

Skolhälsovården i Finland

Holger Hultin

I Finland är skolhälsovården knuten till kommunernas hälsocentraler och hör därmed organisatoriskt, personellt, och innehållsmässigt till primärvården, men är lokalmässigt förlagd till skolorna. Skolhälsovårdens höga ambitioner är svåra att genomföra i verkligheten, där ekonomiska, administrativa och pedagogiska mål ofta prioriteras på hälsans bekostnad. Skolläkarnas kunskaper om barns behov och utveckling är inte alltid de bästa, och deras möjligheter att påverka undervisningssituationen starkt begränsade. För framtiden ställs andra krav och fordras andra rutiner i skolhälsovården i Finland.

Holger Hultin är fd skolöverläkare, docent i socialmedicin och nyligen pensionerad som medicinalråd och chef för byrån för hälsovårdscentraler (primärvården) vid Medicinalstyrelsen i Helsingfors.

Organisation och målsättning

Enligt den finska folkhälsolagen svarar kommunerna genom sina hälsovårdscentraler också för hälsovården i de skolor som finns i kommunen.

Skolhälsovården i den omfattning lagen avser är avgiftsfri för eleven. Därtill är sjukvården vid hälsovårdscentralerna av de patienter som tillhör skolhälsovården utan avgift.

Skolhälsovården är alltså inkluderad i folkhälsosarbetets verksamhetsplan och genomförs genom ett skolinriktat och elevinriktat hälso- och sjukvårdsprogram inom skolans ram.

Skolhälsovårdens mål är att trygga barnets och den ungas sunda tillväxt och utveckling. Förutom att den är en verksamhet som är inriktad på själva

eleven och elevgruppen skall skolhälsovården försöka inverka också på barnets och den ungas livsmiljö och levnadsförhållanden. Skolhälsovården är en del av elevvården. Den skall foga sig till skolans arbete, varför det är viktigt, att skolhälsovårdens personal även gör sig förtrogen med skolarbetet och dess målsättningar.

Hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet i skolan skall vara planerad och kontinuerlig.

När man beräknar hälsovårdscentralens resurser, skall man reservera tillräckligt med tid för skolhälsovårdspersonalen för att planera, ordna, verkställa och uppfölja verksamheten såväl under den egentliga skoltiden som också efter skolårets slut och före dess början.

Läkaren skall om möjligt verka inom skolhälsovården minst en gång per månad och skola. Med tanke på vårdkontinuiteten och helhetssynen borde man sträva till, att eleven vid sjukdomsfall skulle hänvisas till sin skolläkares mottagning i hälsovårdscentralen.

Skolhälsovården utföres i regel inom skolans utrymmen. Om det dock inte i skolan finns egentliga hälsovårdsutrymmen, bör man för hälso- och sjukvården reservera ett fridfullt rum, där möjlighet till personligt samtal finns.

Skolhälsovårdens tjänster bör ges under elevens arbetsdag.

För skolhälsovårdspersonalen bör man ordna nödig kompletterande utbildning och arbetsvägledning.

.....
Skolhälsovårdens mål är att trygga barnets och den ungas sunda tillväxt och utveckling.
.....

Med tanke på vårdkontinuiteten och helhets-
synen borde man sträva till, att eleven vid
sjukdomsfall skulle hänvisas till sin skollä-
kares mottagning i hälsovårdscentralen.

Genomförandet av skolhälsovården kräver ett
gott samarbete mellan läkaren och hälsovårdaren
(skolsköterskan) samt växelverkan med de övriga
verksamma i elevvården.

Läkarens uppgift är att främst verka såsom medi-
cinsk expert vid skolhälsovårdens planering och
verkställande.

Hälsovårdaren fungerar såsom sakkunnig för
vårdarbetet. Hon har totalansvaret för både skol-
och elevinriktade hälso- och sjukvårdsprogrammets
planering, genomförande, koordinering och uppfölj-
ning. Hälsovårdaren sköter främst nödiga kontakter
med hemmet, skolan, hälso- och sjukvårdens spe-
cialtjänster samt annan elevvård.

Hälsovårdscentralpsykologens främsta uppgift är
att ge sakkunnighjälp i frågor som rör mentalhygien
till skolhälsovårdspersonalen samt att samarbeta
även med övrig elevvårdspersonal.

