

Skolhälsovårdens utveckling i Sverige

Lars Cernerud

Lars Cernerud, specialist i pediatrik och i skolhälsovård, docent. Tidigare skolöverläkare vid Skolöverstyrelsen, i Stockholm och i Västerås. Tidigare rektor vid Hälsohögskolan i Jönköping och vid Nordiska hälsovårdshögskolan
E-post: lars.cernerud@telia.com. ORCID: 0000-0001-6413-9958

Skolläkare var verksamma i katedralskolor och gymnasier i Sverige sedan 1830 talet och obligatoriskt genom lagstiftning från 1892. Motsvarande för folkskolorna skedde 1958. Den stora ojämlikheten bland folkskolans barn bestod till 1960 talet. En omfattande diskussion pågår om skolhälsovården ska ha en regional huvudman som resten av hälsovården i Sverige, eller om den ska förbli knuten till de 290 kommunerna plus friskolorna. I framtiden bör skolhälsovården med dess medicinska expertfunktion delta fullt ut i skolans hälsofrämjande och förebyggande arbete.

School doctors were in action at cathedral schools and gymnasiums in Sweden from the 1830s and was mandatory by law from 1892. The same legislation for Public Schools and was put in force 1958. There were big gender, socio economic, geographic inequalities till the 1960s. There was a great dispute about how, what, when school health services should be performed, should it be a part of the general health care system or should it remain at a local level 290 authorities plus private schools. The last words are not said yet. Anyhow, school health services should take more part in health promotive actions at schools in the future.

1. En studie i ojämlikhet (1830 – 1920)

1.1 Gossarna vid katedralskolor prioriterades

Vid stiftsstädernas katedralskolor anlätades på 1830-talet läkare för hälsoråd-givning till lärjungarna (uteslutande gossar) till exempel om sovtider, missbruk av kaffe, tobak och riskerna med onani (1). Efter hand utökades läkarnas arbetsuppgifter till att tidigt upptäcka sjukdom. Genom en statlig utredning under ledning av Rektorn vid Karolinska institutet, professor Axel Key (2) kom *alla* läroverk i Sverige att stå under medicinsk tillsyn av skolläkare från 1892. Professor Key anförde följande:

- Ett nytt skede måste komma, då pedagogen och skolläkaren räcka varandra handen för att i gemensamt arbete med varandra och med hemmen sätta som hösta målet med sin verksamhet att ungdomen må under deras vård växa stark okraftig med harmonisk utveckling av kropp och själ.

Men folkskolans barn då? Samtliga flickor och de socioekonomiskt sämre privilegierade pojkarna? Motsvarande *statliga* engagemang för folkskolornas skolhälsovård skedde i lagstiftning så sent som 1958.

1.2 Frivilliga insatser för folkskolans barn

Det fanns några inflytelserika personer som värnade om hälsa hos de sämre privilegierade skolbarnen redan under 1850-talet, framför allt Uppsalafysikern, Nordpolsforskaren, Gymnasiektorn, Riksdagsmannen, Per Adam Siljeström (1815 – 1892). Han verkade envist, systematiskt och inflytelserikt för att förbättra folkskolebarnens hälsosituation i skolan (3).

Siljeström kämpade dessutom för folkskolans ideologiska oberoende från kyrkan och moderniserade den pedagogiska diskursen i folkskolan.

”All slags aga måste fördömas. Dess bibehållande i skolorna är endast en gärd åt den forntidsråhet som ännu vidlåder vår bildning.”

”Medan förment kloka uppfostrare hålla jagt efter djeflar hos barnet, händer det allt för ofta att englarna flyga sin kos.”

Några barnläkare i Göteborg kom genom frivilliga initiativ 1896 att verka som ”besiktningsläkare” vid ett par folkskolor med särskild stora medicinska stödbehov. I Stockholm skedde motsvarande frivilliginsats två år senare (4).

1906 fanns 15 skolläkare engagerade på deltid vid Stockholms folkskolor, bland andra doktor Karolina Widerström, Sveriges första kvinnliga läkare. Hon initie-

rade sexualundervisning för flickorna, något som retade upp en hel del av de manliga läkarna (4). När doktor Widerström hade avgått 1918 avbröts verksamheten genast och återkom först 30 år senare och då på initiativ av några skolsköterskor.

