

Skolhälsovården i Sverige

Lars Cernerud

I artikeln presenteras skolhälsovården i Sverige mot bakgrund av dess historiska utveckling. Organisation och dimensionering beskrivs liksom hur skolhälsovården förhåller sig till övrig hälso- och sjukvård i samhället. Vidare diskuteras verksamhetens nuvarande inriktning med några kritiska kommentarer som belyser de brister som finns. I samband med denna genomgång och avslutning lämnas några synpunkter på hur man kan förbättra skolhälsovården i framtiden.

Författaren är specialist i pediatrik och tjänstgör som skolöverläkare med ansvar för skolhälsovården i Stockholm. För tillfället är han också knuten till Skolöverstyrelsen som pediatrik expert och skolöverläkare.

Den svenska skolhälsovården vilar på gamla traditioner. Forna tiders skolläkare arbetade med de svåra infektionerna och deras följdtilstånd, vidare med undernäring- och bristsjukdomar. En snabb och målmedveten socio-ekonomisk utveckling har förändrat situationen. I denna utveckling har förbättrad närings- och bostadsstandard sannolikt spelat en vida större roll än hälso- och sjukvårdens landvinningar. Dagens skolläkare möter lindriga infektioner, allergier, över- och felnäring, psykosomatiska tillstånd, drogproblem och symptom på barns och ungdomars otrygghet.

Historisk utveckling

Sverige var ett av de första länderna i världen där skolläkare anställdes. Vid början av 1840-talet fanns skolläkare vid läroverken i Linköping och Växjö. 30 år senare hade de flesta läroverken i landet skollä-

kare. En av deras främsta arbetsuppgifter tycks ha varit mönstring för gymnastikundervisning. Efter hand fick verksamheten en elevvårdande inriktning. År 1892 reglerades skolhälsovården vid läroverken i lag (8).

Den svenska folkskolestadgan infördes år 1842. Nödlidande, fattigdom, för oss ofattbart långa skolvägar och hälsovådliga skollokaler präglade de första decennierna av den svenska folkskolan. Skolläkarnas intresse ägnades märkligt nog under ett femtiotal år inte åt dessa massiva socialmedicinska problem utan så gott som uteslutande åt minoriteten av barn vid läroverken. Först mot slutet av 1890-talet vann ett socialpediatriskt synsätt insteg i skolläkarnas arbete. På lokala initiativ anställdes skolläkare vid folkskolorna i Göteborg år 1895 och i Stockholm år 1899. Att man var föregångare i de stora städerna var säkerligen effekter av den tilltagande industrialiseringen och inflyttningen till städernas industrier från landsbygden. Det ökande socialmedicinska intresset för den merpart av svenska barn som gick i folkskolan var sannolikt också en effekt av det sociala ansvar som följde av nykterhetsrörelsens och arbetarrörelsens framväxt. Under 1910-talet hade samtliga folkskolor i Stockholm skolläkare. Den första skolsköterskan i landet anställdes i Stockholm år 1919.

Ur skolhälsovårdens verksamhetsberättelse för år 1919 från Stockholm kan följande citeras som en belysande tidsbild. "Den nyanställda skolsköterskan har mest varit sysselsatt i Brännkyrka, där hennes egentliga arbete bestod i att genomgå skolavdelningarna undan för undan och undersöka om barnen hade ohyra samt i så fall, dels genom föreskrifter till hemmen som hon besökte, dels genom egna ansträngningar, sörja för att barnen befriades från denna olägenhet. Skolsköterskan kallades av skolbarnen för lusfröken."

År 1936 inrättades i Stockholm den första skolöverläkartjänsten i landet. Det innebar ett omedelbart uppsving för skolhälsovårdens verksamhet vid folkskolorna att få en läkare vars uppgift var att ägna sig åt samordnings- och utvecklingsarbete.

Ur en skolläkarrapport från slutet av 1930-talet i Stockholm kan följande citeras: "På folkskolans område har under senare år ett lovande skolhygieniskt arbete inletts. Detta arbete står dock ännu i sin början. Vågar man sätta målet så högt som till en framtida landsomspännande organisation för hälsovården vid våra folkskolor efter de linjer som nu, i viss mån trevande börjat utvecklas, föreligger ett nära nog obegränsat arbetsfält för skolläkare och skolsköterskor."

Först år 1944 lagstadgades skolhälsovården vid folkskolorna. Detta torde vara den viktigaste händelsen i den svenska skolhälsovårdens historia. Det är anmärkningsvärt att läroverkens skolhälsovård var obligatorisk för huvudmännen 52 år innan motsvarande arrangemang vidtogs för folkskolorna. 1944 års föreskrifter för skolhälsovården gäller i stor utsträckning ännu i dag vad gäller såväl mål som metoder.