Hälsovårdscentralens fysioterapeut, talterapeut
och näringsterapeut deltar inom deras egen kompe-
tens i skolhälsovården.

Hälsovårdsbiträdena kan delta i skolhälsovården
enligt sin befattningsbeskrivning, och man kan till
dem överföra byråuppgifter från hälsovårdaren och
utförandet av gallringar i hälsovårdens regi.

Inom skolhälsovården finns två intimt med var-
andra länkade områden:

1. Skolmiljöns hälsovård
2. Den elevinriktade hälsovården.

I tidigare anvisningar nämndes hälsofostran sepa-
rat såsom skolhälsovårdens tredje bransch. Hälso-
fostran borde dock vara en väsentlig del av hela
skolhälsovården och den borde verkställas inom
bägge ovannämnda verksamhetsområden. Dessut-
om utför lärarna hälsofostran enligt skolans helhets-
målsättning såsom en i läroplanerna ingående un-
dervisning. Det är speciellt viktigt, att skolhälso-
vårdspersonalen blir förtrogen med dessa läropla-
ner och samarbetar med lärarna såsom sakkunniga

inom sin bransch vid genomförandet av den skolin-
riktade hälsofostran.

Målsättningen inom den på skolmiljön inriktade
hälsovården är att för sin del trygga en hälsosam
och trivsamt arbetsmiljö för eleverna. Detta förut-
sätter hälsovårdspersonalens samarbete med skol-
och företagshälsovårdsmyndigheterna samt upprät-
tande av kontakter med skol- och elevråden.

I skolmiljöns hälsovård ingår

1. övervakning av hälsoförhållanden
2. uppföljning av skolans växelverkansförhållan-
den
3. uppföljning av de verkningar skolarbetet har på
elevernas hälsa.

Den elevinriktade hälsovårdens målsättning är att
för varje elev tillförsäkra möjligast god hälsa och
tillägnandet av hälsosamma levnadsvanor, för att
elevens tillväxt och utveckling skulle avancera ba-
lanserat och han skulle klara skolgången i enlighet
med sina förutsättningar.

I den elevinriktade hälsovården ingår:

- hälsofostran
- uppföljning av elevens fysiska, psykiska och so-
ciala utveckling och tillväxt och främjandet av
dessa samt bedömningen av hälsotillståndet med
tillhjälp av hälsogranskningar
- elevernas dirigerings till tillägsundersökningar
och vård vid behov samt handledning av eleverna
och deras vårdnadshavare
- förebyggande av smittsamma sjukdomar och åt-
gårderna i samband därmed, bla skyddssymp-
ningar
- förstahjälp vid elevernas olycksfall och akuta
sjukdomsfall
- konstaterande och uppföljning av långtidssjuka
och handikappade elevers hälsotillstånd, elever-
nas stödjande samt deltagande i arrangemangen
för deras undervisning och skolgång i samarbete
med elevens försörjare

Målsättningen inom den på skolmiljön inrikta-
de hälsovården är att för sin del trygga en
hälsosam och trivsamt arbetsmiljö för elever-
na.

- elevens stödjande vid skolgångens förändrings-skede, t ex när man övergår från ett klasstadium till ett annat eller byter skola
- effektiviserad uppföljning och stöd åt en elev i förändrings- och risksituation.

Hälsogranskningarnas målsättning är att definiera och utreda elevens fysiska, psykiska och sociala hälsotillstånd i görligaste mån. Häri ingår anamnestiska uppgifter, gallringsundersökningar, uppföljning av tillväxt och utveckling samt utredning av hälsovanor och individuell hälsofostran.

Tandvården är en del av elevvården och den handhas av personalen vid hälsovårdscentralens tandvårdsenhet. Medicinalstyrelsen och skolstyrelsen har i sina cirkulär och anvisningsskrivelser betonat vikten av hälsofostran, förebyggande åtgärder och samarbete mellan skilda personalgrupper vid elevernas tandvård.

I skolhälsovården ingår inte den egentliga sjukvården, förutom förstahjälp och första vård av dem som i skolan plötsligt insjuknat eller fallit offer för ett olycksfall.

