

SKOL HÄLSO VÅRD

Betänkande av

1974:1, 1974:2, 1974:3, 1974:4, 1974:5, 1974:6, 1974:7, 1974:8, 1974:9, 1974:10, 1974:11, 1974:12, 1974:13, 1974:14, 1974:15, 1974:16, 1974:17, 1974:18, 1974:19, 1974:20, 1974:21, 1974:22, 1974:23, 1974:24, 1974:25, 1974:26, 1974:27, 1974:28, 1974:29, 1974:30, 1974:31, 1974:32, 1974:33, 1974:34, 1974:35, 1974:36, 1974:37, 1974:38, 1974:39, 1974:40, 1974:41, 1974:42, 1974:43, 1974:44, 1974:45, 1974:46, 1974:47, 1974:48, 1974:49, 1974:50, 1974:51, 1974:52, 1974:53, 1974:54, 1974:55, 1974:56, 1974:57, 1974:58, 1974:59, 1974:60, 1974:61, 1974:62, 1974:63, 1974:64, 1974:65, 1974:66, 1974:67, 1974:68, 1974:69, 1974:70, 1974:71, 1974:72, 1974:73, 1974:74, 1974:75, 1974:76, 1974:77, 1974:78, 1974:79, 1974:80, 1974:81, 1974:82, 1974:83, 1974:84, 1974:85, 1974:86, 1974:87, 1974:88, 1974:89, 1974:90, 1974:91, 1974:92, 1974:93, 1974:94, 1974:95, 1974:96, 1974:97, 1974:98, 1974:99, 1974:100

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013

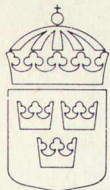


National Library
of Sweden

SKOL
HÄLSO
VÅRD

Betänkande av
1974 års skolhälsovårdsutredning

SOU
1976:46



Statens offentliga utredningar

1976:46

Utbildningsdepartementet

Skolhälsovården

Betänkande av 1974 års skolhälsovårdsutredning

Stockholm 1976

ISBN 91-38-02928-6
ISSN 0375-250X
Gotab, Stockholm 1976

Till statsrådet och chefen för utbildnings- departementet

Kungl. Maj:t bemyndigade den 7 februari 1974 statsrådet Lena Hjelm-Wallén att tillkalla högst tre sakkunniga jämte experter och sekreterare med uppgift att utreda skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap.

Med stöd av detta bemyndigande tillkallades den 18 februari 1974 såsom sakkunniga ledamoten av riksdagen, förlagschefen Jan-Erik Wikström, ordförande, ledamoten av riksdagen, skolsköterskan Frida Berglund samt departementssekreteraren i utbildningsdepartementet Agneta Charpentier.

De sakkunniga antog den 13 mars 1974 namnet 1974 års skolhälsovårdsutredning.

Till experter i utredningen utsågs den 20 mars 1974 skolöverläkaren Karin Eek-Fock, SÖ, docenten Tage Möller, socialstyrelsen, sekreteraren Åke Nilsson, Svenska Kommunförbundet, direktören Sverre Royen, Landstingsförbundet samt den 4 maj 1974 skolhälsoassistenten Gudrun Nölander, Svensk sjuksköterskeförenings skolsköterskesektion och skolöverläkaren Sven-Ivar Rollof, Svenska skolläkarföreningen.

Till experter med särskild uppgift att svara för den vetenskapliga ledningen av utredningens enkätundersökning till befattningshavare i skolan utsågs den 1 juli 1974 professorn Bengt-Olov Ljung, Stockholm samt den 23 oktober 1974 forskningsassistenten Gunilla Lindgren Stockholm.

Expert med särskild uppgift att granska årskursundersökningarnas innehåll och organisation har från och med den 2 april 1975 till och med den 30 juni 1975 varit med. dr. Ulf Lindberg, Göteborg.

Till utredningen har också knutits en referensgrupp i vilken från och med den 11 oktober 1974 följande experter ingått: Skolkuratören Helga Blomqvist, Sveriges skolkuratorers förening, skolchefen Per-Åke Brandt, TCO, skolkonsulenten Greta Fellenius, SÖ, studeranden Ann Charlotte Greber, SECO (t. o. m. den 25 november 1975), numera ombudsmannen Stig Gustafsson, Sveriges Folkhögskoleelevers Förbund, fru Jacomien Holmgren, Riksförbundet Hem och Skola, länskolpsykologen Gösta Kåräng, Sveriges Psykologförbund, ombudsmannen Håkan Nilsson, Elevförbundet (t. o. m. den 30 september 1975), gymnastikdirektören Kjell Åström, SACO, sekreteraren Ingegerd Örne, LO samt från och med den 1 oktober 1975 studeranden Johan Rådmark, SECO och från och med den 26 november 1975 studeranden Anna Wallgård, Elevförbundet.

Till sekreterare i utredningen utsågs den 30 mars 1974 folkskolläraren Lars Lindahl och som biträdande sekreterare har från och med den 1 juli 1974 till och med den 31 mars 1976 gymnastikdirektören Rose-Marie Ahl-

gren tjänstgjort. Inom sekretariatet har vidare kontorsbiträdet Turid Lein-Thylin tjänstgjort från och med den 1 augusti 1974.

Utredningen har avgivit remissvar över betänkandena Sexual- och samlivnadsundervisning (SOU 1974:59) samt Framtida studerandehälsovård (SOU 1975:7).

Till utredningen har inkommit ett antal skrivelser från såväl enskilda skolsköterskor som grupper av skolsköterskor samt från fackliga organisationer och elevorganisationer.

De sakkunniga har tillsammans med ett antal experter och med sekretariatet genomfört studiebesök i Luleå, Arvidsjaur, Älvsbyn, Tierp, Uppsala, Göteborg, Dalby och i Stockholm. De sakkunniga har dessutom tillsammans med två av experterna och sekreteraren gjort en studieresa till Sovjetunionen.

Skolhälsovårdsutredningen får härmed överlämna sitt huvudbetänkande Skolhälsovården.

Till betänkandet har fogats ett särskilt yttrande av experterna Möller, Nilsson och Royen samt ett särskilt yttrande av experterna Möller och Royen.

Samtidigt med huvudbetänkandet överlämnas delbetänkandet Skolhälsovårdens enkätundersökningar till berörda befattningshavare i skolan (DsU 1976:3).

Utredningsuppdraget är med detta slutfört.

Stockholm i augusti 1976

Jan-Erik Wikström

Frida Berglund

Agneta Charpentier

/Lars Lindahl

Innehåll

I	Sammanfattning	
	Direktiven, bakgrundsmaterial överväganden och förslag . . .	11
II	Bakgrund och bedömningsunderlag	
1	<i>Utredningens bakgrund och direktiv</i>	21
2	<i>Skolhälsovårdens uppbyggnad och nuvarande organisation</i> . . .	25
2.1	Historik	25
2.1.1	Allmänt	25
2.1.2	Skolhälsovården åren fram till 1944-45	26
2.1.3	Skolhälsovården efter 1945	27
2.2	Bestämmelser, anvisningar och rekommendationer för skol- hälsovården	28
2.2.1	Skollag och skolförordning	28
2.2.2	Läroplaner och supplement	30
2.2.3	SÖ:s anvisningar	34
2.2.4	Sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse	37
2.2.5	Kommunförbundens rekommendationer	39
2.3	Skolhälsovården som en del av elevvården	40
2.3.1	Allmänt	40
2.3.2	Elevvårdskonferensen	40
2.3.3	Skolpsykolog	41
2.3.4	Skolkurator	42
2.3.5	Yrkesvalslärare/syo-konsulent	44
2.4	Skolhälsovården i samhällets totala barnomsorg	45
2.5	Skolhälsovårdens samverkan med primär- och landstingskom- munala organ	61
2.5.1	Allmänt	61
2.5.2	Social centralnämnd	61
2.5.3	Fritidsnämnd och Kulturnämnd	61
2.5.4	Organ för samverkan i primärkommunerna	62
2.5.5	Hälsovårdsnämnden	62
2.5.6	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet	63
2.5.7	Skoltandvården	66
2.5.8	Samordnade insatser för elever med syn- och hör- seldefekter	68