Organisation och dimensionering

Skolhälsovårdens funktion regleras i skollagen vad avser grundskola, gymnasieskola och specialskola. Särskolans skolhälsovård regleras i omsorgsstadgan.

Skollagen anger skolhälsovårdens målsättning på följande sätt: "Skolhälsovården har till ändamål att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Den skall främst vara av förebyggande natur." I förslaget till ny skollag anges vidare: "Den skall även omfatta annan hälso- och sjukvård som kan meddelas genom skolan."

I skollagen anges vidare att varje elev skall läkarundersökas ett bestämt antal gånger. Elever som har brister i hälsotillståndet kan undersökas oftare. Om föräldrarna, eleven själv eller skolpersonal önskar skall eleven också undersökas. Enligt skollagen åligger det faktiskt eleverna att låta undersöka sig i skolhälsovården. Kommunen åläggs vidare att erbjuda för eleverna helt kostnadsfri skolhälsovård.

Skolhälsovården står under skolöverstyrelsens överinseende. Primärkommunerna ansvarar för skolhälsovård vid grundskola och gymnasieskola. Detta innebär att skolhälsovården har annan huvudman än t ex mödra- och barnhälsovård, distriktsvård och slutna sjukvård.

Skolhälsovården är den enda obligatoriska delen av skolans elevvård. Man får hoppas att skolhälsovården genom sin funktion inte visar sig vara en besvärlig lagstadgad verksamhet för kommunerna utan i stället kommer att framstå som ett starkt kort i spelet om skolans knappa resurser. I skolförordningen stadgas att kommunerna skall tillhandahålla skolläkare, skolsköterska och lämplig mottagningslokal och att man skall föra hälsokort för varje elev. Skolöverstyrelsen bemyndigas utfärda ytterligare föreskrifter.

I skolöverstyrelsens författningssamling (SÖ-FS) meddelar SÖ föreskrifter och allmänna råd för skolhälsovården. Där finns bl a instruktion för skolläkare och skolsköterska, föreskrifter om elevhälsovårdsjournal, speciella föreskrifter om skolhälsovård vid vårdlinje och livsmedelslinje och instruktioner om vaccinationer (6).

Socialstyrelsen är central tillsynsmyndighet och landstingen är huvudman för nästan all hälso- och sjukvård i Sverige. Skolhälsovården står däremot under skolöverstyrelsens överinseende (12). Primärkommunerna ansvarar för viss socialläkarverksamhet och för skolhälsovård vid grundskola och gymnasieskola. Detta innebär att skolhälsovården har annan huvudman än t ex mödra- och barnhälsovård, distriktsvård och slutna sjukvård. I såväl betänkandet av 1974 års skolhälsovårdsutredning (13) som i betänkandet av Hälso- och sjukvårdsutredningen (14) diskuterar man för- och nackdelar med att behålla skolhälsovårdens särpräglade ställning inom hälso- och sjukvården.

Den förlängda utbildningstiden och föräldrarnas ökade engagemang utanför hemmen liksom skoldagens utformning enligt SIA-modellen (skolans inre arbete som bl a innefattar den samlade skoldagen) medför ett ökande krav på skolans omsorg om barn

och ungdomar. Det spelar rimligtvis inte så stor roll om skolhälsovården är en del av samhällets hälso- och sjukvård som lånas ut till skolan eller om den är en medicinsk expertfunktion som tillhör skolan. Det väsentliga är att skolhälsovårdens verksamhet svarar mot aktuella behov och förväntningar.

Delar av gymnasieskolans vårdutbildning är en landstingskommunal angelägenhet, så också dess skolhälsovård. Undervisningen i särskolan bedrivs också av landstingen. Det är numera vanligt att särskolan är lokalmässigt integrerad i grund- och gymnasieskolan. Vanligen köper då landstingskommunen skolhälsovårdstjänster från den primärkommunala skolhälsovården. Omsorgskommittén har föreslagit att särskolan bör bli primärkommunal i framtiden (15). Den statliga specialskolan för tex döva och blindas har egen skolhälsovård där skolläkaren ofta är hörsel- eller ögonläkare.

Skolläkare

Mer än 90 % av skolläkarna har annan huvudarbetsgivare än primärkommunen. I stor utsträckning är de distriktsläkare med enstaka skolläkartimmar inlagda i arbetsschemat. De utför tidsmässigt endast 40 % av landets totala skolläkararbete. Mer än hälften av skolläkararbetet utförs av de knappt 10 % av skolläkarna som har skolhälsovård som huvudarbetsuppgift. De är i stor utsträckning anställda i de största kommunerna. I några av landets största kommuner finns skolöverläkare som leder och samordnar verksamheten. De har funktionellt och lönemässigt ställning som motsvarar klinikchef. I de 30–40 närmast största kommunerna finns ofta förste skolläkare som förutom praktiskt skolläkararbete också handlägger vissa administrativa uppgifter. De har vanligen ledigt under ferierna. I landets övriga 240–250 kommuner administreras skolhälsovården av skoldirektör, biträdande skoldirektör eller skolsekreterare. I samtliga fall är kommunens skolstyrelse (den politiska nämnden) ansvarig för skolhälsovården.