Läkaren är förpliktad att ge de första vårdanvisningarna och den första vården även åt den elev som han i hälsokontrollen konstaterat vara sjuk. Behöver eleven långvarigare vård för sin sjukdom, skall elevens förmyndare underrättas därom och eleven skall hänvisas till fortsatt behandling.

Beträffande förebyggandet av skololycksfall och förstahjälp skall det finnas planer för varje skola, och dessa uppgörs genom samarbete mellan skolhälsovårdspersonalen, rektorn/skolans chef och lärarna. Lärarna, skolans övriga personal och eleverna skall vara medvetna om, hur man förfar vid olycksfall, vart eleven hänvisas för vård och vem man skall underrätta därom.

I varje skola skall finnas ändamålsenlig utrustning för förstahjälp. För utrustningens skick och komplettering sörjer skol- och hälsovårdspersonalen i samarbete. Hälsovårdaren sörjer för att de förstahjälpsredskaps och förnödenheters skick och komplettering som skolhälsovårdspersonalen förfogar över. För de sistnämnda redskapens och förnödenheternas kostnader är hälsovårdscentralen ansvarig.

Hälsovårdspersonalen skall speciellt uppfölja och

.....
Hälsovårdspersonalen skall speciellt uppfölja och stödja långtidssjuka och handikappade elever samt dem, som har anpassningssvårigheter, skolleda eller andra psykiska eller sociala svårigheter, liksom också elever som inte har framgång i sina studier.

stödja långtidssjuka och handikappade elever samt dem, som har anpassningssvårigheter, skolleda eller andra psykiska eller sociala svårigheter, liksom också elever som inte har framgång i sina studier. I detta sammanhang skall man alltid utreda även elevens fysiska hälsotillstånd. Vid utredningen skall man om så behövs använda all tillgänglig sakkännedom. Hjälp till eleven skall ges i samarbete med hemmet och dem som deltar i elevvården. Hembesök görs vid behov till de elevers hem, vars hälsotillstånd, dess störningar eller på dessa inverkande faktorer kräver ingående kännedom om elevens hem och dess relationsförhållanden.

Vid valet av levnadsbana har de faktorer som påverkar hälsan en speciell betydelse. I samband med de under hela skoltiden på eleven gjorda hälsokontrollerna skall man även beakta de för yrkesval viktiga riskfaktorerna, observera och uppfölja utvecklingen av elevens hälsotillstånd och sträva efter att uppskatta situationen även från denna ståndpunkt.

Vid utredningen av riskfaktorer vilka ansluter sig till valet av levnadsbana är samarbetet mellan skolhälsovårdspersonalen, eleven, vårdnadshavare, studiehandledare eller yrkesvalets förbindelse lärare (i gymnasiet) och yrkesvägledarna nödvändigt.

De i skolhälsovården använda elevinriktade hälsovårdsjournalerna är en del av hälsovårdscentralens enhetliga dokumentsystem. Blanketterna utgör tillsammans med spädbarns- och lekåldersdokumentationen en helhet och omfattar grund- och specialblanketter.

Uppföljningsdata över skolhälsovården inkluderas i hälsovårdscentralens årsberättelse och i de med givna mellanrum återkommande noggrannare utredningar, angående vilka anvisningar utfärdas separat.

Hälsoproblem

I det föregående har jag i stora drag relaterat den legislativa och instruktionsmässiga ramen för skolhälsovården i Finland. Rekommendationen för skolläkare är c:a 200 elever per veckotimme, med en strävan till 150 elever per veckotimme i den utsträckning resurserna medger. För skolsköterskan är rekommendationen: Omsorg om 20 elever per veckotimme. I detta nu är siffran i medeltal 25/veckotimme.

Alla skolläkare och -sköterskor är enligt folkhälsoagen anställda av hälsovårdscentralen på månadslön. Inga extra arvoden utgår för åtgärder, som vaccinationer etc. Inte heller utbetalas några per capita tillägg. Läkarna arbetar vanligen i skolorna på deltid, med undantag av de större städerna. Det samma gäller skolsköterskorna.