2.5.9	Landstingens barnhälsovård	68
2.5.10	Landstingens öppna och slutna barnsjukvård	71
2.6	Försök till samordning mellan landstingskommunal hälso- och sjukvård och skolhälsovården	73
2.6.1	Allmänt	73
2.6.2	Tierpsprojektet	73
2.6.3	Dalbyprojektet	73
2.6.4	Uddevallamodellen	74
2.6.5	Mölnålsförsöket	75
2.7	Försöksverksamhet inom skolhälsovården	75
2.7.1	Allmänt	75
2.7.2	Central försöksverksamhet	76
2.7.3	Kommunal försöksverksamhet	86
3	<i>Skolhälsovården i kommunerna – resurser m m</i>	91
3.1	Resurser vårterminen 1974 enligt utredningens enkätundersökning	91
3.1.1	Primärkommunerna	91
3.1.2	Landstingskommunerna	93
3.2	Utredningens enkätundersökning bland olika befattningshavare i skolan	94
3.2.1	Skolhälsovårdspersonalens samarbete	95
3.2.2	Kontakter mellan skolhälsovårdspersonal och övriga befattningshavare i skolan	96
3.2.3	Elevvårdskonferenserna	99
3.2.4	Kontakter mellan elever/föräldrar och skolhälsovårdspersonalen	100
3.2.5	Kontakter med grupper och institutioner i eller utanför skolan	101
3.2.6	Sekretess och tystnadsplikt	101
3.2.7	Skolhälsovårdspersonalens syn på sina arbetsuppgifter och anställningsförhållanden	102
3.2.8	Vidareutbildning och fortbildning av skolhälsovårdspersonalen	105
3.2.9	Allmänna synpunkter på skolhälsovårdens funktion samt förslag till förbättringar	105
4	<i>Aktuella utredningar m. m. inom eller med anknytning till skolhälsovården</i>	109
4.1	Allmänt	109
4.2	Utredningen om skolans inre arbete (SIA)	109
4.3	Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågorna i undervisnings- och upplysningsarbetet (USSU)	110
4.4	Socialutredningen	111
4.5	Barnstugeutredningen	112
4.6	Studerandehälsovårdsutredningen	113
4.7	Barnomsorgsgruppen	113
4.8	Barnmiljöutredningen	114
4.9	Folkhögskoleutredningen	115

4.10	Arbetsmiljöutredningen	115
4.11	Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet	117
4.12	Tystnadspliktskommittén	118
5	<i>Skolhälsovården inom andra skolformer</i>	119
5.1	Allmänt	119
5.2	Särskolan	119
5.3	Specialskolan	120
5.4	Kommunal vuxenutbildning	121
5.5	Folkhögskolan	121
6	<i>Skolhälsovården i några andra länder</i>	123
6.1	Norge	123
6.2	Danmark	125
6.3	Finland	126
6.4	England	128
6.5	Sovjetunionen	129
6.5.1	Allmänt	129
6.5.2	Skolhälsovårdens uppbyggnad	130
6.5.3	Det hälsovårdande arbetet	131
6.5.4	Det medicinska innehållet	133

III Överväganden och förslag

7	<i>Avgränsning av utredningens uppdrag</i>	135
8	<i>Skolhälsovården i grundskola och gymnasieskola</i>	137
8.1	Mål och innehåll	137
8.1.1	Nuläge	137
8.1.2	Förändrat mål – förändrat innehåll	138
8.2	Medel och metoder	139
8.2.1	Allmänt	139
8.2.2	Fördjupning av elevkännedomen	141
8.2.3	Undersökningar och åtgärder	145
8.2.4	Elever i behov av särskild hälsokontroll	151
8.2.5	Utredningar om skolsvårigheter m. m.	152
8.2.6	Stödåtgärder inom skolans ram	153
8.2.7	Hälsouppllysning m. m.	154
8.2.8	Arbetsmiljöfrågor	158
8.2.9	Elevens aktiva medverkan	161
8.3	Organisation	162
8.3.1	Allmänt	162
8.3.2	Lokalisering av skolhälsovården	163
8.3.3	Elevantal per skolläkare och skolsköterska	164
8.4	Huvudmannaskap	166
8.4.1	Allmänt	166
8.4.2	Skolhuvudmannen som huvudman även för skolhäl-	

	sovården	166
8.4.3	Sjukvårdshuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården	167
8.4.4	Utredningens förslag	168
8.5	Central tillsynsmyndighet	169
8.6	Personal	170
8.6.1	Allmänt	170
8.6.2	Skolläkaren	172
8.6.3	Skolsköterskan	174
8.6.4	Utbildning och behörighet för skolläkare och skolsköterskor	176
8.6.5	Information om skolhälsovården till blivande lärare, skolledare, läkare och sjuksköterskor	181
9	<i>Skolhälsovården i folkhögskolan</i>	183
9.1	Målsättning	183
9.1.1	Folkhögskolornas inriktning och elevsammansättning	183
9.1.2	Utredningens förslag	184
9.2	Innehåll	184
9.3	Organisation	185
9.4	Huvudmannaskap	185
9.5	Central tillsynsmyndighet	185
10	<i>Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag</i>	187
11	<i>Författningsändringar</i>	189
	<i>Särskilda yttranden</i> 1. Av Tage Möller, Åke Nilsson och Sverre Royen	193
	2. Av Tage Möller och Sverre Royen	195

IV Bilagor

Bilaga 1	<i>Direktiv för sakkunniga med uppgift att utreda skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap</i>	205
Bilaga 2	<i>Skolöverstyrelsens anvisningar för skolhälsovårdsområdet</i>	209
Bilaga 3	<i>Förslag till utformning av frågeformulär avpassade för årskursundersökningar i årskurs 1, 4 och 8 i grundskolan samt årskurs 1 i gymnasieskolan</i>	211
Bilaga 4	<i>Ögon- och öronundersökningar inom skolhälsovården</i>	219

Ordlista

- antikonceptionsråd – preventivmedelsrådgivning
audiometer – hörselmätare
auskultation – avlyssna ljud
cytologprov – cellprov
enkopres – svårighet att hålla avföring
enures – svårighet att hålla urin
femoralis – lår
fimos – förträngning av penisförhuden
foniatrik – den del av medicinen som sysslar med röst-, tal-
språkrubbningar
genitalia – könsorganen
hereditet – ärftlighet
konjunktivit – bindhinneinflammation
mentalhygien – den själsliga hälsovården
obesitas – övervikt
otolaryngologi – läran om öronhalssjukdomar
otoskop – instrument för undersökning av örat
praeput adherenser – fastvuxen förhud
profylaktisk – åtgärd att förebygga sjukdom
recidiv – återfall
rententio testis – testikel som ej kommit ner i pungen
screening – undersöka med avseende på viss sjukdom
symtomatologi – symtomläran
tyreoidea – sköldkörteln

I Sammanfattning

Direktiverna, bakgrundsmaterial

(Kapitel 1-6)

Skolhälsovårdsutredningens uppgift har varit att granska skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap. Utredningen skulle därvid göra en översikt över de bestämmelser som reglerar skolhälsovårdens innehåll och organisation och kartlägga hur skolhälsovården fungerat, vilket innehåll och vilken organisation den fått, vilka försök som pågår samt hur reglerna om skolhälsovården uppfattats av de enskilda befattningshavarna i skolan. Vidare skulle utredningen granska hur samordningen mellan skolhälsovården och den förebyggande landstingskommunala barn- och ungdomsvården fungerar samt hur dessa två verksamhetsområden påverkar varandra.