Strax före första världskrigets utbrott hade skolläkarfunktionen konsoliderats i Stockholm och man började diskutera att byta fokus från populationstänkandet till en mer riktad högriskinsats. ”Borde man inte undersöka de sjukdomshotade barnen mer noga, allt för mycket tid ägna åt de fullkomligt friska barnen”, frågade sig skolläkaren Conrad Sundell (4).

1.3 Tillväxt indikator för ojämlik hälsoutveckling

Några av skolläkarna i Stockholm intresserade sig för forsknings och utvecklingsarbete, t ex om hur åren under första världskriget påverkade folkskolebarnens hälsa. Sådan påverkan var tydlig vad gäller längdtillväxt (5).

I Europa finns goda traditioner att indikera ojämlikhet i hälsa bland skolbarn med längdtillväxt (6). Lars Cernerud undersökte längdtillväxt hos 10 åriga skolbarn i Stockholm i ett folkhälsoperspektiv från 1920 talet. (7). Genom att kontrastera två ytterlighetsgrupper avseende socioekonomisk bakgrund, faderns yrke, antal syskon och uppväxtområde i Stockholm, *de sämre respektive bättre privilegierade*. Den ena gruppen hade växt upp på Södermalm, Midsommarkransen eller Aspudden. Den andra på Östermalm, Äppelviken eller Nockeby.

10 åringarna i den bättre privilegierade gruppen blev ungefär lika långa under alla åren, medan de sämre privilegierade hade en kraftfull ökning av uppnädd längd. De så kallade sekulära förändringarna / barn blir längre och längre/betingas helt och hållet av ökningen hos de sämre privilegierade. Denna socioekonomiska skillnad mellan grupperna försvann i slutet av 1950 talet. Vid en jämförelse med utvecklingen i Helsingfors påvisade Cernerud exakt samma mönster men med 20 års fördröjning.

1.4 För 100 år sedan

För 100 år sedan fanns skolläkare endast i de stora städerna och knappast alls i köpingar, municipalsamhällen och i socknarna på landsbygden. *En geografisk ojämlikhet* förelåg således tillsammans med *den etablerade socioekonomiska ojämlikheten*. Däremot var *skillnaderna i hälsa mellan flickor och pojkar* inte längre så framträdande.

När Svenska skolläkarföreningen grundades 1921 som en underavdelning till Sveriges läkarförbund var ett viktigt syfte att minska ojämlikheterna i skolbarnens hälsa (4). Ungefär samtidigt kom den första skolsköterska i tjänst som assistent till skolläkarna i Stockholm för alla barn i folkskolorna på Södermalm samt i arbetarområdena Liljeholmen och Midsommarkransen.

2. Konsolidering, en lugn period (1930 – 1960)

Landets förste *skolöverläkare*, David Lindsjö, anställdes i Stockholm 1936 tack vare hans ådagalagda organisatoriska talang. Även Försvaret uppmärksammade hans duglighet och under Andra Världskriget var han Generalläkare, högste befälhavare för hälso- och sjukvården i svenska försvaret. Gunnar Svedenius var stf skolöverläkare och stf ordförande i svenska skolläkarföreningen vid början av 1950 talet, som var en harmonisk period för skolhälsovården utan större meningsmotsättningar. Difteri och BCG vaccinationer genomfördes under krigstiden på 1940 talet på försök i Stockholm. Övriga vaccinationer kom efter hand. Skolsköterskorna fick egna arbetsuppgifter, bl a hembesök.

Skolöverläkare med nationellt ledningsuppdrag anställdes i Skolöverstyrelsen 1943, Carl Wilhelm Herlitz, en man med häpnadsväckande arbetskapacitet. Som biträdande skolöverläkare engagerades Sven Ahnsjö med särskilt ansvar för skolbarnens psykiska hälsa. Ahnsjö blev sedermera Sveriges förste professor i Barnpsykiatri.

Kunskap, kompetens, vetenskaplig stabilitet fanns således i rik tillgång i Skolöverstyrelsen. Fattigsjukdomarna (undernäring, bristsjukdomar, kroniskt infektioner och dess följder) började efter hand ersättas av vällivnadssjukdomarna, såsom t ex obesitas. Skolsköterskorna fick allt mer självständiga arbetsuppgifter, skolpsykologer och skolkuratorer började anställas.