Läsåret 1977/78 undersökte läkarna vid klassvis utförda regelbundna kontroller 40 % av samtliga elever i grundskolan och i gymnasiet. På basen av sällningsundersökningar eller av annan orsak undersökte läkarna ytterligare 20 % av eleverna. Omkring 6 % av eleverna remitterades till specialistundersökning. Ca 10 % av eleverna hade något slag av "ryggont". Verkliga hållningsfel och sjukdomar i skelettet och rörelseorganen uppvisade 3 % av eleverna. En eftersatt grupp visade sig vara eleverna med idiopatisk skolios. Årligen diagnosticeras ca 180 fall av denna sjukdom i åldersgruppen 10–15 år, men endast ungefär hälften kommer till adekvat vård. Sjukdomens könsfördelning är 4 flickor på en pojke. Speciella instruktioner har tillställts skolornas läkare och sköterskor om detta hösten 1981.

Skolsköterskorna undersökte 90 % av eleverna vid regelbundna kontroller. Dessutom gjorde varje elev i medeltal två besök på skolsköterskans mottagning under läsåret.

Elever med kroniska sjukdomar och handikapp förekom i 3,7 % av elevpopulationen. Den största gruppen utgjordes av astmatiker.

I skolan eller på skolvägen inträffade olycksfall bland elever i grundskolan har utretts år 1980 i 4 900 grundskolor med 610 000 elever. Frekvensen av rapporterade olycksfall var drygt 5 % av elevpopulationen. Olycksfallen fördelade sig mellan låg- (6 första årskurserna) och högstadiet (3 sista årskur-

serna) i proportion 58,4 % och 41,6 %. Skolornas storlek stod i direkt proportion till olycksfallsfrekvensen. Sålunda hade skolor med mindre än 50 elever (antal: 2 550) 28 olycksfall på 1 000 elever och skolor med över 500 elever (antal: 220) 83 olycksfall på 1 000 elever.

Fördelningen av olycksfallen mellan flickor och pojkar var 40 % respektive 60 %. Största olycksfallsfrekvensen förekom hos elever i 6 och 7 årskursen och risken var störst i skolor med över 500 elever. Lägsta frekvensen förekom hos elever i första årskursen i skolor med mindre än 50 elever. Frekvensen var högst i januari, något lägre i september, oktober och november, vilka inte uppvisade några inbördes skillnader.

Olycksfall som avsiktligt förorsakats av en annan kamrat (våldshandlingar inbegripna) förekom med frekvensen 1,7 på 1 000 elever. I de största skolorna var frekvensen 10 gånger så stor som i de minsta skolorna. I 74 % av fallen skedde dessa överträdelser under rasterna.

Psykiska störningar av varierande svårighetsgrad förekom hos c:a 25 % av eleverna och över hälften av dessa berodde på inlärningssvårigheter, rastlöshet, aggressivitet och anpassningssvårigheter. Gravare psykiska störningar förekom i 0,4 % av eleverna. Det totala elevunderlaget under berörda läsår var 750 000.

Tandvården är inte administrativt inbegripen i skolhälsovården, men intimt korrelerad med denna. Alla barn och ungdomar i åldern 0–18 år har fri tandvård. För dem som går i skola, utsträcks tandvården dit. Under läsåret 1977/78 förekom 1,1 besök per elev hos tandläkare. Därtill kommer besöken hos tandsköterska och fluor-tandborstning i lärares regi.

Journalsystem

Sedan 1962 har Finland använt ett enhetligt kumulativt hälsokort som samlar de viktigaste uppgifterna om hälsa och sjukdom, vaccinationer och övrig profylax hos individen, från nyföddhetsperioden genom spädbarnstiden och förskoleåldern ända till skolgångens slut. Detta registreringssystem syftar till att ge en klar bild av barnets hälsa vid inträdet i den obligatoriska skolan och sålunda underlätta be-

dömandet av skolans och senare pubertetens inverkan på individens hälsa. Systemet fungerar illa, dels till följd av läkarnas olovligt svaga intresse för att anteckna ett enkelt kryss på avsett ställe i kortet, dels för att hälsoövervakningen i skolan inte är en direkt fortsättning på de föregående årens uppföljning, ehuru den avsetts att vara just detta. Åren 1972–73 var endast 62 % av spädbarnens hälsokort tillfredsställande ifyllda på rådgivningsbyråerna.