I de sex inledande kapitlen ger utredningen bakgrunden till sina synpunkter på skolhälsovårdens framtida organisation, innehåll och huvudmannaskap.

I kapitel 1 konstateras att skolhälsovårdens organisation i princip varit oförändrad sedan 1944, medan innehållet och omfattningen har förändrats till följd av den allmänna samhällsutvecklingen och förändringar i skolans organisation och inre arbete.

Skolhälsovårdens uppbyggnad och nuvarande organisation redovisas i kapitel 2, som inleds med en kortfattad historik. I övrigt tas de bestämmelser, anvisningar och rekommendationer upp, som reglerar verksamheten (2.2) liksom också bakgrunden till skolhälsovårdens dubbla uppgifter att vara en del av elevvården och att utgöra en del av samhällets totala omsorg om barn och ungdom (2.3 och 2.4). I avsnitt 2.5 lämnas en översikt över skolhälsovårdens allmänna samverkan med primär- och landstingskommunala organ samt i avsnitt 2.6 hur samordningen mellan landstingskommunal hälso- och sjukvård och skolhälsovård organiserats i några kommuner. I avsnitt 2.7 lämnas en redovisning av bedriven eller pågående försöksverksamhet som äger rum eller ägt rum de senaste åren inom skolhälsovården och inom områden med anknytning till denna.

Kapitel 3 tar upp skolhälsovårdens organisation, resurser och enskilda befattningshavares inställning till verksamheten. För att klarlägga dessa faktorer har utredningen dels gått ut med enkäter till landets samtliga primär- och landstingskommuner sommaren 1974 dels genomfört en omfattande enkätundersökning bland berörda befattningshavare i skolan.

Kommunenkäten, som redovisar läget våren 1974, visar bl. a. att cirka

66 000 elever i den primärkommunala grund- och gymnasieskolan saknade skolläkare och att bristen på skolläkare kan uppskattas till 2 400 veckotimmar motsvarande 60 hela tjänster. 92 procent av skolläkarna är landstingsläkare och 27 kommuner (10 procent) har tecknat avtal med respektive landsting rörande anställning av skolläkare. Dessa landstingsanställda läkare svarar för cirka 40 procent av den totala tidsmässiga läkarinsatsen inom skolhälsovården.

För skolsköterskorna konstateras att de genomsnittligt hade omsorgen om drygt 30 elever per veckotimme, vilket omräknat till heltidstjänst motsvarar 1 244 elever. 111 kommuner (40 procent) hade tecknat avtal med respektive landsting i fråga om anställning av skolsköterska men ingen kommun täcker sitt behov enbart på detta sätt. 442 elever hade inte tillgång till skolsköterska. I 55 kommuner (20 procent) hade skolsköterskorna ett högre elevantal än vad skolförordningen anger.

Utredningens enkätundersökning till befattningshavarna i skolan redovisas i sin helhet i delbetänkandet Skolhälsovårdsutredningens enkätundersökningar till berörda befattningshavare i skolan (DsU 1976:3). Enkäter sändes ut till skolläkare, skolsköterskor, rektorer/studierektorer, skolpsykologer, skolkuratorer och lärare. Enkäterna avsåg att belysa

- skolhälsovårdspersonalens samarbete,
- kontakter mellan skolhälsovårdspersonalen och övriga befattningshavare i skolan,
- elevvårdskonferenserna,
- kontakter med grupper och institutioner utanför skolan,
- sekretess och tystnadsplikt,
- skolhälsovårdspersonalens syn på sina arbetsuppgifter och anställningsförhållanden,
- vidareutbildning och fortbildning av skolhälsovårdspersonalen,
- allmänna synpunkter på skolhälsovårdens funktion samt förslag till förbättringar.

En sammanfattning av enkätresultaten redovisas i avsnitt 3.2. Ur materialet kan utläsas att varken skolläkare eller skolsköterska ansåg att de tillfredsställande kunde täcka de arbetsuppgifter de betraktade som viktigast. Vidare ansåg över hälften av skolläkarna det vara värdefullt att också bedriva sjukvård för eleverna. Endast ungefär hälften av samtliga tillfrågade befattningshavare ansåg att elevvårdskonferenserna följs upp på ett tillfredsställande sätt.

I kapitel 4 redovisas aktuella utredningar inom eller med anknytning till skolhälsovården och i kapitel 5 skolhälsovården inom särskolan, specialskolan, kommunal vuxenutbildning och folkhögskolan.

En översikt av skolhälsovården i några andra länder lämnas i kapitel 6. Framställningen är relativt kortfattad fränsett vad gäller Sovjetunionen vars annorlunda system och högre personaltäthet motiverat en mer ingående beskrivning.

Överväganden och förslag

(Kapitel 7-11)

Avgränsning av utredningens uppdrag

(Kapitel 7)

Med utgångspunkt i direktiven och efter samråd med de enheter inom skolöverstyrelsen som har ansvar för folkhögskola och kommunal vuxenutbildning har utredningen begränsat sitt uppdrag till att omfatta skolhälsovården inom grund- och gymnasieskolan samt folkhögskolan. Skälet till att inte ta upp frågan om skolhälsovården inom den kommunala vuxenutbildningen är främst att det övervägande antalet studerande inom denna utbildningssektor har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som bör sökas utanför den för grund- och gymnasieskolan uppbyggda skolhälsovården. Det framhålls att de förslag som nyligen framlagts av studerandehälsovårdsutredningen för de postgymnasialt studerande i vissa hänseenden bör kunna utgöra mönster härvidlag. Vidare föreslås att hälso- och sjukvården vid särskolorna och specialskolorna bör ses över av skolöverstyrelsen i samråd med socialstyrelsen.

Skolhälsovården i grundskola och gymnasieskola

(Kapitel 8)

I avsnitt 8.1 behandlas skolhälsovårdens mål och innehåll. Inledningsvis redovisas nuvarande målbeskrivningar. Därefter uppmärksammas några utvecklingstendenser i samhället som medför att målet för och innehållet i skolhälsovården delvis bör förändras. Uppgiften skall sålunda inte endast vara att bevara elevernas hälsa utan också att förbättra den. Skolhälsovården bör även fortsättningsvis främst vara av förebyggande natur men enklare sjukvård kan ingå. Sjukvården får dock inte ta sådan omfattning att den inkräktar på den förebyggande vården.

Avsnitt 8.2 behandlar de medel och metoder som bör utgöra riktlinjer för skolhälsovårdens arbete. Det understryks att arbetet skall ske i samarbete med framför allt eleverna men även med föräldrar, lärare och med annan personal inom och utom skolan.

I åtta delavsnitt, 8.2.2-8.2.9, ger utredningen en ingående beskrivning av de medel och metoder som bör användas inom skolhälsovården.

I avsnitt 8.2.2 betonas att anamnesen – i detta sammanhang uppgifter om förhållanden som kan vara av betydelse för elevens hälsa – är av största betydelse. Skolläkaren och skolsköterskan måste ha god kännedom om elevens totala situation vid de bedömningar som skall göras och för de åtgärder som behöver vidtagas.

Genom barnavårdsjournalerna som regelmässigt överförs till skolan vid skolstarten tillförs skolhälsovården information om eleven. Vid behov kan medicinska data också inhämtas från sjukhus och vårdcentraler, från den psykiska barn- och ungdomsvården samt från personalen vid förskola och fritidshem.

