

# Så kan skolhälsovården göra nytta i framtiden

**Skolhälsovårdens framtid utreds nu. Den internationella utvecklingen visar på två möjligheter. Den ena är en fortsatt avveckling, främst av skolläkaren. En alternativ utveckling finns i Danmark. Skolläkarna där är numera kommunala börn- og ungelæge med ansvar för hälsofrämjande insatser i kommunen, särskilt genom arbete med skolmiljön, och för habilitering av barn i skolåldern. Hälsokontroller och enklare sjukvård är däremot uppgifter som fått allt mindre plats. En sådan utveckling förutsätter fortbildning av läkarna i folkhälsovetenskap och habilitering.**

Skolåren är den friskaste perioden i livet. Ändå är det motiverat med en särskild hälsovård under dessa år. Ett skäl är att hälsorisker som utvecklas under uppväxten kan ha effekt under stora delar av det återstående livet. Särskilt tydligt gäller detta för vanor som har betydelse för hälsan, exempelvis tobaksbruk. Barn och ungdomar är också mer sårbara än vuxna eftersom de är beroende av andra människors omsorg. Skolhälsovård för eleverna i ungdomsskolan är således väl motiverad.

Skolhälsovårdens framtid utreds för närvarande. Liknande utredningar – och efterföljande förändringar – har under de senaste decennierna genomförts i flera andra västländer. Det går att särskilja två utvecklingslinjer. Den ena är avveckling av stora delar av verksamheten, särskilt av hälsokontrollerna och av skolläkarna. Utvecklingen i USA under 1960-talet och i Tyskland under 1990-talet representerar denna linje. Det som

blivit kvar är en liten skolsköterskerskurs och en läkarinsats som endast räcker till planering på regional nivå.

## Den andra linjen

Utvecklingen i Danmark representerar den andra linjen. För ca 10 år sedan planerade den danska staten att lägga ned skolläkarinsatsen. Detta engagerade professionen, som drog upp riktlinjer för en ny skolläkarroll med kommunala »börn- og ungelæge» [1]. Inriktningen av läkarverksamheten försköts mot arbete med skolan som miljö, hälsofrämjande insatser och habilitering. Hälsokontroller och klinisk verksamhet, utöver habilitering, har blivit en allt mindre del av innehållet.

Läkarna fick gehör för den nya inriktningen, vilket resulterade i ny lagstiftning. Sedan ett par år pågår därför en omvandling av den gamla skolläkarverksamheten till det nya arbetet med börn- og ungelæge [2]. Den nya inriktningen har attraherat kompetenta läkare som tidigare inte varit intresserade av skolhälsovård.

En omvandling av skolläkararbetet pågår också i England. Hälsofrämjande insatser och habilitering har lyfts fram medan hälsokontroller tonats ned [3].

Min uppfattning är att svensk skolhälsovård står inför ett val mellan dessa två linjer. Enligt det ena alternativet avvecklas i praktiken skolläkaren. Det kan ske gradvis, som skett genom lokala beslut i kommunerna under de senaste 10 åren, eller genom nya centrala riktlinjer. Det andra alternativet är en utveckling mot en delvis ny skolläkarroll som anknyter till det som sker bl a i Danmark och England. I det följande vill jag peka på några av de möjligheter som en sådan utveckling erbjuder.

## Främst psykiska problem

Under skolåren är psykiska problem det främsta folkhälsoproblemet [4]. Trenden är inte gynnsam – aktuella undersökningar tyder på försämring under 1990-talet. En uppgift för hälsovård inriktad på elever bör därför vara att söka minska dessa problem.

Stabiliteten för en stor del av ungdomsårens psykiska ohälsa är relativt låg. En väsentlig del av de ungdomar

*”Helt uppenbart går en stor del av alla elever i skolor där de hälsofrämjande faktorerna är dåligt utvecklade. Det finns således en potential för att bryta trenden av oförändrad eller försämrad psykisk hälsa.”*

som vid ett tillfälle har problem kommer några år senare att vara normaliserade, medan de som var utan problem vid det första tillfället då är belastade.

Detta medför att insatser, som enbart riktas till en liten riskgrupp, blir ineffektiva [5]. Arbetet måste därför riktas mot ganska stora grupper av elever. Behandling av enskilda elever är inte en realistisk metod om man vill förbättra det psykiska hälsoläget. I stället blir insatser inriktade på miljön centrala.