Formellt är det enda behörighetskravet för skolläkare svensk läkarlegitimation. Kommunerna prioriterar dock i de flesta fall läkare med specialistkompetens i pediatrik eller allmänläkavård. Barnläkaren är uppfostrad i att undersöka barn med ut-

gångspunkt från tillväxt och utvecklingsnivå, vidare att bedöma barn med handikapp av olika slag och att hantera familjeproblematiken i dessa fall. Allmänläkaren kan å andra sidan ge en helhetssyn åt barnets familjesituation och tillföra verksamheten viktig socialmedicinsk information. En uppdelning mellan barnläkare och allmänläkare i skolhälsovårdsfrågor kan vara onödig, särskilt i adolescensen (2).

Inom den yrkestekniska utbildningen är de miljömedicinska problemen ofta av samma dignitet som i den professionella industrin. Därför har skolhälsovård vid ungdomsskola många gemensamma drag med företagshälsovård. En modell där en företagsläkare vid industri tillika är skolläkare vid närbelägen gymnasieskola med yrkestekniska linjer är intressant. Den läkaren kan tillföra skolan ett modernt yrkesmedicinskt tänkande genom direkt arbete i skolan. Inom ungdomsskolan kan också vuxenpsykiatrisk erfarenhet hos läkaren vara värdefull.

För skolläkarens tjänstgöring har något normalt aldrig stadgats. Ända sedan 1890-talet reglerades skolläkarens lön i ett mindre fast arvode och ett rörligt arvode per undersökt elev. Numera får skolläkaren antingen betalning per arbetad veckotimme eller är anställd som kommunal tjänsteman. Ibland nämns 200 elever per skolläkarveckotimme som praxis med avdrag för administrativa uppgifter i förekommande fall. År 1974 hade skolläkarna i 56 av landets kommuner fler än 500 elever per veckotimme, medan läkarna i endast 16 kommuner hade högst 200 elever. I Stockholm har skolläkare i vissa psykosocialt utsatta områden cirka 100 elever per veckotimme.

Skolsköterskor

De flesta skolsköterskor har skolan som enda arbetsplats och kommunen som arbetsgivare. De har ledigt under ferierna. Legitimerad sjuksköterska som genomgått vidareutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller inom öppen hälso- och sjukvård är behörig att inneha tjänst som skolsköterska. I glesbygdskommunerna fullgör där- emot distriktssköterskor en del av sin tjänst inom skolhälsovården. I de största kommunerna finns

skolhälsoassistenter som är skolsköterskor med administrativa uppdrag.

Skolförordningen har tidigare innehållit bestämmelser om det högsta antal elever en skolsköterska bör ha ansvar för per tidsenhet. Man strävade under början av 1970-talet att sänka detta normeringstal. 20 elever per arbetad veckotimme ansågs då vara en rimlig norm. År 1974 hade skolsköterskorna i Sverige i genomsnitt omsorg om 31 elever per veckotimme. I debatten framfördes tanken att ge kommunerna fria händer att skapa en flexibel organisation med resurser efter lokala behov. Därför avskaffades normtalet i skolförordningen. Det är osäkert om åtgärden haft önskad effekt mot bakgrund av kommunernas tilltagande resurskris. I Stockholms kommun har dock skolsköterskor i vissa problemtyngda områden endast omkring 12 elever per veckotimme.

Skolhälsovårdens inriktning

Skolhälsovårdens arbete kan med ett synsätt strikt begränsas till skolan. Verksamheten kan då liknas vid skolans företagshälsovård. En del hävdar att skolhälsovården skulle vara öppen för såväl elever som för lärare och övrig skolpersonal. Med ett annat synsätt är skolhälsovården en del av samhällets totala stöd för barn och ungdomar i skollåldern. Man ser då skolan som en del av hela samhället. I det första fallet arbetar man med elever, i det andra med barn och ungdomar.

Skolhälsovården arbetar på såväl individuell som på generell nivå. Kontakter med enskilda elever kan ske i form av konsultation eller i screeningundersökningar. I dessa fall är det angeläget att barn, ungdomar och föräldrar känner sig förvissade om att skolhälsovården aldrig för förtroenden och personliga uppgifter vidare i skolan utan medgivande. I samråd med patienten kan skolans samlade elevvårdande expertis givetvis anlitas för enskilda elever med problem. Expertisen finns samlad i elevvårdskonferensen där rektor, läkare, skolsköterska, kurator, psykolog och speciallärare ingår. På generell nivå ingår skolhälsovården som den medicinska sakkunskapen i skolans arbete.