Den mest väsentliga informationen kommer dock från eleven själv och

från föräldrarna. I samband med årskursundersökningarna i grundskolan sänds frågeformulär till hemmen, i gymnasiet lämnas uppgifter av eleverna själva. Det viktiga är här att föräldrar och elever ges en möjlighet att få meddela det de anser vara av betydelse att skolhälsovårdspersonalen känner till. Förslag har givits på hur frågeformulär avpassade för föreslagna årskursundersökningar lämpligen bör utformas.

Eftersom en fördjupad kunskap om eleven och dennes förhållanden måste bygga på ett förtroendefullt samarbete mellan skolhälsovården och uppgiftslämnaren ges vidare förslag på åtgärder för att utveckla samarbetet mellan skolhälsovården och hemmen, lärarna och övrig skolpersonal. Föräldrarna bör bl. a. informeras om de sekretessbestämmelser som gäller för skolhälsovårdspersonalen samt om det samarbete som tillämpas mellan skolan och andra instanser liksom också om vilken information som lämnas till lärarna.

I skolan är det lärarna som har den största möjligheten att iakttä förändringar i elevernas hälsotillstånd. I utredningens enkätundersökning till befattningshavarna framkom också att klassföreståndaren var den befattningshavare som skolsköterskan hade störst behov av att ta kontakt med. Samtidigt är möjligheterna att ta denna kontakt inte tillfredsställande. I enkäten framkom också att det alltför ofta saknas ett förtroendefullt samarbete mellan skolhälsovårdspersonalen och lärarna bl. a. på grund av bristande information om skolhälsovårdens funktion och arbete. Därför föreslås bl. a. att planering bör ske gemensamt med lärarna av den del av skolhälsovårdsarbetet som berör dessa.

Skolhälsovårdspersonalen bör vidare inhämta information om eleverna från lärarna före årskursundersökningarna samt efter dessa meddela lärarna iakttagelser som kan ha betydelse för undervisnings- eller skolsituationen.

Samarbete mellan skolhälsovårdspersonalen, skolpsykolog, skolkurator och syo-funktionär är en förutsättning för att få en allsidig belysning av elevens situation. Därför föreslås bl. a. att gemensam planering av elevvården bör ske kontinuerligt. Detta gäller såväl i fråga om den långsiktiga planeringen som för mera kortsiktiga åtgärder för en enskild elev. Vidare bör elevvårdspersonalen planera sina arbetstider så att de har möjlighet att träffas regelbundet.

Vikten av att elevens integritet beaktas vid alla dessa kontakter betonas. Det kan finnas uppgifter som av eleven själv kan bedömas vara av den arten att de inte får utlämnas även om de har betydelse för elevens skolsituation. Skolläkaren och skolsköterskan måste själva avgöra vilken information de kan lämna. När de är tveksamma om en uppgift kan utlämnas skall medgivande inhämtas från eleven eller, i förekommande fall, av föräldrarna.

I detta sammanhang refereras till ett utslag i regeringsrätten som fastslår att skolläkare och skolsköterska är de enda som har rätt att handha elevhälsovårdsjournalerna och ha tillgång till de uppgifter som finns där. Vidare refereras till ett utlåtande av JO om elevs rätt att ta del av sin journal. Av detta framgår att eleven endast kan få ta del av uppgifter som rör hans personliga angelägenheter samt att han/hon skall få ta del av sitt hälsokort om erforderlig mognad uppnåtts.

I avsnitt 8.2.3 behandlas de olika undersökningar och därav föranledda

åtgärder som kan företagas inom skolhälsovårdens ram.

Årskursundersökningarna föreslås förlagda till årskurserna 1, 4 och 8 i grundskolan och årskurs I i gymnasieskolan. Ett detaljerat förslag lämnas på vad dessa undersökningar skall innefatta. Undersökningar görs såväl av skolläkaren som av skolsköterskan. Med hänsyn till anamnes och undersökningsresultat skall i förekommande fall en behandlings- eller uppföljningsplan upprättas för eleven.

Det har bedömts som utomordentligt viktigt att skolsköterskan ges möjligheter att ägna tillräcklig tid åt oroliga och kontaktsökande elever. Dessa elever har självfallet ibland akuta somatiska åkommor. Ofta har de emellertid behov av ett personligt samtal eller en stunds vila.

Vid akuta insjuknanden eller olycksfall som inträffar i skolan under tider då skolläkaren eller skolsköterskan finns närvarande gör dessa en första undersökning. Skolläkaren och/eller skolsköterskan finns dock inte alltid i skolan. Därför bör skolhälsovårdspersonalen tillsammans med övrig personal och föräldrarepresentanter utarbeta rutiner för hur den icke medicinskt skolade personalen skall kunna hjälpa eleverna vid dessa tillfällen. Skriftliga anvisningar om hur man skall handla vid t. ex. ett olycksfall skall ges varje anställd, även vikarier. Även eleverna bör få information och kunskap om hur de skall kunna hjälpa sin kamrater vid sådana tillfällen.

Den medicinska yrkesvägledningen bör förstärkas och förbättras och bedrivs kontinuerligt och i nära samarbete med syofunktionärer. Elever som bedöms vara i behov av medicinsk syo skall vid varje valtillfälle liksom vid varje praktiktillfälle upplysas om de eventuella hälsorisker som bedöms föreligga. Skolhälsovården har härvid ett särskilt ansvar för eleverna på de olika yrkesinriktade studievägarna i gymnasieskolan. En ökad informationsverksamhet om sambandet mellan hälsa och val av studieväg och yrke är önskvärd. Därigenom skulle eleven ges större trygghet i sitt studie- och yrkesval och felvalen till och studieavbrotten i gymnasieskolan kunna minskas.

Minderåriga arbetstagare har skyldighet att uppvisa arbetsbok. Utredningen konstaterar dock att merparten av ungdomarna som i dag behöver arbetsbok har kontinuerlig medicinsk tillsyn genom skolhälsovården. Utredningen föreslår därför att arbetsboken ersätts med ett medicinskt meddelande som överlämnas till eleven i samband med den enskilda medicinska yrkesvägledningen.

De elever som efter grundskolan inte går direkt vidare till gymnasieskolan eller finner någon anställning omfattas av viss uppsökande verksamhet från skolans sida. Den hälsovård som kan bli aktuell i samband med denna verksamhet bör förslagsvis kunna ges inom skolhälsovårdens ram.

I avsnitt 8.2.4 berör utredningen de speciella åtgärder som erfordras för de så kallade kontrolleleverna, dvs. elever med sådana brister i hälsotillståndet att de bör ägnas särskild uppmärksamhet. Dessa elever skall följas kontinuerligt och med tätare tidsintervaller än genom de årskursbundna undersökningarna. I utredningens enkätundersökning till befattningshaverna angav skolsköterskorna att antalet besök på grund av mentalhygieniska problem har ökat under senare år på alla stadier. Det är skolans och skolhälsovårdens uppgift att så långt möjligt ge dessa elever stöd. En av skolhälsovårdens speciella uppgifter i detta sammanhang är att genom under-

sökningar se till att somatisk sjukdom inte förbises. De ökade tidsramar, som föreslås, bör bl. a. användas till att ägna ökad omsorg åt kontrolleleverna. Inte minst gäller det också att skapa ökad trygghet åt de handikappade elever som finns i grund- och gymnasieskolan.