## Påverkbara faktorer

Evidensbaserat förebyggande arbete måste grundas på kunskap om påverkbara faktorer. En viktig grupp sådana gäller utformningen av det pedagogiska arbetet i skolan [6]. Om skolan är välstrukturerad, om lärarna visar på tydliga uppnåbara mål för eleven, om eleverna får feedback på sina prestationer och om lärare och skolläddning är samstämmiga – då blir inte oväntat elevernas skolprestationer bättre.

Det värdefulla från ett hälsoperspektiv är de tydliga positiva effekter på elevernas psykiska hälsa och sociala anpassning som under sådana omständigheter påvisats, både under skoltiden och under åren därefter. Både i Storbritannien [7], i USA (under beteckningen »effective schools») och i Sverige har man kunna visa på sådana effekter [8].

I metastudier framträder också andra skolegenskaper som främjar psykisk hälsa bland eleverna, exempelvis klasser med mindre än 20 elever, nivågruppering i åldersblandade klasser och föräldrainflytande [6]. Studier av utemiljö kring förskolor tyder vidare på att en stimulerande sådan främjar barnens utveckling och gör dem mer koncentrerade

## Författare

SVEN BREMBERG

docent, chef för Centrum för Barn- och Ungdomshälsa, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; barnhälsovårdsöverläkare vid Hudinge sjukhus.

de [9]. Helt uppenbart går en stor del av alla elever i skolor där de hälsofrämjande faktorerna är dåligt utvecklade. Det finns således en potential för att bryta trenden av oförändrad eller försämrad psykisk hälsa.

### Företagshälsovård en förebild

Skolhälsovården kan inte ensam förändra skolan i hälsofrämjande riktning. Men skolhälsovården kan ge viktiga bidrag till en utvecklingsprocess i denna riktning. Företagshälsovårdens arbetsätt kan tjäna som exempel. På många arbetsplatser för vuxna är den psykosociala miljön den dominerade hälsorisken.

Enheter inom företagshälsovården har långvariga erfarenheter av att medverka i processer som syftar till att förbättra miljön. Man börjar med att kartlägga de anställdas hälsoläge och upplevelsen av arbetsplatsen, t ex med hjälp av enkäter, medverkar sedan i diskussioner kring resultatet med arbetsledning och arbetstagare, föreslår förändringar och genomför slutligen utvärderingar.

Motsvarande insatser inriktade på eleverna finns endast i liten omfattning på landets största arbetsplats, ungdomsskolan. Det beror inte på att elever inte kan lämna tillförlitliga uppgifter. Anpassas enkäterna till åldersgruppen går det att få reproducerbara svar även i lågstadiet. En troligare orsak är att parterna på arbetsplatsen skolan har andra relationer än som gäller för en arbetsplats för vuxna – eleverna har en svagare ställning. Detta kan bli kompenseras av insatser från skolhälsovården där man tydliggör elevernas perspektiv.

### Sammanställningar saknas

Skolhälsovården kan göra elevernas upplevelser synliga genom att samla in uppgifter om deras hälsa och deras upplevelse av skolan som arbetsplats. Detta genomförs redan, med hjälp av enkäter och genom samtal med bl a skolsköterskorna. Det är dock sällan som uppgifterna ställs samman och används i processer för att förbättra barnens arbetsmiljö.

Detta är dock fullt möjligt. Troligen krävs då att enkätfrågor och intervjuer genomförs med metoder som är validerade. Ett sådant enkätinstrument för skattning av psykisk hälsa har redan börjat användas i Stockholms län i årskurs 9 – i detta fall dock utan skolhälsovårdens direkta medverkan [10]. Instrument kring upplevelse av skolan som arbetsmiljö har också utarbetats.

Med hjälp av elevernas uppgifter, kompletterat med uppgifter från lärar-

na, är det sedan möjligt att analysera situationen, genomföra förändringar, göra nya mätningar för att bedöma effekt osv. På så sätt kan processer mot en mer hälsofrämjande miljö i skolan påskyndas. Här kan skolhälsovården, liksom övrig elevvård, ge viktiga bidrag.