Skolhälsovårdens inriktning kan uppdelas i prevention och behandling. De preventiva åtgärderna kan vara primära, sekundära och tertiära. Primär-

Skolhälsovårdens medicinska sakkunskap bryts i elevvården emot pedagogiska, psykologiska och sociala synsätt. Detta leder i bästa fall till ett nyanserat synsätt på hälsan.

prevention innebär att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Sekundärprevention är att tidigt upptäcka sjukdom, vanligen genom screeningundersökningar. Tertiärpreventionen innebär att lindra konsekvenserna av redan uppkommen sjukdom.

Primärprevention

Skolans hälsofostran anses vara mycket betydelsefull (16). Attityder och beteenden om levnadsvanor grundläggs tidigt. Skolan når på ett sammanhållet sätt nästan alla barn och ungdomar. Alla missbrukare har en gång varit elever. Å andra sidan tillbringar barn och ungdomar endast 10% av sin tid i skolan och beteenden och attityder påverkas troligen i högre grad i hemmen och i kamratkretsen.

Skolhälsovårdens medicinska sakkunskap bryts i elevvården mot pedagogiska, psykologiska och sociala synsätt. Detta leder i bästa fall till ett nyanserat synsätt på hälsan. I vissa fall är skolhälsovårdens medicinska inriktning särskilt angelägen. Mer eller mindre kortvariga modenycker föds allt oftare inom hälsovården. De saknar ibland vetenskaplig förklaringsmodell, bygger på vidskepelse, tro och tyckande. Vissa teorier bygger på ren fientlighet mot naturvetenskapliga kunskaper. Kommersiella intressen utnyttjar också våra försök att välja en mindre destruktiv livsstil. Ungdomar är en lättköpt målgrupp. Skolan bör ge barn och ungdomar ett sakligt synsätt på hälsan grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Skolhälsovårdens roll i hälsofostran är ett angeläget område för utveckling.

Varje år skadas cirka 317 000 barn och ungdomar i Sverige så illa att de måste söka läkarvård. Skolan är landets största arbetsplats med ca 1.3 milj. elever. Det torde vara en angelägen primärpreventiv uppgift att bevaka barnens skyddsfrågor i skolan. Det olycksförebyggande arbetet bör ske utifrån en systematiskt insamlad kunskap om skololycksfall.

Centralt organiserad olycksfallsregistrering finns vid Stockholms skolor. Totalt drabbas cirka 7 skolbarn av 1 000 av så svår skada i skolan att de måste söka akut sjukvård varje år.

Omkring hälften av de svåra skadorna vid låg- och mellanstadium inträffar under rast, vanligen genom konfrontation mellan eleverna, bråk, trängsel och aggressivitet. Nära hälften av de svåra olycksfallen vid högstadium och gymnasium sker under gymnastiklektion, ytterligt sällan som följd av fel på redskap, oftast under lagidrotter.

Den svenska skolhälsovården följer ett generellt vaccinationsprogram. I årskurs 1 bedömer man och kompletterar vaccinationsstatus vad gäller tetanus-difteri och polio. I årskurs 4 ger man boosterdos av tetanus-difteri och i årskurs 6 rubellavaccination till flickor. Regeringen har nyligen föreskrivit att man skall ge ett trippelvaccin omfattande morbilli, parotit och rubella till såväl flickor som pojkar i årskurs 6. I årskurs 8 erbjuder man PPD-prövning och BCG-vaccination. Flickor på vårdlinjen i gymnasieskolan får rubellavaccination efter immunitetsprövning. Samtliga vaccinationer är frivilliga för den enskilde. Enligt gällande bestämmelser är skolköterskan behörig att såväl göra medicinsk bedömning före vaccination som att utföra vaccination självständigt.

Enligt en undersökning i Stockholm lämnar 3 % resp. 6 % av alla 6-åringar barnavårdscentralen utan fullgott skydd mot tetanus-difteri resp. polio. Skolhälsovården vaccinerar dessa barn i årskurs 1 så att därefter endast 0.3 % resp. 0.5 % av 7-åringarna inte har fullgott skydd. De barn som återstår har föräldrar som av olika skäl bestämt vägrar vaccination. Detta är ett mått på barnavårdscentralernas effektivitet och visar betydelsen av att skolhälsovården kompletterar och följer upp det barnavårdscentralerna gör.

Tandhälsovården är en annan viktig del av skolans primärpreventiva uppgifter (7). Landstingen

.....
Totalt drabbas cirka 7 skolbarn av 1 000 av så svår skada i skolan att de måste söka akut sjukvård varje år.
.....