Skolhälsovårdspersonalens medverkan i skolans utredningsarbete behandlas i avsnitt 8.2.5. Bl. a. påpekas vikten av att skolläkaren eller skolsköterskan kontaktas innan beslut fattas om t.ex. specialundervisning, särskild undervisning eller jämkad studiegång. Så bör det t.ex. vara naturligt att, innan en elev med lässvårigheter ges extra lästräning, kontrollera vad den senaste ögonundersökningen gav för resultat eller om en förnyad undersökning behövs göras. Lika väsentligt är det att skolhälsovården kontaktas när elever med anpassningssvårigheter är föremål för utredning. Genom sina speciella arbetsuppgifter har skolsköterskan ofta kunskaper om de problem eleven har och ofta även om de bakomliggande faktorer som kan ha ställt problemen på sin spets. Hon kan därför, i samråd med eleven, fördjupa informationen och bidra till att bygga upp ett meningsfullt behandlingsprogram.

I avsnitt 8.2.6 behandlas de stödåtgärder som kan vidtagas inom skolans ram. Ehuru någon skarp gränsdragning inte kan göras, delas dessa in i medicinskt, pedagogiskt och socialt inriktade stödåtgärder. Medicinska stödåtgärder kan t. ex. vara att remittera en elev till medicinsk utredning eller att belysa ett särskilt sjukdomstillstånd för att analysera vad detta kräver av omsorg från skolans sida. Detta arbete måste ofta ske i samarbete med annan personal inom och utom skolan.

När det gäller de pedagogiska stödåtgärderna framhålls att skolläkaren och skolsköterskan ingår i skolans elevvårdslag och därför också bör ingå i elevvårdskonferenserna. Väsentliga arbetsuppgifter är att kunna ge behövlig medicinsk bakgrund till förslag med pedagogiskt syfte. Det kan t. ex. gälla upplysning om ett handikapps betydelse för skolsituationen eller medicinskt ställningstagande till behov av särskild undervisning.

Åtgärder av social art får för skolhälsovårdens del företrädesvis socialmedicinsk karaktär. I samverkan med främst skolkurator kan olika åtgärder behöva vidtagas. Det kan gälla vissa elevers behov av särskild kost och även mellanmål liksom t. ex. frågor om skolskjuts. Andra sociala stödåtgärder i samverkan med skolkurator kan avse särskild omsorg och viss service för elever på elevhem liksom andra inackorderade elever.

Hälsoupplysning behandlas i avsnitt 8.2.7. Målet för denna är att få den växande ungdomen att tillägna sig hälsoriktiga vanor. Skolans insatser bedöms vara särskilt viktiga i frågor som rör kost och motion och personlig hygien liksom när det gäller sexual- och samlevnadsfrågor och missbruksfrågor.

I avsnitt 8.2.8 tas arbetsmiljöfrågor upp. I skolhälsovårdspersonalens uppgifter ingår också, förutom det direkt elevinriktade arbetet, att medverka i planeringsarbetet när nya skolor skall byggas samt att medverka i en kontinuerlig tillsyn över skolan ur medicinsk-hygienisk synpunkt. Dessa uppgifter omfattar inte endast rent omgivningshygieniska förhållanden utan skolläkaren och skolsköterskan bör söka beakta elevernas totala skolsituation och de faktorer i denna som kan ha betydelse för deras hälsa.

I avsnitt 8.2.9 betonas att skolhälsovårdspersonalen bör bidra till att eleven själv tar aktiv del i sin fysiska och psykiska utveckling och aktiveras

till att ta ansvar för sin egen och andras hälsa. Formerna för detta arbete bör bli föremål för ett fortlöpande forsknings- och utvecklingsarbete.

Skolhälsovårdens organisation behandlas i avsnitt 8.3. Kommunerna bör i framtiden ha möjlighet att, i högre grad än vad som nu är fallet, organisera skolhälsovården med utgångspunkt i kommunens struktur och i övriga primär- och landstingskommunala omsorgs- och vårdorgans uppbyggnad. Det är angeläget att verksamheten byggs upp i samråd med landstingskommunen, samt att ett ökat samarbete kommer till stånd mellan primär- och landstingskommunerna i fråga om skolhälsovården. Ett väl utvecklat samarbete är en viktig förutsättning för att problem som rör barns och ungdomars utveckling och hälsa tidigt uppmärksammas och följs upp. Samordnad planering på personalsidan krävs för att de personella resurserna skall användas på rätt sätt och för att primärkommunens efterfrågan av främst läkarpersonal skall kunna tillgodoses.

De organisatoriska frågorna bör i huvudsak lösas på kommunal nivå. I vissa avseenden erfordras dock ställningstaganden från statsmakternas sida.

Så är förhållandet vad gäller skolhälsovårdens lokalisering. Utredningen menar att skolhälsovården skall bedrivas i skolans lokaler eftersom den utgör en del av den integrerade elevvården. Elevantalet per skolläkare och skolsköterska hör också till de frågor som bör normeras genom statliga beslut. Utredningen föreslår ett elevantal per heltidsanställd skolsköterska på cirka 800. Förslaget utgår från förutsättningen att skolan har tillgång till annan elevvårdspersonal såsom skolpsykolog och skolkurator samt att elevvårdsarbetet bedrivs som ett lagarbete. Samtidigt framhålls att det finns många faktorer som motiverar ett lägre elevantal. Det är väsentligt att sådana faktorer ingående analyseras och övervägs innan beslut fattas om elevunderlagets storlek. Som en följd av förslaget beräknas det ökade behovet av skolsköterskor till cirka 400. Sänkningen av elevantalet föreslås bli genomförd successivt och vara slutförd i och med utgången av läsåret 1981/82.

För skolläkarnas del rekommenderas ett högsta elevantal om 200 elever per läkarveckotimme. För heltidsanställd skolläkare utan administrativa uppgifter bör elevantalet inte överstiga 4 500. Ett elevantal på 200 per läkarveckotimme kan tyckas vara högt men i en framtid med förbättrad tillgång på läkare bör en kontinuerlig utvärdering ske i syfte att fastställa ett väl avpassat elevantal per skolläkarveckotimme.

Huvudmannaskapsfrågan behandlas i avsnitt 8.4. Utredningen föreslår, efter att ha angivit för- och nackdelar med olika tänkbara huvudmannaskapsalternativ, ett oförändrat huvudmannaskap, dvs. skolhuvudmannen bör även i fortsättningen vara huvudman för skolhälsovården. Utredningen har för sitt ställningstagande sökt bedöma vikten av sambandet mellan skolhälsovården och skolans elevvård respektive skolhälsovården och samhällets hälso- och sjukvård och därvid funnit att sambandet mellan skolhälsovården och skolans elevvård väger tyngst. Skolhälsovården har både klart medicinska uppgifter och mera direkt elevvårdande uppgifter. Den medicinska delen av arbetet har dock en nära anknytning till skolans pedagogiska uppgifter. All elevvårdspersonal bör därför ha samma huvudman för att underlätta nödvändig planering och resursfördelning. Ett samlat huvudmannaskap underlättar också den gemensamma fortbildning som är en förutsättning för att elevvården skall kunna fördjupas och utvecklas.

I fråga om central tillsynsmyndighet föreslås i avsnitt 8.5 att skolöverstyrelsen även fortsättningsvis bör vara central tillsynsmyndighet men att ett samarbetsorgan, förslagsvis kallat skolhälsovårdsdelegationen, inrättas. Förutom representanter för skolöverstyrelsen och socialstyrelsen bör också ingå företrädare för andra berörda myndigheter och organisationer. Delegationen föreslås få en rådgivande funktion i förhållande till skolöverstyrelsen. Uppgiften bör främst vara att tillföra skolöverstyrelsen information från de i delegationen representerade myndigheterna och organisationerna och att dessa fortlöpande kan hållas underrättade om skolöverstyrelsens arbete inom skolhälsovården. Vidare behöver det forsknings- och utvecklingsarbete som pågår inom eller med anknytning till skolhälsovården samordnas och utvecklas.