3. Stormvarning (1960 – 2000)

3.1 *Det mullrade*

På 1960 talet började det mullra av motsättningar. Kritiken ökade mot skolhälsovården för ett föråldrat förhållningssätt, inte minst från barnläkarhåll. Barnhälsovårdsöverläkaren Lennart Köhler i Lund agerade mycket klokt för ett framtidsperspektiv (8), men stämningen mellan skolläkare och barnläkare blev allt sämre och utmynnade i något fall i fysiskt handgemäng inför öppen scen. Den utredning om *skolhälsovårdens arbetssätt, organisation och huvudmannaskap* som regeringen tillsatte havererade (9) och tillslut ingrep Statsminister Thorbjörn Fälldin personligen.

Svenska skolläkarföreningens ordförande, som samtidigt var skolöverläkare vid Skolöverstyrelsen och dessutom skolöverläkare i Stockholm, grep initiativet, strukturerade upp skolhälsovårdens verksamhet i en plan och såg bl a till att en ny läkarspecialitet inrättades. Vidare gick han in i ett internationellt samarbete, i synnerhet med de nordiska länderna och insåg att Sverige faktiskt var ledande på vissa områden (10).

Fyra doktorsavhandlingars skrivna av skolläkare på material från skolhälsovården presenterades / Ragnhild Kornfält, Lund, 1981; Bengt Jormin, Eskilstuna, 1984; Sven Bremberg, Linköping, 1987; Lars Cernerud; Stockholm, 1991/.

Tre av dessa handledda av professor Lennart Köhler, Rektor vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, urkällan för det framväxande akademiska ämnet Folkhälsovetenskap i Sverige.

3.2 Gustav Jonsson och Christopher Gillberg attackerades

På 1960 talet blev doktor Gustav Jonsson välkänd för allmänheten / Barnbyn Skå Edeby på Färingsö i Mälaren, "Skå Gustav". Han beskrev mycket noga och ärligt de "vanartiga" barnens situation, dels i hemmet och dels i skolan vad gäller misslyckanden (11). I sin doktorsavhandling var Jonsson mycket noga med att påpeka att perspektiv var familjen / det sociala arvet/ och inte så mycket skolan eller hereditet. Senare lade Christopher Gillberg (12) fram undersökningar utifrån skolans perspektiv och med en biologisk bakgrund, Det var ju förvisso samma typ av barn som Jonsson och Gillberg beskrev men ned olika utgångspunkter. Bägge fick sina arga kritiker /spiken i piano respektive anklagelser om forskningsfusk / Fullt krig mot Jonsson och mot Gillberg, vid olika decennier, men lika media exponerat.

3.3 Hälsofostran – Skolöverstyrelsen hamnade i blåsväder

Vid WHO kongressen i Ottawa 1986 betonades att skolan har en central roll i folkhälsoarbetet; *schools are recognized as perfect settings for health promotion. They reach a substantial proportion of young people at a formative stage in their development.*

Inom Skolöverstyrelsen var man tidigt ute med att hänga på WHO:s anvisade koncept. Man tog fram en handlingsplan för hälsofostran i alla skolor i Sverige, heltäckande för första gången i skolhälsovårdens historia. Planen blev ett utmärkt dokument som innehöll alla honnörsbegreppen för hälsoutveckling inom ramen för en folkhälsovetenskaplig ansats (13). Men skolorna ansågs sig inte ha tid att arbeta med hälsa på det sättet. Skälet till att sjsättningen av den fina planen för hälsofostran i skolan totalhavererade var att dess ansats präglades av *top-down* tänkande, som allt snabbare ersattes av synsättet *bottom-up*, även kallat *empowerment*, vid den tidende det nya popordet i allt hälsoarbete.

Goda krafter tog tag i frågan och strukturerade upp den fortsatta utvecklingen (14).

Några goda spin-off effekter skede. De så kallade Tynningö kurserna i sex- och samlevnads-undervisning, innebärande initial handledning och instruktioner för rektorer och skolpersonal, är ett gott exempel, med Per Tillgren och Lars Cernerud som främsta företrädare tillsammans med RFSU (15).

4. 2024

Evidensbaserad kunskap styr alltid arbetet med skolbarnens hälsa. Ett multi-professionellt multifaktoriellt synsättet på hälsa präglar skolläkarnas hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande uppdrag, vilket implicerar samarbete mellan olika yrkesgrupper. Ojämlighet i hälsa mellan olika befolkningsgrupper (socio-ekonomiskt, etniskt, kulturellt) är en stor utmaning i folkhälsoarbetet, som innebär att kunna se hela barnet i dess miljö och med dess förutsättningar.