Ifråga om vissa förebyggande åtgärder har det visat sig vara en fördel med den steglösa övergången från barnavårdscentral till skola. Detta syns bäst på vaccinationerna. Vid skolstarten 1979 var 98,4 % av barnen vaccinerade mot kikhosta, difteri och tetanus, 98,5 % mot polio och 99,8 % mot tuberkulos (BCG).

Kritisk betraktelse

Då man betraktar den nuvarande skolhälsovårdsverksamheten i Finland är det slående, hur den pedagogiska sakkunskapen förbiser den medicinska. Sålunda har tex rekommendationen från WHO-konferensen i Grenoble 1954 om en gemensam strävan till att begränsa antalet elever per klass till 30 under 1950-talet, och till 20–24 under 1960-talet, så gott som totalt förbisett i Finland. Den nya skollagstiftningen, som riksdagen som bäst har under behandling, tillåter ännu klasser med över 30 elever, ehuru indelningen i mindre studiegrupper liberaliserats. I fråga om studieresultat, klassanda, trivsel och disciplin är antalet elever i klassen av fundamental betydelse.

En annan eftersatt fysiologisk sanning är den cirkadiska rytmen. Skoldagens indelning i arbetspass, mat- och övriga raster är inte synkron med elevens dygnsrytm. Inte heller med lärarens för den delen. C W Herlitz påpekade redan detta i sin undersökning om den svenska skolungdomens arbetsbörda (1941). Han fann det befängt, att barn i Norrland började sin skoldag vid samma tidiga timme som barn i Skåne, utan den ringaste hänsyn till dagens markanta längdskillnader under den mörka årstiden. W Hellpach (1939) har beskrivit arbetskapacitetens dagsvariationer och senare har Th Hellbrügge (1956) och J Rutenfranz (1959) fäst uppmärksamhet vid dygnsrytmens och veckorytmens betydelse.

Så även E von Grandjean (1965).

Ett annat hot mot elevernas hälsa är den oskäligt långa arbetsdagen, som ytterligare förlängs av skolskjutsarna med lång väntan på transport vid uppsamlingsställena. En del av i synnerhet de yngre eleverna lider dessutom av åksjuka, vilken förpstrar hela deras skoldag. Skolläkarnas outtröttliga petitioner i avsikt att undvika dessa olägenheter har lämnats obeaktade. I synnerhet kampen för bevarandet av byskolorna för de yngsta eleverna var hård, men ledde till nederlag för hälsovården "av ekonomiska skäl". Skiftesläsning förekommer ännu i landet på tätorter och är naturligtvis ägnad att helt kullkasta dygnsrytm.

Grundskolans vackra målsättning om kamratskapet genom hela den obligatoriska skolan bryts brutalt vid övergången till högstadiet, då klasserna splittras vid omplacering i andra skolhus, och detta sker i den mest känsliga åldern för eleverna. Därtill kommer de helt separata gymnasierna, vilka ändå fångar upp 50 % av årsklassen hos oss. Så gott som alla våra enhetsskolor har upphört, trots att några av dem uppvisade lysande resultat i fråga om kamratanda, elev- och lärartrivsel samt prestanda. En sådan var Zilliacuska skolan i Helsingfors "Zillen", en enhetlig samskola som fick verka i 50 år. Den nya grundskolan och det nya gymnasiet håller på att smula sönder begreppet "vår skola", trots att elevens trivsel i skolan är nyckeln till god anpassning och mental balans och motarbetar skolleda och skol.

Dagens skola är för teoretisk. Matematiken och främmande språk har fått en ännu mera dominerande ställning än tidigare. Ämnesindelningsprincipen i grundskolan kommer också i framtiden att upprätthålla en oskäligt stor arbetsbelastning för våra unga. Sång och musik och dans är en lyx, som endast de elever orkar ägna sig åt, vilka har en allomspännande begåvning. De renodlat konstnärligt sinnade måste alltför ofta offra denna sin begåvning för att alls klara skolan. Nu senast har man beslutat skära ned gymnastik- och idrottstimmar till förmån för matematiken. Det förvånar inte att rastlösheten hos eleverna ökar. Bristande fysisk aktivitet och felaktiga kostvanor tär på eleverna både fysiskt och psykiskt. Skolan engagerar sig halvhjärtat på dessa vik-

Vi öder med andra ord vår knappa tid som skolläkare med att om och om igen registrera redan kända deviationer från det fluktuerande "normala" eller med att bokföra betydelselösa fynd.

tiga områden. Skolpsykologen och skolkuratoren är inte ännu inbegripna i statsbidraget till skillnad från det övriga elevvårdsteamet.