I avsnittet om personalen, 8.6, framläggs förslag till instruktion för skolläkare och skolsköterska. Verksamheten inom skolhälsovården är ett utpräglat lagarbete mellan läkare och sjuksköterska även om vissa avgränsade uppgifter fullgörs antingen av den ena eller den andra befattningshavaren. Utredningen föreslår därför en gemensam instruktion.

Utredningen föreslår att skolläkare i framtiden bör ha genomgått vidareutbildning inom lämplig specialitet eller för allmänläkarvård. För heltidsanställd skolsköterska föreslås inga nya behörighetsbestämmelser men däremot för deltidsanställd. Eftersom dessa har samma arbetsuppgifter som de heltidsanställda föreslås att samma behörighetsbestämmelser skall gälla för deltids- som för heltidsanställd skolsköterska, dvs. hon skall vara vidareutbildad sjuksköterska.

Förslaget om en sänkning av elevantalet för skolsköterskorna innebär, om det genomförs, att 80 nya skolskötersketjänster skall tillföras skolhälsovården årligen fram till och med 1981/82. För närvarande finns tre reguljära vidareutbildningsvägar för sjuksköterskor att vinna behörighet som skolsköterska. Det torde vara svårt att öka antalet kurser i dessa reguljära utbildningar eftersom det finns begränsade möjligheter att anordna de praktiska delarna av utbildningen. Utredningen har därför sökt en väg att öka utbildningskapaciteten utan att ta ytterligare praktikplatser i anspråk. Det finns ett relativt stort antal sjuksköterskor utbildade enligt äldre studiegång som i sin utbildning och genom sitt yrkesarbete redan uppfyller kraven på praktiktjänstgöring. För dessa sjuksköterskor föreslås en tio veckors kurs i social barnavård vilket skulle ge kompetens motsvarande den som gäller för behörighet att inneha tjänst som skolsköterska.

Enligt utredningens enkätundersökning skulle cirka en fjärdedel av nu yrkesverksamma skolsköterskor sakna vidareutbildning, dvs. ungefär 400 stycken. Under budgetåret 1975/76 anordnas kompletterande teoretisk utbildning avsedd för yrkesverksamma obehöriga skolsköterskor som genomgått äldre studiegång och som har minst 5 års erfarenhet av skolhälsovård. Utbildningen kommer att fortgå också budgetåret 1976/77. Eftersom samtliga skolsköterskor bör vara vidareutbildade, föreslås att denna utbildning fortsätter tills utbildningsbehovet är täckt.

Fortbildningen är en mycket viktig faktor för att kunna vidareutveckla den framtida skolhälsovården. Den måste omfatta såväl pedagogisk som medicinsk fortbildning. Den föreslås också i framtiden bedrivas på tre olika nivåer. Den pedagogiska fortbildningen bör bedrivas på lokal nivå och då

företrädesvis med övrig skolpersonal. Den medicinska fortbildningen bör genomföras regionalt. För att detta skall vara genomförbart bör primärkommunerna tillsammans med sjukvårdshuvudmannen initiera gemensam fortbildning för skolhälsovårdspersonalen och landstingsanställd personal. Den centrala fortbildningen kan, av resursskäl, aldrig erbjudas alla verksamma inom skolhälsovården. Denna del av fortbildningen bör därför utformas som en utbildning för blivande kursledare. Vid uttagningen till dessa kurser bör hänsyn tas till regionstillhörighet så att en maximal utbildningseffekt kan uppnås.

I avsnittet betonas slutligen att blivande lärare, skolledare m. fl. måste få ökad information om skolhälsovården i sin utbildning. Utredningen föreslår därför att skolöverstyrelsen ges i uppdrag att framställa ett informationsmaterial om skolhälsovården så att de blivande lärarna ges en klar bild av dess funktion i skolan och i elevvården. Utredningen föreslår vidare att information om skolhälsovård bör ges inom all läkar- och sjuksköterskeutbildning och inte som nu endast i de vidareutbildningar som leder till tjänst som skolläkare eller skolsköterska.

Skolhälsovården i folkhögskolan

(Kapitel 9)

Utredningen ger en kortfattad beskrivning av folkhögskolornas inriktning och elevsammansättning och föreslår att skolhälsovården inom folkhögskolan i framtiden bör omfatta samtliga elever. Det innehåll som föreslagits för grund- och gymnasieskolan är i tillämpliga delar också giltigt för folkhögskolan men de återkommande hälsokontrollerna bedöms kunna utgå om de ej anses nödvändiga. Skolsköterskans arbete kommer då i huvudsak att bli mentalhygieniskt inriktat samtidigt som hon får ett ökat ansvar för att vid behov remittera elever till läkare. Skolsköterskans behov av direktkontakt med läkare bör kunna lösas genom samarbetsavtal med landstinget. Ett oförändrat huvudmannaskap föreslås också för folkhögskolan, dvs. skolhuvudmannen bör vara huvudman även för skolhälsovården. Skolöverstyrelsen föreslås förbli tillsynsmyndighet.

Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

(Kapitel 10)

Skolhälsovårdsutredningen har, mot bakgrund av SSK-utredningens uppdrag att se över nuvarande statsbidragssystem, inte tagit upp frågan om eventuellt statsbidrag för skolhälsovården.

Kostnaden för den föreslagna sänkningen av elevantalet för skolsköterskorna beräknas till 25,3 miljoner kronor. För flertalet kommuner kommer kostnadsökningen att bli obetydlig. För 132 av landets 278 kommuner innebär sänkningen av elevantalet för skolsköterskan att endast en tjänst ytterligare skall inrättas fram till och med 1981/82.

Kostnaderna för att genomföra förslaget om högst 200 elever per skol-läkarveckotimme har beräknats till cirka 10 miljoner kronor. Ökningen av vidareutbildningen för sjuksköterskorna kostnadsberäknas för budgetåret

1977/78 till ca 530 000 kronor och kostnaden för den kompletterande teoretiska vidareutbildningen under samma budgetår till ca 113 000 kronor.

Författningsändringar
(Kapitel 11)

Som en följd av utredningens förslag föreslås i kapitel 11 vissa smärre ändringar i skollagen, skolförordningen och folkhögskoleförordningen.

II Bakgrund och bedömningsunderlag

1 Utredningens bakgrund och direktiv

Skolhälsovårdens organisation har i princip varit oförändrad sedan 1944. Den omorganisation av skolväsendet som ägde rum 1958 medförde visserligen att hälsovården vid folk- och enhetsskolorna blev obligatorisk, men i praktiken innebar detta inte någon förändring, eftersom kommunerna med ytterst få undantag redan infört skolhälsovård.

Genom åren har Skolöverstyrelsen (SÖ) i sin egenskap av tillsynsmyndighet för skolhälsovården bedrivit utvecklingsarbete även inom skolhälsovårdsområdet och lämnat råd och anvisningar om skolhälsovårdens organisation och innehåll.

Den långvariga läkarbristen har medfört att många kommuner haft svårighet att rekrytera skolläkare. Även i kommuner där man haft tillgång till läkare har det ibland varit svårt att bibehålla en kontinuitet på läkarsidan.

Skolförordningens bestämmelser från 1944 om maximiantal elever per heltidsanställd skolsköterska har upplevts som föråldrade. Skolsköterskans arbetsuppgifter har förändrats avsevärt både till innehåll och omfattning till följd av den allmänna samhällsförändringen och förändringarna inom skolan. Bland de tillförda arbetsuppgifterna kan nämnas att ett omfattande vaccinationsprogram införts, vilket inneburit en ökning även av de administrativa uppgifterna.