Den nuvarande Skolhälsovården /elevhälsans medicinska insats / vilar på två ben, såväl funktionellt som organisatoriskt.

4.1 En länk i samhällets etablerade hälsovårdskedja

Kedjans första länk är Mödrahälsovården med dess hälsoövervakningen av fostret.

Nästa länk är vården i samband med *förlösningen* och *nyföddhetsperioden*. Därpå följer *Barnhälsovården*. Dessa tre har regional huvudman. Nästa länk är *Skolhälsovården* med kommunal huvudman.

Inom *Skolhälsovården* genomförs regelbundet och återkommande hälsobesök för var och en enskilt som innefattar:

- Hälsosamtal / sjuksköterska
- Hälsoundersökning /läkare och sjuksköterska

Hälsoundersökningens innehåll är; Längd, vikt, tillväxtförlopp, pubertetsbedömning, synskärpa, hörsel, färgsinne, ryggkontroll och allmän hälsostatus. Arbetet har allt med kommit att präglas av att främja mental hälsa samt att förebygga psykiskt lidande (16).

Vaccinationer, nya såväl som komplettering av tidigare, enligt Folkhälsomyndighetens bestämmelser och därutöver enligt läkares ordination., t ex vid nyin-vandring och skolsköterskans ordinationer vid rutinprotokoll.

Skolhälsovården är i denna aspekt således en del av samhällets hälsovård för alla medborgare, som av praktiska skäl placerats inom skolans verksamhet. Skolhälsovården kommer därigenom som enda instans i skolan i regelbunden kontakt med alla skolbarn, vilket ger skolläkaren och skolsköterskan en unik bild av var och en av eleverna liksom av hälsotillståndet i hela skolpopulationen.

4.2 Skolbarnens företagshälsovård

Skolan är Sveriges största arbetsplats, 1.4 miljoner elever, som dessutom är obligatorisk för grundskolans elever. Arbetsplatsen ska självfallet präglas av säkerhet och ge trygghet i arbetet. Skolan får inte skada hälsan utan ska skydda och främja hälsan.

Det råder ett evidensbaserat reciprokt samband mellan hälsa och lärprocessen. God hälsa är en nödvändig förutsättning för god lärprocess. Väl fungerande lärprocess underlättar god hälsoutveckling.

Skolsköterskans mottagning är den naturliga första linjens verksamhet "med i största möjliga utsträckning den öppna dörren som inkörsport för stora och små problem i skolarbetet "från skoskav till självmordstankar".

4.3 Struktur och systematik

- Enskilda skolbarn (individer),
- Skolbarn i riskgrupp,
- Hela populationen av skolbarn

Att arbeta med riskgrupp innebär framför allt "att bädda mjukt för barnet i skolan", för barn med t ex

- Sämre teoretisk begåvning och Intellectuell funktionsnedsättning
- Psykiatrisk problematik, ångest, pts, psykos
- NPF; ADHD/ADD, AST, ESSENCE,
- Genetiska avvikelser som påverkar skolarbetet
- Problematisk frånvaro (hemmasittare)
- Pubertetsstörningar, tillväxtstörningar, fetma/anorexia
- Rörelsehinder, Multi-handikapp, svår allergi
- Svårt sjuka, t ex cancer, resttillstånd efter mycket för tidigt födda barn

4.4 Pågående statlig utredning

För närvarande pågår inom ramen för ett regeringsuppdrag ett arbete med att skapa ett systematiskt hälsofrämjande arbete i skolan. Utredaren har i uppdrag att det ska finnas ett standardiserat och kunskapsbaserat hälsoprogram som är likvärdigt över hela landet. Man ska svara på frågorna: När behöver vi träffa barn och unga upp till 20 års ålder? Vad ska ett sånt besök eller möte innehålla? Hur gör vi det på ett likvärdigt sätt över landet? Och hur gör vi det än mer systematiskt över tid? Kärnan i programmet ska vara hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskpstöd.

Vidare ska utredaren analysera och ta ställning till ändamålsenligheten i utformningen av elevhälsans nuvarande huvudmannaskap och ledning, analysera och ta ställning till alternativa huvudmannaskap, föreslå en elevhälsogaranti med målet att åstadkomma ändamålsenliga tidsfrister för att få stöd och hjälp av elevhälsan samt analysera och föreslå hur samverkan mellan elevhälsan, skolan i övrigt. Uppdraget ska redovisas i mars 2025.