.....
Det finns inga bestämmelser om läkarundersökningarnas innehåll. De regleras i stället av gamla traditioner och av förslag från olika specialistföreningar.
.....

har sedan 1973 lagstadgat ansvar för tandvården för barn och ungdomar under 20 år. Vården sker vid distriktstandpoliklinikerna och endast i undantagsfall vid skoltandkliniker som var allmänt förekommande då skoltandvården var en kommunal angelägenhet. Skolhälsovård och skoltandvård har således olika huvudmän.

Sekundärprevention

Skolhälsovårdens sekundärpreventiva uppgift i form av screeningundersökningar benämns klassundersökningar eller läkarundersökningar. Vid varje form av screeningundersökning bör man överväga vilken sjukdom man vill spåra, om det är av värde för patienten att få diagnosen, om metoden har tillräcklig sensitivitet och specificitet och om utbytet är sådant att det motsvarar rimliga krav på cost-benefitkvot. Den ofta framförda inställningen att ju mer tid man ägnar åt varje patient, desto mer hittar man, duger inte. I stället bör man överväga om det man hittar har någon relevans. Enligt bestämmelserna i skollagen och i SÖ:s föreskrifter skall samtliga elever läkarundersökas i årskurserna 1, 4, 8 och i gymnasieskolans årskurs 1. Däremot finns inga bestämmelser om läkarundersökningarnas innehåll. De regleras i stället av gamla traditioner och av förslag från olika specialistföreningar. Detta innebär att skolhälsovården har stor lokal frihet att anpassa screeningrutinerna till aktuella behov och förutsättningar. I de flesta av landets kommuner sker ändå screeningundersökningarna förbluffande likartat. Synskärpa, längd och vikt undersöks i årskurserna 1, 2, 4, 6, 8 och i gymnasieskolans årskurs 1, audiometrisk undersökning i årskurserna 1, 4, 8 och gymnasieskolans årskurs 1, färgsinne i årskurs 6 eller 7.

Hjärtauskultation utförs vanligen vid varje läkarundersökning. Detta är ett typexempel på hur en gammal tradition lever kvar. För 40–50 år sedan

.....
Nästan alla avvikelser är redan kända när barnen börjar i skolan.
.....

var de flesta klaffel förvärvade vid t. ex. reumatisk feber. Det var då värt att satsa en screeningrutin på att nyupptäcka blåsljud (17). I dagens sjukdoms-panorama torde nästan samtliga blåsljud vara medfödda och diagnostiserade vid barnavårdscentralen. De blåsljud som skolläkaren upptäcker torde vara de fysiologiska som ju är helt ofarliga. Kanske gör vi större skada än nytta med att sända in dessa ofarliga "skolläkarblåsljud" i sjukvårdsapparaten.

Inom en välutbyggd och välfungerande barnhälsovård bör avvikelser i hälsotillståndet upptäckas på ett tidigt stadium, tidigare än innan barnet kommer till skolan. Föräldrarna kan givetvis också söka läkare på eget initiativ. Detta är bakgrunden till att nästan alla avvikelser redan är kända när barnen börjar i skolan. De avvikelser som nyupptäckts i skolhälsovårdens screeningprogram kan antingen ha tillkommit sedan senaste undersökning inom barnhälsovården eller också kan de ha missats vid tidigare undersökningar.

Det gäller inte bara att göra rätt saker, utan att rätt person också gör rätt saker. Professor Köhler och medarbetare har visat att skolsköterskan mycket väl kan ensam genomföra screeningundersökningar för funktionellt betydelsefulla avvikelser i hälsotillståndet med hög sensitivitet och specificitet. Skolläkaren tillförde inte undersökningen något medicinskt relevant förutom att den blev väsentligt dyrare. (10, 11).

Många ungdomar känner en mer eller mindre dold oro för sin kropps utveckling och funktioner. I en del fall kan läkaren fånga upp dessa funderingar vid en massundersökning. Somliga anser att varje tonåring skall träffa en läkare för att få möjligheten att ventiler sin oro. Men det bör väl snarare vara så att vi bör finna de ungdomar som har behov av samtal med läkare. Alla har det förvisso inte. Kanske har skolsköterskan genom sitt dagliga arbete i skolan bättre kunskaper om sina ungdomar och därigenom bättre förutsättningar att hantera dessa frågor. Andra anser att läkaren bör träffa varje ton-

åring för att kunna föra ett individuellt hälsosamtal. Läkaren gör härvid massundersökningen till ett hälso-pedagogiskt moment. Utbytet bör vägas emot driftkostnaden för en läkare. Kanske kan skolsköterskan uträtta samma eller bättre hälso-pedagogiska insats?

Syftet med läkarundersökningen i årskurs 1 är att komplettera barnavårdscentralens sjukdomsupspårande verksamhet i de fall det är nödvändigt, vidare att påverka skolsituationen för barn med någon form av sjukdom eller funktionsnedsättning. Vanligen övertar skolhälsovården barnets hälsojournal från barnavårdscentralen. Tyvärr är barnets hälsojournal inte utformad så att den kan användas fortsättningsvis i skolan.