Till 1973 års riksdag inlämnades en motion av fru Berglund m. fl. angående skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap (motion 1973:298). I motionen påpekades att många kommuner inte kan anordna tillfredsställande skolhälsovård, bl. a. beroende på att de inte kan lösa personalfrågorna.

I motionen framhålls bl. a. följande:

”Det delade huvudmannaskapet, som innebär att landstingen är huvudmän för sjukvården och kommunerna huvudmän för skolhälsovården, är en nackdel vid rekryteringen av skolläkare. Landstingen bör enligt gällande avtal mellan Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet överlåta viss läkararbetskraft till primärkommunerna. I praktiken är det emellertid svårt för landstingen att genomföra detta, då man i de berörda kommunerna har svårt att tillgodose sjukvårdsbehovet och provinsialläkarna inom ramen för schemalagd tid måste avdelas för sådana hälsovårdsuppgifter som åligger landstingen, t. ex. barn- och mödravård. Läkarna visar också allt större ovilja att tjänstgöra mer än den i den egna tjänsten schemalagda tiden.

Bristen på privatpraktiserande läkare i stora delar av landet omöjliggör rekrytering av läkare ur den gruppen.”

”Från att tidigare ha utövat företrädesvis en hälsokontrollerande verksamhet har

skolhälsovården blivit en mångfacetterad verksamhet. Många gånger ägnas stor del av arbetstiden åt mentalhygienisk verksamhet i samarbete med övrig personal. Detta elevvårdsarbete försvåras väsentligt när det inte finns tillgång till en skolläkare."

Motionärerna hemställde bl. a. mot ovanstående bakgrund att riksdagen hos Kungl. Maj:t skulle anhålla om en utredning om skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap.

Utbildningsutskottet inhämtade yttrande över motionen från SÖ, socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet. (UbU:s betänkande 1973:32)

SÖ och socialstyrelsen tillstyrkte förslaget om en utredning medan de bägge kommunförbunden avstyrkte motionsyrkandet.

SÖ framhöll att skolans hälsovård utgör en del av skolans verksamhet och bör utövas i nära samarbete med skolledning, lärare och annan elevvårdande personal. En utredning, menar SÖ, skulle arbeta med utgångspunkt i skolhälsovårdens mål och i dess innehåll på olika nivåer. Bristen på skolläkare ansåg överstyrelsen inte utgöra tillräckligt skäl att ändra organisation och huvudmannaskap.

Vidare anförde SÖ bl. a.:

"En utredning bör enligt SÖ:s mening pröva frågan om fördelning av ledningsansvar mellan SÖ och socialstyrelsen, eftersom skolhälsovården har både medicinska och pedagogiska aspekter.

Fördelning av ledningsansvar och resurser också på regional och lokal nivå bör utredas, inte minst med hänsyn till fortbildningsbehov.

Utredningen bör också ta upp frågan om samordning mellan landsting och kommun i fråga om läkarfördelningen inom olika sektorer av sjukvård och hälsovård."

Socialstyrelsen framhöll att ett samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård för barn och ungdom skulle vara att föredraga och anförde i huvudsak följande:

"Sammanfattningsvis må framhållas att enighet synes i dag råda om att nuvarande skolhälsovård fungerar otillfredsställande. Detta bedöms främst bero på att skolläkarbefattningarna är bisysslor, ofta påtvingade, för läkare med andra huvudintressen och med allt för liten tid för skolhälsovården. De förslag till förbättringar, som framförts bl. a. i artiklar i Läkartidningen under senare år är emellertid så divergerade att de måste anses bottna i skilda uppfattningar om vilken form av hälsovård för barn och ungdom som bör eftersträvas inom skolhälsovårdens ram.

Det ena förslaget går ut på att skapa en självständig kår av skolläkare, baserad på hel- eller halvtidstjänster, där en heltidsanställd skolläkare får ansvaret för 4 000–5 000 elever, som han skall ge dels hälsovård, dels även viss sjukvård. Skolhälsovården skulle enligt detta förslag vara en del av skolans inre arbete och jämföras med företagshälsovård. Det borde enligt detta alternativ skapas en särskild vidareutbildning för blivande skolläkare.

Enligt den andra uppfattningen har en bidragande orsak till skolhälsovårdens bristande utveckling varit att den till skillnad från annan barnhälsovård har fungerat relativt isolerad från den kurativa barnsjukvården. Sjukdomspanoramata och de medicinska problemen i barnåldern förändras ständigt och de förebyggande åtgärderna måste därför förnyas och anpassas därtill. Skolläkare och andra elevvårdare måste ha starkt fotfäste också i miljön utanför skolan. Talesmännen för sistnämnda uppfattning har föreslagit inrättandet av "distriktsbarnläkarbefattningar", där varje distriktsbarnläkare skulle ansvara för såväl sjukvård som hälsovård, inklusive skolhälsovård, för 2 000–2 500 barn, och borde som skolläkare ha samma huvudman och

samma tillsynsmyndighet som i sin övriga verksamhet. Härigenom skulle också den onaturliga och ologiska uppdelningen av hälsovården för barn under respektive över 7 år eller mellan barnvårdcentraler och barnstugor elimineras. Det är viktigt att också tjänsterna som skolöverläkare integreras med annan hälso- och sjukvård eftersom dessa läkare bör kunna förväntas initiera och leda utvecklingsprojekt inom skolhälsovården."

"Före och efter skolåldern kommer vårdcentralen att vara den naturliga enheten för närhetsservice i hälso- och sjukvårdsfrågor. Skolhälsovården kommer där in som ett mellanled i en kontinuerlig hälsoövervakning, som påbörjas i samband med mödra- och barnhälsovården och sedan efter skoltidens slut följs upp i form av företagshälsovård och andra former av hälsovårdskontroll. Det framstår därför som angeläget att skolhälsovården funktionellt integreras med den övriga hälso- och sjukvården på det lokala planet."

Landstingsförbundet motiverade sitt avstyrkande med att skolhälsovården inte bör bedömas isolerat utan ses i ett större sammanhang, som bl. a. tar hänsyn till organisation och innehåll i den öppna hälsovårdens samtliga verksamhetsgrenar. Kommunförbundet biträdde inte motionärernas krav om en särskild statlig utredning utan förutsatte att de problem som togs upp skulle kunna prövas inom ramen för redan pågående utredningar (exempelvis länsberedningen, kommunalekonomiska utredningen, socialutredningen, SIA- och SSK-utredningarna).

Kommunförbundet anförde i huvudsak följande:

"Frågan om skolhälsovårdens organisation aktualiserades i en motion till dåvarande Svenska landstingsförbundets kongress 1969. Efter kongressbehandling av motionen ägde överläggningar rum mellan landstingsförbundet och kommunförbundet. I samband med dessa överläggningar togs kontakter med företrädare för utbildningsdepartementet, skolöverstyrelsen och socialstyrelsen. Under arbetets gång ägde samråd rum med ett antal befattningshavare inom skolhälsovård, elevvård och skoladministration. De ovan angivna överläggningarna och kontakterna resulterade sedermera i att de båda kommunförbunden i ett gemensamt cirkulär 1970-12-11 ställt till kommunstyrelserna och landstingens förvaltningsutskott gav uttryck för uppfattningen att ansvaret för skolhälsovården i primärkommunala skolor även i fortsättningen borde åvila skolans huvudman. Som skäl härför anförde förbunden följande.

