i Uppsala I. En beskrivande epidemiologisk undersökning av barnolycksfall i Uppsala under en 1-årsperiod. Soc med tidskrifts skriftserie nr 40. Stockholm 1975.
15. *Ibsen KK, Nielsen A*: Sundhetstillstanden hos 19000 skolebørn. Ugeskr Laeg 1980, 142:2656–2660.
16. *Irgens LM, Hellesøy OH*: The School Health Services and Psycho-Social Health Problems. Scand J of Social Medicine Suppl 24, 1980.
17. *Jorming B*: Hälsotillståndet hos elever i grundskolan. Epidemiologisk studie på eleverna i årskurserna 1, 4, 8 i Eskilstuna kommun, Karolinska institutet, Institutionen för pediatrik, Huddinge 1983.
18. *Karlberg P, Klackenbergh G, Engström I, Klackenbergh-Larsson I, Lichtenstein H, Stensson J, Svennberg I*: The Development of Children in a Swedish Urban Community. A Prospective Longitudinal Study. I–VI. Acta Paediatrica Scand Suppl 187, 1968.
19. *Kornfält R*: Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Studentlitteratur, Lund 1981.
22. *Mangs K, Martell B*: 0–20 år enligt psykoanalytisk teori. Studentlitteratur, Lund 1975.

23. *Mellbin T, Sundelin C, Vuille J-C*: Från 4 år till 10. Hälsa och anpassning mellan lekålder och förpubertet. So cialstyrelsen redovi sar 1982:10. Stockholm 1982.
24. *Metz JR, Allen CM, Barr G, Shinefield H*: Pediatric Screening Examination for Psychosocial Problems, Pediatrics 1976, 58:595–606.
25. *Nader PR, Ray L, Brink SG*: The New Morbidity: Use of School and Community Health Care Resources for Behavioural, Educational and Social Family Problems. Pediatrics 1981, 67:53–60.
27. *Rasmussen P*: Neuropediatric Aspects of Seven-Year-Old Children with Perceptual, Motor and Attentional Deficits. Dept of Pediatrics II and Clinical Neurophysiology. Univ of Göteborg, Göteborg 1982.
28. *Rubin JS, Provenzano FJ, Luria Z*: The eye of the beholder: Parent's views on sex of newborns. Am J of Orthopsychia try, 1974, 5:353.
29. *Rutter M, Tizard J, Whitmore K*: Education, Health and Behaviour. Longman Group Limited London 1970.
30. *Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule M*: Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas. I. The Prevalence of Psychiatric Disorder. British J of Psychiatry, 1975, 126:493–509.

Böcker med budskap

till alla som verkar
bland barn och ungdomar



Lars H. Gustafsson - Agneta Lindkvist - Birgitta Böhm
BARN I KRIG

"I vårt skyddade land får nu människor i många olika yrkeskategorier kontakt med flyktingbarn. Jag önskar att de alla tar del av denna bok! Inte bara de som arbetar inom barnpsykiatri och pediatrik utan också lärare och barnomsorgspersonal..."
(Magnus Kihlborn i Läkartidningen)

Best nr 6-1479 290 s,
rikt illustrerad Ca 228:-



Solveig Cronström-Beskow
MÖT MEJ!

Förf, som är leg. psykolog och psykoterapeut, vill hjälpa oss vuxna att ta emot unga människors förtroenden när de har det svårt. Och därigenom förebygga självmordsförsök och andra tragedier.

Best nr 6-1478 93 s Ca 112:-

Verbum Gothia

Box 15269, 104 65 STOCKHOLM
08-749 65 00