I vissa fall möter föräldrarna samma läkare i skolan som vid barnavårdscentralen och vårdcentralen. Detta är givetvis en fördel och borgar för kontinuitet och helhetssyn. Det är däremot tveksamt om läkaren då behöver träffa samtliga barn. I stället borde läkarens insatser koncentreras till de barn som verkligen behöver dem.

Man bör således allvarligt överväga läkarens medverkan i skolhälsovårdens screeningrutiner. Skolläkaren skall givetvis handleda skolsköterskan vid tveksamheter om tolkningen av fynd. För att skolsköterskan inte skall få en ökad arbetsvolym bör undersökningarna omvärderas vad gäller såväl metoder, omfattning som inriktning. Denna värdering bör ske mot bakgrund av ett epidemiologiskt synsätt.

En förändring av läkarens medverkan i skolhälsovårdens screeningundersökningar är för närvarande olaglig. Skollagen anger nämligen att samtliga elever skall genomgå "läkarundersökning". Man bör därför överväga att ändra skollagens lydelse till "läkarundersökning eller undersökning under läkares överinseende".

.....
Det är tveksamt om läkaren behöver träffa samtliga barn. I stället borde läkarens insatser koncentreras till de barn som verkligen behöver dem.
.....

Tertiärprevention

En viktig del i tertiärpreventionen i skolan är att "bädda så mjukt som möjligt" för barn med kronisk sjukdom. Tidigare skyddades det svårt handikappade barnet från samhället vid stora vanförestalter och institutioner. Den moderna barnhabiliteringens slutmål är däremot integrering i samhället. I dag är exempelvis 90 % av alla rörelsehindrade barn individuellt integrerade i skolan, dvs de går i vanlig skolklass bland friska kamrater.

Trots att integreringen har gått snabbt har den tekniska och pedagogiska situationen utvecklats förhållandevis väl. Situationen torde vara sämre när det gäller attityder. Läraren upplever ibland tvekan och ångest inför den handikappade eleven. Det är därför inte så märkligt att man kan möta vanföreställningar om handikapp och orsaker till handikapp i skolorna. Osäkerheten kan minskas med saklig och osentimental information om kronisk sjukdom eller skada. Skolläkaren kan ge sådan allmän information vid studiedagar och i lärarutbildningen.

Skolläkaren kan tillsammans med föräldrarna svara på lärarens frågor om det enskilda handikappade barnet och ge en realistisk syn på eleven. I gengäld kan läraren förmedla viktig medicinsk information om eleven. Det är därför nödvändigt att skolläkaren etablerar en god kontakt med den behandlande läkaren vid sjukhus eller habiliteringsmottagning. Skolhälsovården kan ses som en förmedlande länk mellan skola och sjukhus (3). Skolhälsovårdens engagemang kring integreringsfrågorna kommer troligen att vara en väsentlig fråga i det preventiva arbetet i framtiden.

En annan viktig uppgift i försöken att lindra effekterna av kronisk sjukdom och skada är den medicinska yrkesvägledningen. Skolhälsovården förfogar över en adekvat bild av varje elevs hälsosituation framför allt till följd av skolsköterskornas noggranna kännedom om eleverna (4).

I vissa fall ställer arbetslivet bestämda medicinska krav på individens hälsa ur säkerhetssynpunkt. I andra fall kan man utifrån medicinsk vetenskap och beprövad erfarenhet förutsäga att vissa sjukdomar förvärras i vissa typer av yrken. Ibland kan man se skräckexempel på felaktiga val av utbildningsvägar trots adekvat information. Det kan tex handla om

.....
Skolhälsovården deltar i en föga beaktad men inte ringa del av den totala sjukvårdsproduktionen.
.....

drömyrket som damfrisörska för flickan med handeksem. I de flesta fall accepterar ungdomar och föräldrar den medicinska inskränkningen i valfriheten men ibland kan hela familjer svikta inför nyorienteringen. Därför skall den medicinska yrkesorienteringen komma in på ett tidigt stadium och inriktas på att klargöra alternativa och lämpligare utbildningsvägar. Rågivningen bygger inte bara på arbetslivets krav. Den ger också eleverna kunskap om den egna hälsan, om möjligheter och begränsningar.

Behandling

Det finns inga formella hinder att bedriva sjukvård inom skolhälsovården. Beräkningar har visat att cirka hälften av skolläkarnas arbetstid i Stockholm ägnas åt ren sjukvård. 70 % av skolsköterskornas arbetstid vid högstadieskolor i Stockholm används till sjukvård varvid skolsköterskan handlägger nära 90 % självständigt. Skolhälsovården deltar i en föga beaktad men inte ringa del av den totala sjukvårdsproduktionen.