I skolan finns också fysiska miljörisiker. Ett av de viktigaste problemen är olycksfallsskador. Även här kan skolhälsovården hämta förebilder från de rutiner som finns inom arbetslivet för vuxna. Skolhälsovården samlar ofta in uppgifter om barn som skadas i skolan. Uppgifterna sammanställs också, men det är relativt sällan skador bland eleverna behandlas i lokala skyddskommittéer på liknande sätt som nu gäller för vuxna. Sådan försök har dock genomförts [11]. Det kan skolhälsovården medverka till, särskilt om lagstiftningen blir tydligare.

### Hälsovanor grundläggs i skolan

Flera av de viktigaste riskfaktorerna för ohälsa i vuxen ålder utvecklas under skolåren – bruk av tobak, alkohol och droger, fysisk inaktivitet och osäkert sex. De viktigaste bestämningsfaktorerna är knutna till människors livsmiljöer i stort. Omfattningen av tobaksbruk bland ungdomar påverkas i hög grad av attityder bland vuxna i omgivningen. De vuxnas attityder är i sin tur formade av deras levnadsvillkor.

Vanorna bestäms dock inte helt av faktorer knutna till levnadsvillkor. Skolan har därför möjligheter att stödja utveckling av hälsofrämjande vanor. Den främsta inverkan har sannolikt skolans psykosociala miljö i stort. I en skola som har en stor andel elever som vantrivs är det vanligare att eleverna röker, dricker mycket, missbrukar droger etc [10]. Longitudinella studier har visat att vantrivsel i skolan föregår de oönskade beteendena [12]. Därför kan man förvänta att insatser inriktade på skolmiljön i stort också har effekt på dessa beteenden.

Utländska kontrollerade studier visar att teoretiskt baserade pedagogiska program, tillsammans med insatser inriktade på skolmiljön, har tydliga effekter på beteenden av betydelse för hälsan [13]. Detta gäller inte minst för tobaksbruk [14]. Problemet är att de effektiva metoderna används mycket litet i den svenska skolan. Detta är nedslående eftersom ungdomars hälsovanor inte väsentligt förändrats i positiv riktning under 1990-talet.

Det finns många effektiva pedagogiska program som är inriktade på att utveckla breda färdigheter såsom social

förmåga, färdighet att göra val och färdighet i att möta olika psykologiska påfrestningar [15]. Ett exempel på ett svenskt program med denna inriktning är »Du bestämmer». Många av programmen kan gå in under beteckningen »life skills training».

De används i viss utsträckning även i Sverige, men metoder som i utländska studier visats vara ineffektiva förefaller dock dominera. Det verkar som om lärare mer fäster sig vid om en metod är trevlig att arbeta med än om den verkligen ger avsedd effekt. Skillnaden mellan skolans och hälso- och sjukvårdens syn på krav, effekter och utvärderingar är påfallande.

Det är möjligt att skolans begränsade användning av effektiva hälsopedagogiska metoder hänger samman med att vetenskapssynen inom medicin och folkhälsovetenskap skiljer sig från den som råder inom pedagogiken. Inom medicinen är det kontrollerade experimentet avgörande för om en insats skall bedömas vara värdefull eller ej. Den traditionen är inte särskilt framträdande inom pedagogiken.

Det innebär att en verksamhet som skolhälsovård, som utgår från en naturvetenskaplig kunskapsyn, har något väsentligt att tillföra skolan. I första hand handlar det inte om att skolläkare och skolsköterskor själva skall sköta hälsoundervisning utan snarare att skolhälsovården till pedagogerna skall kunna förmedla synpunkter från den omfattade internationella forskning som finns inom det hälsopedagogiska området.

### Skolläkaren – skolans medicinska konsult

Sedan länge är de flesta elever med funktionsnedsättningar, t ex elever med cerebral pares, integrerade i det allmänna skolväsendet. Detta ställer krav på anpassning av skolan till dessa elevers behov. Till en del kan anställda vid habiliteringsenheterna ge skolan det stöd som behövs. Inte sällan är det dock en fördel att både känna till de medicinska problemen och den lokala skolan. Det är här skolläkarens och skolsköterskans kompetens kommer in.

Alla barn med långvariga funktionsnedsättningar har dessutom inte tillgång till habiliteringsenheter. Detta gäller exempelvis för barn med astma. Där har skolan ofta nytta av skolläkarens kompetens för att bidra till att skolan på bästa sätt anpassas till barnets behov.