5. Satsa framåt nu

5.1 Övergripande: för bättre kunskapsutveckling

- Skolbarns Hälsa blir ett specifikt ämne vid Medicinsk Fakultet
- Specialistkompetenta läkare inom Skolhälsovård
- Skolbarns Hälsa som obligatorisk del i Rektorsutbildningen

5.2 Specifikt: för skolhälsovården att verka för

1. Minska inflytandet av dokumenterade riskfaktorer. Riskfaktorerna finns ofta inom områden som brist på fysisk aktivitet, nutrition, tobak, alkohol, droger, doping, olycksfall, samt mobbning, stress, otillräcklighetskänsla.
2. Stärk motståndsresurser ("vad är det som gör att man inte blir sjuk") Aaron Antonovsky: Den salutogena vägen, Begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet
3. Främja positiva faktorer ("vad är det som gör att man mår bra"). Det handlar inte bara om att minska inflytandet av riskfaktorer, utan lyfta fram sådant som i sig har en hälsofrämjande effekt och särskilt främjar och skyddar den psykiska hälsan
4. Satsa på Health Literacy ("hälsokompetens"). Främja förmågan att förvärva, förstå och använda kunskap om hälsa i syfte att förbättra hälsan, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.
5. Arbeta med "Hela Hälsan" – med den medicinska sakkunskapen
6. Samarbeta med alla berörda professioner i hälsoarbetet inom skolan, skolläkaren med medicinsk och skolsköterskan med vårdvetenskaplig sakkunskap.
7. Betona den enskilde lärarens roll som förebild i skolans hälsoarbete.
8. Samarbeta med föräldrarna framför allt för att kunna nå barn och unga ur olika befolkningsgrupper

Referenser

1. Cernerud L. Skolhälsovårdens historia. Svensk Medicinhistorisk Tidskrift 2019; 23: 39 – 56.
2. Key A. Läroverkskommittens underdåniga utlåtande och förslag angående organisationen av Rikets allmänna läroverk. Stockholm: Kongl Boktryckeriet Norstedt & Söner, 1885
3. Siljeström P. A. Smärre skrifter rörande uppfostran och undervisning. Stockholm: Kongl Boktryckeriet Norstedt & Söner, 1884, 380 sidor.
4. Cernerud L, Lindgren C, Milerad J. Skolläkaren och skolbarns hälsa – 100 år med Svenska Skolläkarföreningen. Stockholm; Svenska Skolläkarföreningen, 2022: 1–133.
5. Kjerrulf H. Har kristiden 1914 – 1919 haft någon inverkan på Stockholms folkskolebarns kroppsliga utveckling? Stockholm: Isaac Marcus Boktryckeri-Aktiebolag, 1920.
6. Tanner J. M. A History of the Study of Human Growth. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
7. Cernerud L. Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. NHV Report 1991:5 Göteborg. Nordiska hälsovårdshögskolan, 1991.

8. Köhler L. Physical Mass Examinations in the School Health Service in Sweden. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1977; 66: 307-312
9. SOU 1976:46. Skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap. Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning. Stockholm: Socialdepartementet; 1976.
10. Cernerud L. Läkarens arbetsuppgifter i skolhälsovården – ett verksamhetsprogram. Stockholm: Svenska Skolläkarförbundet, 1988: 1 – 24.
11. Jonsson G. Delinquent boys, their parents and grandparents. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1967; 43: suppl 195. Dissertation
12. Gillberg Gillberg C. The essence in Child Psychiatry. *Research in Developmental Disabilities* 2010; 31: 1543 – 1551
13. Skolöverstyrelsens handlingsprogram för hälsofostran i skolan. Dnr 81:369, SÖ 1981-09-02. Stockholm: Skolöverstyrelsen, 1981.
14. Bolin A, Haglund B J A, Lagergren U, Tillgren P. Hälsoarbete i skolan – kunskapsunderlag och möjliga framtidsvägar. Stockholm: Stockholms läns Landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1987.
15. Cernerud L, Karlsson M, Stenström K, Tillgren P. En modell för sex och samlevnadskurser för skolpersonal. *Social Medicinsk Tidskrift*, 1984; 61: 250 – 256.
16. Milerad J. Kraftsamling för ungas psykiska hälsa: Kunskapssammanfattning och förslag till interventioner från Svenska Läkarsällskapets arbetsgrupp, 2021