Effektivitetsskäl kan tala för sjukvård i skolan. Eleverna erbjuds en utmärkt närhetsservice med god kontinuitet och helhetssyn och man undviker långa resor med frånvaro och ledigheter. Å andra sidan är det ur ekonomisk och principiell synpunkt knappast försvarbart att bygga upp parallella sjukvårdsfunktioner, särskilt inte när primärvården prioriteras. Skall vidare den ena huvudmannen kräva ersättning från den andra eller själv bekosta vad den andre borde betala eftersom skolhälsovård och övrig sjukvård har olika huvudmän?

Dessa problem kan förebyggas i stor utsträckning om skolläkaren samtidigt är läkare vid närbelägen vårdcentral. Då kan patienter med sjukvårdsbehov som fångats upp i skolhälsovården snabbt och smidigt tas över till sjukvården med läkarens hjälp. Uppgifter om patienternas behandling kan å andra sidan lika smidigt givas tillbaka till skolan för anpassning av skolsituationen.

Det finns dock skäl för att behålla en viss andel av sjukvård inom skolhälsovården. Vid en sjukvårds-konsultation är man sannolikt mycket mottaglig för individuell hälsoupplysning. Flickan med bronkit kan förväntas bättre förstå budskapet att hon skall sluta röka om det gives när doktorn undersökt henne än om hon hör på en lektion om rökningens risker. Vid en ren sjukvårdsmottagning finns däremot risk att det förebyggande budskapet drunknar i all sjukvård. Att förebygga med sjukvårdens hjälp görs därför sannolikt bäst inom skolhälsovården. Det har vidare visat sig vara lämpligt att ge skolhälsovården ökade sjukvårdsresurser i områden med hög andel invandrare.

Skolhälsovården får oftast primärt ta emot elever med psykosomatiska problem. Det är viktigt att göra en medicinsk bedömning från början, men att därefter snabbt behandla i bred samverkan i familj och skolmiljö. Skolhälsovården bör därför vara en lämplig inkörsport för behandling av psykosomatiska problem. Man får däremot inte medikalisera den psykosociala problematiken genom att tex medicinera mot psykosomatisk magvärk, huvudvärk och trötthet. Kanske är skolhälsovården bättre lämpad än sjukvården att undvika denna medikalisering?

Evaluering

De stigande sjukvårdskostnaderna har skärpt kraven på kritisk bedömning. Vilket utbyte får vi av insatserna? Kan vi få bättre utbyte till samma pris eller samma utbyte till lägre pris? I bedömningen av skolhälsovårdens insatser saknar man helt resonemang om cost-benefit och cost-effectiveness. Man mäter inte effekter och resultat, i stället resurser, tex antal läkartimmar per elev, och produktivitet,

.....

I bedömningen av skolhälsovårdens insatser saknar man helt resonemang om cost-benefit och cost-effectiveness. Man mäter inte effekter och resultat, i stället resurser, tex antal läkartimmar per elev, och produktivitet, tex antal läkarundersökningar och vaccinationer.

.....

tex antal läkarundersökningar och vaccinationer. Det står i dag den lokala skolhälsovården fritt att redovisa verksamheten på valfritt sätt för de kommunala politikerna.

Skolöverstyrelsen har nyligen tagit ett lovvärt initiativ till att mäta effekter av vaccinationer. Man följer vaccinationsstatus bland skolbarn och relaterar till aktuellt insjuknande. I övrigt är effektmätning inom hälsovård svår att genomföra. På det nationella eller regionala planet bör en evaluering av skolhälsovården som tar hänsyn till analytisk epidemiologi och cost-effectiveness-värdering vara mest matnyttig. På det lokala planet kan en produktivitetvärdering tillsammans med deskriptiv kvalitetsanalys och daglig feed-back vara värdefull.

Avslutning

Skolhälsovården anklagas ibland för bristande effektivitet, föråldrade metoder och dubiösa målsättningar. Det kan vara svårt att anpassa en traditionsrik organisation till nya förutsättningar. Ibland kan det vara nödvändigt att kasta gamla lojaliteter över bord (9).

När man givit en viss uppmärksamhet åt det diskutabla i en verksamhet kan de värdefulla dragen framstå med tydlig relief. För skolhälsovården gäller i hög grad de i sjukvårdsdebatten så ofta använda honnörsorden: Närhet, Kontinuitet, Helhetssyn.

Skolsköterskan är den kompetenta resursperson som litet vid sidan av lärare och föräldrar ofta är den första självständiga sjukvårdskontakten för barn. Dagens barn är morgondagens sjukvårdskonsumenter. Man kan ana att skolhälsovårdens grundpelare, skolsköterskan, spelar en viktig roll i den offensiva folkhälsopolitiken (5). Eleverna kan söka skolsköterskan för vad som helst utan att någon annan behöver ha med det att göra. Besök hos psykologen betyder oftast själsliga problem. Besök hos skolsyster kan betyda allt från skoskav till självmordstankar. Därför får hon först av alla i skolan ta emot stora och små bekymmer från eleverna. Hon är skolans säkerhetsventil, ett slags mamagestalt för eleverna. Det är väsentligt att denna viktiga funktion inte bryts loss ur skolan. I stället bör skolsköterskans roll i skolans inre arbete befästas.