Ett stort antal barn har ADHD/DAMP eller dyslexi. Problem utvecklas i ett samspel mellan biologiska, psyko-

**ANNONS**

logiska och sociala faktorer. Det krävs därför kunskaper inom alla dessa områden, liksom inom det pedagogiska fältet, för att anpassa skolan till barnens behov. Därför genomförs också utredningar allt oftare av team där olika yrkeskompetenser ingår. Uppenbart finns här behov av medicinsk kompetens. Skolläkaren bör kunna vara den person som bäst kan tillgodose detta behov.

Också inom andra områden behöver enskilda lärare och skolledning ha tillgång till medicinsk kompetens för att bedöma åtgärder kring enskilda elever. Inte minst gäller det då elever har en sammansatt medicinsk och social problematik. Här har skolläkaren unika möjligheter eftersom hon/han har kännedom om skolan och kan bygga upp kontakter med skolledning och lärare.

## Skolläkaren – kommunens expert

En stor del av allt folkhälsoarbete är inriktat på barn och ungdom i skolåldern. Insatserna engagerar vanligen kommunala förvaltningar, eftersom kommunen är den aktör som samlat gör de största insatserna för åldersgruppen [16]. Kommunerna saknar dock ofta särskilda personer med folkhälsovetenskaplig utbildning inriktad på barn och ungdom. Därför engageras inte sällan skolläkaren för utformningen och genomförande av lokala strategier.

De läkare som utvecklat sin kompetens inom det folkhälsovetenskapliga området har mycket att bidra med. Detta är tydligt i flera svenska kommuner och än tydligare i länder på kontinenten, exempelvis Holland. Där har kommunen ett tydligare ansvar för folkhälsofrågor än vad som gäller i Sverige. I förvaltningarna för folkhälsoarbete ingår bl a skolhälsovård. I utvecklingen i Danmark mot barn- och ungdomssträvar man efter att stärka den folkhälsovetenskapliga kompetensen.

## Lättillgänglig vård

En viktig del av skolsköterskans arbete är de öppna mottagningarna. Här kan medicinska behov tillgodoses på ett smidigt och billigt sätt. Det är också ett led i barns utveckling att själva få ta ansvar för sin hälsa och ta hjälp av sjukvårdssystemet när de upplever att det behövs.

Inte sällan har också skolläkaren en öppen mottagning. I den mån problemen är skolrelaterade kan det vara ändamålsenligt, eftersom läkaren har kännedom om barnets arbetsplats, skolan. För övriga problem är insatsen mer tveksam.

Skolläkaren har inte möjlighet att tillgodose elevpopulationens hela behov av primärvård. Då kan det vara effektivare att skolläkaren använder tid till att handleda skolsköterskan, som har den stora delen av alla elevkontakter.Handledningen utgår lämpligen från de elever som skolsköterskan tar emot och som hon är tveksam till hur hon skall handlägga [17].

## Hälsokontroller av föga nytta

Hälsokontroller har traditionellt krävt en väsentlig del av skolläkarens tid. Under de senaste 50 åren har man dock blivit allt mer tveksam om dessa kontroller har någon väsentlig effekt på elevernas hälsa. En förutsättning för att undersökningarna skall vara värdefulla för eleven är att man kan påvisa tillstånd som eleven inte själv kan upptäcka, som går att behandla och där behandling i tidigt skede ger bättre prognos än då behandling sätts in då tillståndet blir så tydligt att barnet eller föräldrarna själva upptäcker det.

I en omfattande amerikansk medicinsk genomgång om alla vanligt förekommande förebyggande insatser inom klinisk verksamhet fann man bara tre insatser, riktade till skolbarn, som uppfyllde krav på evidens: vikt- och längdkontroller för att påvisa övervikt, undersökningar beträffande klamydia hos sexuellt aktiva tonåringar och screening för hög alkoholkonsumtion bland tonåringar och efterföljande rådgivning. Man inkluderade här insatser där effekt påvisats i kontrollerade studier, med eller utan randomisering samt fallkontrollstudier [18].

I en brittisk översikt, som var avgränsad till barn- och skolhälsovård, uppfattade författarna att endast längdmätning vid 7 år samt syn- och hörselkontroll vid skolstart (dvs vid 4–5 år) var motiverade [3]. I en svensk översikt av den internationella litteraturen fann Bremberg att undersökningar för att påvisa klamydiainfektioner, huvudvärk, hälsoskadliga levnadsvanor (bruk av alkohol, tobak och kostvanor) samt skolios åtminstone delvis uppfyllde WHOs krav på screeningundersökningar [19].