Skolhälsovårdens dilemma idag är utan tvekan en följd av läkarnas traditionsbundna inställning. I Finland fordras ingen som helst specialutbildning av skolläkaren. Varje legitimerad läkare, som blivit anställd vid en hälsovårdscentral är utan vidare behörig att sköta skolor. Läkarutbildningen är av hävd diagnoscentrerad, varför hälsovårdstänkandet för så många läkare är främmande. Läkaren har kanske inte förmågan att faktiskt syssla med elevens hälsa i ordets vidare bemärkelse. Han är för upptagen av att spåra upp tecken på sjukdom, och för att få någon tillfredsställelse av sitt arbete med att undersöka "friska" barn, uppförstorar han banala fynd till betydelsefulla diagnoser. Det är därför hälsojournalerna vimlar av trivialiteter som "stora tonsiller", "slappa muskler", "dålig hållning", "bleka slemhinnor", "plattfot", "rhinitis". Vi öder med andra ord vår knappa tid som skolläkare med att om och om igen registrera redan kända deviationer från det fluktuerande "normala" eller med att bokföra betydelselösa fynd. Däremot får man ofta förgäves leta efter någon anteckning i journalen, som skulle ge besked om när man första gången kunnat konstatera tex inre spänningstillstånd eller bristande koncentrationsförmåga och/eller aggressivt beteende hos någon elev. Solnit och Stark har 1959 givit några exempel på tillstånd som hindrar en normalt begåvad elev från att tillägna sig undervisningen i skolan. Av dessa skall här nämnas: Defekter i perceptionsförmåga (tex dövhet), avvikande visuell-motorisk eller audio-motorisk koordination (tex läs- och skrivsvårigheter), tillstånd av inre spänning eller ängslan som blockerar förmågan att följa med, att tänka, minnas osv, bristande koncentrationsförmåga och dåliga resultat i skolan till följd av tex för

fordrande föräldrar eller lärare.

Den individuella elevhälsovården har ställt för stora förhoppningar på ett antal screening-tests, vilkas värde och pålitlighet inte står i proportion till kostnaderna i tidsspillan. Sådana test är tex det kontinuerliga checkandet av protein och socker i urinen, en del konditionstest och screening av fetma. Dessutom glömmar man ofta bort, att ett screening-test inte är diagnostiskt, utan bör följas av en läkarundersökning av dem som fastnat i sållet.

Blick in i framtiden

Skolhälsovården bör på allvar sträva till att lösgöra sig från gammal rutinmässig slentrian och faktiskt taga itu med sin egentliga uppgift: Att i intimt samråd med den undervisande och fostrande verksamheten i skolan sträva till att för varje enskild elev skapa de bästa hälsomässiga förutsättningarna för en framgångsrik skolgång med beaktande av varje elevs individuella förutsättningar, anlag och begåvning. Med andra ord: Om en elev skall ha nytta av att vara närvarande i skolan, skall undervisningsmiljön vara trivsam, barn- och ungdomsvänlig och erbjuda möjligheter till arbetsro och -glädje, och elevens fakulteter för inlärnin skall vara i bästa möjliga skick.

Den grad av hälsa som eleven behöver för att profitera av intellektuell undervisning sammanfaller inte med den grad av hälsa som fordras för påfrestande idrottsaktiviteter. Därför får skolhälsovården ett annorlunda hälsospektrum på sitt klientel än tex barnavårdscentralen. En handikappad skolelev eller en kroniker kan mycket väl vara bäst i klassen trots att han inte är frisk. Skolhälsovårdens problemställning blir därigenom mera komplicerad.

Morgondagens skolhälsovård kommer säkert att

Om en elev skall ha nytta av att vara närvarande i skolan, skall undervisningsmiljön vara trivsam, barn- och ungdomsvänlig och erbjuda möjligheter till arbetsro och -glädje, och elevens fakulteter för inlärnin skall vara i bästa möjliga skick.

allt mera närma sig det vad vi kallar eutenisk peditrik. Med detta avses att man för varje barn försöker garantera inte bara minsta möjliga antalet sjukdomar, utan också förverkliga varje enskilt barns individuella tillväxt- och utvecklingspotential, genom att för barnet skapa en uppväxtmiljö som möjliggör att barnets livsbejakande anlag får utvecklas till fullo (D Whipple 1966).