Skolsköterskans arbete innebär en hög grad av

självständighet i medicinska bedömningar och allmänt omdöme. När skolläkaren själv handlägger ärenden av rutinkaraktär i skolhälsovården hämmas skolsköterskan och går in i rollen som okvalificerad sekreterare åt läkaren. När å andra sidan skolläkaren inte alls deltar i arbetet vågar skolsköterskan inte vara självständig. Det gäller att hitta den nivå där skolläkaren är ett stöd för skolsköterskans arbete. Betoningen av det unika i skolsköterskans verksamhet måste naturligtvis återspeglas i ökat professionellt status och i krav på fortbildning. Det gäller att komma bort från onödig övertro och lojalitet mot skolläkarens ofta oriktigt förmodade bättre lämplighet för vardagligt skolhälsovårdsarbete.

Skolläkarens arbetssätt baseras kanske mer på respekt för traditioner än på hänsyn till faktiska behov (1). Den svenske skolläkaren skall inte avvecklas, snarare utvecklas. Skolläkarens verksamhet bör främst koncentreras kring:

- Medicinsk information till skolpersonal och föräldrar, särskilt om kronisk sjukdom och i samband med hälsofostran.
- Medicinskt stöd för skolsköterskan.
- Förmedlande länk mellan sjukvård och skola.
- Individuell kontakt med de elever som har behov av det.

Skolsköterskans verksamhet kan då struktureras på följande sätt:

- Medicinsk sakkunskap i skolans vardagsarbete.
- Bevakning av skolans miljömedicinska problem.
- Screeningundersökningar och vaccinationer.
- Allmän mottagning för barn och ungdomar för enklare sjukvård med klar hälsopedagogisk inriktning.

Skolhälsovården bör främja den egna medicinska särarten i skolan och från den utgångspunkten sam-

Skolhälsovården bör vara den medicinska delen av samhällets totala stöd och hjälp till barn och ungdomar i skolåldern i deras försök att uppnå bästa möjliga hälsa.

Skolläkarens arbetssätt baseras kanske mer på respekt för traditioner än på hänsyn till faktiska behov.

verka med och tillföra medicinskt know-how till skolans arbete. Skolhälsovården bör vidare vara den medicinska delen av samhällets totala stöd och hjälp till barn och ungdomar i skolåldern i deras försök att uppnå bästa möjliga hälsa.

REFERENSER

1. Briandt, M-L: Skolläkare behövs i skolan. Läkartidningen 78: 2133–2134, 1981.
2. Cernerud, L: Barnhälsovården och allmänläkaren. Läkartidningen 73: 1781, 1976.
3. Cernerud, L: Rörelsehindrade barn – skolhälsovårdens roll. Läkartidningen 73: 3226–3227, 1976.
4. Cernerud, L: Skolhälsovården och medicinsk yrkesorientering. Läkartidningen 75: 3503, 1978.
5. Cernerud, L: Skolsköterskan – grundpelare i skolhälsovården. Vårdfacket nr 15, 4–6, 1978.
6. Eek, K, Fellenius, G: Skolhälsovård, en handbok, 5:te uppl. Liber utbildningsförlaget, Stockholm 1980.
7. Granath, L, Grahnén, H: Odontologisk kostrådgivning – en naturlig del av barnhälsovården. Findus Forum 2: 3–11, 1980.
8. Herlitz, C W: Skolhygienens historia. Magn Bergvalls förlag, Stockholm 1961.
9. Jorming, B: Skolhälsovården – en skolsystemets fänge. Läkartidningen 77: 4618–4620, 1980.
10. Kornfält, R: Skolbarns hälsa. En studie i ett primärvårdsdistrikt. Akademisk avhandling, Lund, 1981.
11. Köhler, L: Physical mass examinations in the school health service. Acta Paediatr Scand 66: 307–310, 1977.
12. Orehag, L: Skolöverstyrelsen och skolhälsovården. Läkartidningen 78: 2993, 1981.
13. Skolhälsovård. Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning. SOU 1976: 46.
14. Mål och medel för hälso- och sjukvården. Betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen. SOU 1979: 78.
15. Omsorger om vissa handikappade. Betänkande från Omsorgskommittén. SOU 1981: 27.
16. Hälsofostran i skolan. Skolöverstyrelsens handlingsprogram. SÖ, Stockholm, 1981.
17. Skolhygien. Utgiven av Kungl Skolöverstyrelsen, Svenska Bokförlaget, Norstedts, Stockholm, 1946.