Alla de undersökningsmoment som uppfyllde kraven på evidens som identifieras i dessa översikter kan utföras av skolsköterskan. Det är därför möjligt att utveckla skolläkarens rutinemässiga medverkan vid hälsokontroller och i stället koncentrera läkarinsatsen till de ungdomar där skolsköterskan påvisar någon avvikelser. Om skolläkarresursen

behålls frigör detta tid för läkaren att medverka i övriga nämnda insatser.

## Omställningen kräver utbildning

Om skolläkarens insatser skall kunna förskjutas mot arbete med skolmiljö, hälsofrämjande insatser och habilitering, på bekostnad av hälsokontroller och enklare sjukvård, krävs tydligare krav på kompetens och fortbildning. Detta är i sig inget anmärkningsvärt, eftersom en stor del av all medicinsk verksamhet har blivit allt mer specialiserad.

Särskilda krav på specialistkompetens för skolläkaren har visserligen införts, dock först för mindre än 10 år sedan. Fortfarande är de faktiska kraven mindre än inom de flesta andra områden. Detta gör att omställningen kräver relativt mycket fortbildning, framför allt inom folkhälsovetenskap och habilitering. En sådan investering är väl motiverad.

Den är motiverad för barnen, eftersom skolläkaren kan ge ett än bättre bidrag till deras hälsa. Den är också motiverad för professionen, eftersom det länge har rått en osäkerhet om skolläkarens framtid vilket har påverkat rekryteringen. Med en fortbildning och profilering mot barnens och kommunernas behov kan yrkets framtid säkras.

Läkartidningen inledde i 37/99 en miniserie debattartiklar om Skolhälsovårdens framtida inriktning och tar gärna emot fler inlägg från läsekreten kring denna fråga.  
*Red*

## Referenser

- Mathiesen N. Kommune-læge – børn/unge læge – et samfundsmedicinsk arbejdsfelt. *Sunt & Socialt* (København) 1994(4): 6-8.
- Dansk Selskab for børnesundhed: <http://www.dsfb.suite.dk/index.html>
- Hall D, ed. Health for all children. A programme for child health surveillance (3rd ed). Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Peterson S, Backlund I, Diderichsen F. Sjukdomsburden i Sverige – en svensk DALY-kalkyl. Stockholm: Karolinska Institutet, Folkhälsoinstitutet, Epidemiologiskt Centrum, Stockholms Läns Landsting, 1999.
- Bremberg S. Bättre hälsa för barn och ungdom. En strategi för de sämst ställda. Stockholm: Folkhälsoinstitutet-Gothia, 1999.
- Lindberg L, Arborelius E, Bremberg S. Psykisk hälsa i skolåldern. I: Bremberg S, red. Barnrapporten. Kunskapsbaserat folkhälsoarbete för barn och ungdom i Stockholms län. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 1998: 151-66.
- Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ous-

# ”Framtidens läkare” måste nå ut till framtidens läkare

**För att nå ut med budskapet i projektet »Framtidens läkare» måste Läkarförbundet i högre grad rikta sig direkt till just dem som är framtidens läkare – medicinstudenterna. Det behövs t ex något slags återkommande arrangemang på utbildningarna.**

Bernhard Grewin skriver i Läkartidningen 19/99 om »Framtidens läkare», och inledningsvis vill jag uttrycka mitt medhåll för de flesta synpunkter i Grewins ledare. Insikten om att läkaryrkets status i mycket är beroende av hur pro-

fessionens utövare själva förhåller sig till detsamma är med största sannolikhet korrekt och dessutom mycket viktig.

Något som för en intresseorganisation som Läkarförbundet är självklart – dvs att yrket med sin höga kompetens och sitt stora ansvarstagande borde ha en skäligen ersättning för detta samt även en stor möjlighet att använda sin kompetens för att påverka formerna under vilka man arbetar – är dock kanske inte en självklarhet för alla i kåren.

Det är inte ovanligt att möta läkare som uttrycker närmast en antistolthet över sitt yrke och sina kunskaper, och som närmast avråder ungdomar från att bli läkare. Än vanligare är denna för-synthet om man vänder sig till studerande på läkarutbildningen.