Skolläkarens specialutbildning bör fortast möjligt göras obligatorisk.

Läkarundersökningarnas antal borde begränsas till att rutinmässigt gälla endast nya elever och dem som slutar skolan. Övriga läkarundersökningar likaväl som skolsköterskans kontakter borde i huvudsak gälla riskelever, kroniker och elever med ett givet hälsoproblem. Grupparbetet i hälsovårdsteamet bör utvecklas. Pedagogernas insats i teamet bör stärkas. Skolhälsovården är ju först och främst begränsad till, framsprungen ur och inverkan på skolmiljön. Fostrare och lärare ser till läkaren med hopp om att han måtte förverkliga och leda det mentalhygieniska arbetet i skolan. Också de beteende- och övriga psykiska störningar hos eleven, vilka ligga vid gränslinjen för pedagogik och medicin, bör höras till läkarens ansvarsområde och inte enbart till psykologens eller kuratorns. Men skolläkaren måste naturligtvis också behärska alla hävdvunna områden på sitt gebit: Han måste fortfarande kunna epidemiologin på sina fem fingrar, känna till omgivningshygienens finesser, kunna utföra en meningsfull hälsogranskning och dessutom fungera som hälsofostrare och medicinsk expert. Tonårsmedicin bör han grundligt ha satt sig in i och pedagogikens grundprinciper, erkännerligen specialundervisningen för handikappade och utvecklingsstörda, bör han känna till.

Skolsköterskans centrala ställning i hälsovårdsteamet kommer av allt att döma att fortsätta. Men hon kan inte arbeta effektivt om läkaren i teamet har bristande insikter och en inskränkt syn på det hela.

Forskningen på skolhälsovårdens område har tagit ny fart i Finland. H Langinvainio håller på med en avhandling om skolelevernas arbetsbelastning, M Förars har skrivit en avhandling om obestämda magsmärtor hos skolelever (1977) och i Steiner-sko-

lan (Waldorf) pågår forskning sedan 1974.

Men den vetenskapliga forskningens frukter måste omskrivas till begripligt språk för var och en individ och undervisningen bör användas som en vital och konstruktiv kraft för att befördra, beskydda och bevara våra mänskliga resurser. I annat fall kommer vår hälsomålsättning att också i framtiden vara sjukdoms- och problemorienterad, med tyngdpunkten på terapi och mediciner, med varje ny generation som objekt för vår kontroll av gamla och uppdykande hälsoproblem. Resultatet är en ond cirkel. En inställning i analogi med den vattenfyllda källaren, där var och en öser upp vatten men ingen kommer på tanken att stänga kranen.

REFERENSER

- Folkhälsolagen och förordningar. Finlands författningssamling, 66/1972, 67/1972, 205/972, 206/1972
- Frisk, M: Skolan och tonåringen. *Socialmed Tidskr* 1964;44:10
- Frisk, M: Tonårsproblem. En studie av läroverksundom (Akad avh) Helsingfors 1968
- Förars, M: Barnet med återkommande magsmärtor – en somatisk och psykosocial studie (Akad avh), Helsingfors 1977
- Hellbrügge, Th, Rutenfranz, J: Münch med Wshr 1956;98:1713
- Hellpach, W: Geopsyche. 5. upplagan. Leipzig 1939
- Hultin, H: On differences between spring and autumn standards of fitness in healthy elementary school children in Helsinki. (Akad avh. På finska) Helsingfors 1950
- Hultin, H: Hälsovården i Finlands läroverk. Finska Läkaresällskapets Handlingar 1967:111:127–157
- Hultin, H, Paavilainen, S: Hälsovården för folkskolornas förstaklassister i Finland läsåret 1963/64. Medicinalstyrelsens undersökningar 4/1967
- Hultin, H: Spädbarnens hälsovård på rådgivningsbyråerna för barn i Finland under 1960-talet. Medicinalstyrelsens undersökningar 11/1973
- Hultin, H: Föreläsningar i socialmedicin vid Nordiska hälsovårdshögskolan 1966–1973. Skolhälsovård. Esbo 1974
- Hultin, H: Hälsovården för skolelever (på finska) I boken: Folkhälsovetenskap I, sid 24–28. Helsingfors 1976
- Hultin, H: Skolhälsovård. Finska Läkaresällskapets Handlingar 1977:121:104–104
- Langinvainio, H: Skolelevernas arbetsbelastning. Preliminär rapport 1981