## Fult att tjäna pengar?

Där kan man till och med höra uttalanden som tydligt markerar att en god ersättning inte ens är önskvärd för att »man då lockar personer till utbildningen som söker sig dit för att tjäna pengar». Intressant skulle vara att analysera varför det inom denna profession, till skillnad från de flesta andra, tycks finnas en rädsla för att uttrycka stolthet över det egna yrket.

I frånvaro av dylika studier kan man endast spekulera. En orsak skulle kunna vara den klassiska önskan att se »det gamla» och »föräldrade» som något enkom negativt, i sin tur åsikter som snarast grundar sig i någon typ av »ungdomsrevolt».

## Tes och antites

Det gamla i det här sammanhanget skulle vara den tid då samhället präglades av titulatur och mestadels ensidig respekt, uteslutande riktad uppåt i hierarkin – den tid då de mest fruktade personerna på landet var provinsialläkaren, prosten och skolläraren. Det nya skulle vara de strömningar som under detta sekels mitt urskillningslöst gjorde uppror mot alla typer av hierarkier och i stället hyllade frihet och mer ostrukturerad organisation.

För att inte hänfälla till förkastande av föräldragenerationens mentalitet bör

*”Problemet tycks vara grundat i den höga status som yrket fortfarande har, och som invaggar utövare och blivande utövare i en bedräglig trygghet. Insikt skulle behövas om att ingen annan än läkarna själva kommer att försvara deras status, precis som situationen är för de flesta andra yrkesgrupper.”*

## Författare

PATRICK E VIGREN  
medicine studerande, Karolinska institutet.

poängteras att detta inte är ett inlägg för införande av »gamla» hierarkier eller återinförande av läkarens suveränitet. Det är snarast så att man bör ta vara på erfarenheterna från de båda formerna och utifrån dessa erfarenheter sedan forma en ny läkarroll. Tes möter antites och bildar syntes, för att begagna hegeliansk nomenklatur.

## Stolthet och romantik

Stolthet över det egna yrket och de kunskaper man besitter är inget som bör reserveras för andra yrken än läkaryrket – inte heller romantik kring det egna yrket. Det sistnämnda kan grunda sig i en medicinhistorisk och filosofisk bildning samt i en inspiration från läkarförebilder enligt Carl-Magnus Stoltz idéer.

Det förstnämnda kräver naturligtvis främst en utbildning där hög kvalitet värdesätts, och där de utexaminerade läkarna håller en inte bara jämn utan även hög klass. Det förutsätter också att information om varför samhället behöver en stark läkarkår tidigt når ut till medlemmar och blivande läkare.

Problemet tycks vara grundat i den höga status som yrket fortfarande har, och som invaggar utövare och blivande

- ton J. Fifteen thousand hours. London: Open Books, 1979.
- Grosin L. School effectiveness research as a point of departure for school evaluation. *Scandinavian Journal of Educational Research* 1993; 37(4): 317-30.
  - Nationella Folkhälsokommittén. Miljöfaktorer. Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer. Stockholm: Nationella Folkhälsokommittén, 1999.
  - Lindberg L, Larsson N, Bremberg S. Ungdomars psykiska hälsa. Utvärdering av ett mätinstrument. Huddinge: Centrum för Barn- & Ungdomshälsa, 1999.
  - Sandkull A. Lyssna på barnen – försök med elevskyddsgrupper. Malmö: Institutionen för pedagogik och specialmetodik, Lärarhögskolan, Malmö, 1988.
  - Roe K. Massmedia and adolescent schooling: conflict or co-existence? Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1983.
  - Bremberg S. Hälsouppläsning i skolan ineffektiv – framgångsrika program finns, men används ej. *Läkartidningen* 1988; 85: 1221-2.
  - Galanti MR. Över 20 000 ungdomar börjar röka varje år – Skolbaserad prevention en framkomlig väg? *Läkartidningen* 1998; 95: 1298-300.
  - Durlak JA. Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum Publ Corp, 1997.
  - Dalman C, Bremberg S. Insatser för barn och ungdom i Stockholms län. Huddinge: Centrum för Barn- & Ungdomshälsa, 1999.
  - Bremberg S, Arborelius E. Elevhälsans teori och praktik. Lund: Studentlitteratur, 1990.
  - US Preventative Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services: Second Edition. Baltimore, Md: Williams & Williams, 1996.
  - Bremberg S. Hälsokontroller inom skolhälsovården – en litteraturoversikt. Huddinge: Centrum för Barn- & Ungdomshälsa, 1997.