- Mannerheims Barnskyddsförbund: Barnrapport B 4, sidorna 8–12, 42–49 (på finska) Helsingfors 1972
- Medicinalstyrelsens instruktionsbrev: Anvisningar om skolhälsovården. DNo 1392/02/81. Helsingfors 1.4.1981
- Menzel, W: Menschliche Tag-Nacht-Rhythmik und Schichtarbeit. Benno Schwabe & Co Verlag Basel/Stuttgart 1962
- Nordiska Skolläkarkongressen VIII i Åbo 1970: Föredrag om screening. Helsingfors 1973
- Portmann, A: Die Entwicklungsbeschleunigung der Jugend als biologisches und soziales Problem. Akademische Vorträge, Helbing und Lichtenhahn, Basel 1966
- Rutenfranz, J: Die 5-Tage-Woche für Kinder und Jugendliche in ärztlicher Sicht. Gesundheitserziehung von A–Z, Bad Godesberg 1959
- School Health: A Guide for Physicians. Amer Academy of Pediatrics, Evanston, Ill., USA 1972
- Sennerfeldt, P: Nu krävs förändring! VIGÖR Nr 2/1981
- Skolstyrelsen: Den avvikande eleven (Stencil på finska) 105 sidor, Helsingfors 1981
- Sollberger, A: Biological rhythm research. Elsevier Publishing Company, Amsterdam 1965
- Taajamaa, B: Recall of medical information. (Akad avh) Helsingfors 1981
- Taipale, V: De ungas mentala problem och skolhälsovården (på finska) Finlands Läkartidning 1972:27:1106–1110
- Wall, W D: Education and mental health. UNESCO, Paris 1955
- WHO: Skolhälsovårdskonferensen i Grenoble 1954. Köpenhamn 1955
- WHO: Skolhälsovårdskonferensen i Holland 1963, Köpenhamn 1964
- Whipple, D: Dynamics of development: Euthenic pediatrics. McGraw-Hill, N.Y. 1966

Geriatrik Långvård Äldreomsorg

om åldrandet ur medicinsk och psykosocial synvinkel

Ingeborg Olsen är överläkare och klinikchef vid ett stort långvårdssjukhus i Malmö, Ann-Marie Hansson är gruppkurator vid samma sjukhus och Margareta Rogalska är psykolog, tidigare verksam vid Gerontologiskt centrum i Lund. Författarna har alltså en gedigen bakgrund för att skriva en lärobok om de äldres sjukdomar och hur vi skall ta hand om dem, medicinskt såväl som socialt. Boken är avsedd för högskolans vårdutbildningar samt för vidareutbildning av personal inom långvård och äldreomsorg. Boken är välskriven, lättläst, sakligt korrekt och exemplarisk i uttrycket med översiktlig innehållsförteckning, goda — kanske något få — illustrationer, rikligt med referens- och vidareläsningsliteratur, välmatad medicinsk ordlista och ett digert register. Leder åt en sådan lärobok! Ett enda önskemål inför nästa upplaga: att den blir lite mera om det som är specifikt för de äldre, gärna på bestnad av det som är generellt för alla åldrar i sjukdomslärodelen.”

Bengt Lundh ur Bibliotekstjänst Sambindning 1981-09-10

4 s, ill Best nr 24-29402-0



 ESSELTE STUDIO

Norra regionen ☎ Ö. Rådhusgatan 6, 902 46 UMEA ☎ 090-13 70 00 Östra regionen ☎ 171 76 SOLNA ☎ 08-734 30 00
Västra regionen ☎ Box 3075, 400 10 GÖTEBORG ☎ 031-17 99 30 Södra regionen ☎ Box 4086, 203 11 MALMO ☎ 040-770 70

Socialmedicinsk tidskrift nr 3 1982