"Motiven för detta ställningstagande är flera men främst att skolhälsovårdspersonalen för att nå ändamålsenliga resultat i sin verksamhet måste samarbeta så intimt med skolans övriga personal. Begreppet skolhälsovård avser ju traditionellt endast skolläkarens och skolsköterskans verksamhet men har numera fått en vidare innebörd. Detta framgår inte minst av den nya läroplanen för grundskolan där det sägs att skolhälsovården ingår som den medicinska delen i elevvården. I skoldebatten talas om "elevvårdsteam", bestående av rektor, klassföreståndare/lärare, yrkesvalslärare, kurator, skolläkare, skolsköterska och skolpsykolog. Det är därför inte önskvärt eller ens möjligt att göra någon skarp gränsdragning mellan skolhälsovård och elevvård. Medicinsk expertis behövs för att skolan skall kunna få en allsidig belysning av elevens situation och skolhälsovårdspersonalen måste samarbeta med övrig personal i skolan för att verksamheten skall kunna fungera effektivt."

Ur utbildningsutskottets betänkande återges följande:

"Som framgår av remissyttrandena över motionen har frågan om skolhälsovårdens innehåll och organisation varit föremål för fortlöpande diskussioner vid kontakter mellan socialstyrelsen och skolöverstyrelsen. En av sistnämnda myndighet år 1972 tillsatt arbetsgrupp med representanter för skolöverstyrelsen, socialstyrelsen, utred-

ningen om skolans inre arbete och kommunförbunden arbetar för närvarande med hithörande frågor. Såväl socialstyrelsen som skolöverstyrelsen tillstyrker emellertid bifall till ifrågavarande motionsyrkande. Socialstyrelsen framhåller att enighet i dag synes råda om att nuvarande skolhälsovård fungerar otillfredsställande samt att de förslag till förbättringar som framförts under senare år är så divergerande att de måste anses botten i skilda uppfattningar om vilken form av hälsovård för barn och ungdom som bör eftersträvas inom skolhälsovårdens ram.

Utskottet har blivit övertygat om att frågorna om skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap förutsättningslöst bör utredas. Det ankommer på Kungl. Maj:t att besluta i vilka former utredningsarbetet bör ske.”

1974-02-07 bemyndigade Kungl. Maj:t vederbörande statsråd att tillkalla tre sakkunniga med uppgift att utreda skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap.

Enligt Kungl. Maj:ts direktiv, vilka i sin helhet redovisas i bilaga 1, skall de sakkunniga behandla skolhälsovårdens framtida mål, dess innehåll och organisation på olika nivåer. Det framhålls därvid att elevernas hälsovård skall utgöra en integrerad del av den samlade elevvården. De sakkunniga skall vidare analysera skälen för och emot ett samlat huvudmannaskap för skolhälsovården och övrig hälso- och sjukvård med beaktande av att skolhälsovården även i fortsättningen skall vara en kommunal uppgift.

2 Skolhälsovårdens uppbyggnad och nuvarande organisation

2.1 Historik

2.1.1 *Allmänt*

Hälsovårdande aspekter i samband med barnens fostran och skolgång är inte någon nyhet från modern tid. Aristoteles föreslog för cirka 2 300 år sedan, att "hälsolära" skulle införas i skolorna.

Biskop Rudbeckius i Västerås var, såvitt man vet, den förste som i Sverige gjorde en ansats att införa ämnet hälsolära i skolan. 1628 beslöt han att lektorn i fysik i trivialskolan skulle undervisa om "medicinens elementer" och om hur man skulle bota vanliga sjukdomar och bevara sin hälsa. Den första svenska läroboken i hälsolära torde vara från 1789 och utgavs av Adolf Modéer. Häftet, "lärobok N:o 2, Särdeles för Allmogens Barn, som gjort de första framsteg i läsning", tycks ha fått relativt stor spridning och innehöll avsnitt om naturen, svenska historien, människokroppen och om "grunder för allmänne och gode seder".

Under 1800-talet började man mer att ägna sig åt att uppmärksamma och skydda elevernas hälsa. Enligt 1807 års skolordning skulle under första veckan av varje termin samtliga eftermiddagspass användas till "föreläsning för samtliga Scholä-ungdomen af det wäsentligaste i någon god handbok om Helsans bewarande, uti hwilken föreläsning och förklaring Lärarne dela sig dagarne emellan".

Den förste skolläkaren i Sverige anställdes på 1830-talet vid Växjö gymnasium och han fick troligen en efterföljare i Linköping på 1840-talet. De var oavlönade i sin egenskap av skolläkare och deras uppgift var sannolikt att på kallelse lämna sjukvård åt fattiga elever.

1878 års läroverksstadga innehåller den första föreskriften om skolläkare. Läkare skulle anställas "vid läroverk, där medel därtill finnes". Detta gick vanligen till så, att rektor vidtalade en läkare att mot ett litet arvode, som tagits ur någon av läroverkets kassor, utföra "gymnastikmönstringar" och vid inträffade sjukdomsfall vårda medellösa elever. Enligt stadgan borde läkaren dessutom undersöka de omständigheter som menligt kunde inverka på elevernas hälsotillstånd. Han borde vidare besiktiga alla elever vid varje termins början och slut samt avge årsredogörelse till medicinalstyrelsen.

Den s. k. stora läroverkskommittén tillsattes 1882. Som medicinsk expert ingick en föregångsman inom skolhygien, professor Axel Key. Ett av kommitténs förslag var att varje läroverk skulle ha en skolläkare, vilket också

genomfördes 1892. Ett statsbidrag på 100 000 kronor årligen skulle utgå till skolhälsovården vid läroverken.

För folkundervisningen var läget annorlunda trots att eleverna i folkskolan torde varit i större behov av läkarövervakning. 1842 års folkskolestadga innehöll inte några hygieniska föreskrifter. Professor Wallis gav 1894 ut "Hälsovårdsförhållanden vid svenska folk- och småskolor". Han fann förhållandena i hög grad otillfredsställande. 1899 anmärkte han på att skolläkare för folkskolorna endast fanns i Stockholm och Göteborg. Först fr. o. m. år 1925 gav staten ett årligt statsbidrag på 6 000 kronor till vissa norrländska gränskommuner för skolhygienisk verksamhet vid folk- och småskolor. På andra håll där skolhälsovård upprättades bestreds kostnaderna av kommuner, landsting, skoldistrikt, Röda Korset m. fl..

På initiativ av en grupp lärare anställdes den första skolsköterskan 1919 i Stockholm. Hon skulle ansvara för 10 000 elever i tre församlingar. Efter hand uppmärksammades behovet av att ha flera skolsköterskor i Stockholm. Svenska Röda Korset startade på 1930-talet en försöksverksamhet som relativt snart övertogs av staden. Man förde hälsokort på eleverna och genomförde hälsoundersökningar. Organisationen var inte stor. På mitten av 30-talet fanns i Stockholm sju skolläkare och lika många skolsköterskor. Någon instruktion för skolsköterskorna fanns inte utan dessa fick gripa in där behoven var störst.

Läsåret 1941–42 fanns sammanlagt i riket 43 särskilt anställda skolsköterskor i folkskolorna utöver dem som var verksamma i de sex största städerna. Cirka 23 % av barnen i folkskolan hade viss tillgång till skolsköterska, häri inräknas då också de elever som hade tillgång till skolhälsovård genom distriktsköterskans försorg.

2.1.2 *Skolhälsovården åren fram till 1944–45*

Läget 1942 var följande. Sedan tre, fyra decennier var berörda ämbetsverk, medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen, samt lärar- och läkarsammanslutningar ense med riksdagen om behovet av statligt understödd skolhälsovård vid folkskolan, särskilt på landsbygden.

Vårterminen 1942 genomförde skolöverstyrelsen en riksomfattande undersökning av "Skolläkarövervakning av folkskoleungdomen i riket". Sammanfattningsvis kan konstateras att 13% av eleverna inte hade någon läkarövervakning alls och att 47% hade "icke tillfredsställande övervakning".

1943 tillsattes den förste skolöverläkaren i SÖ. Dennes första stora arbetsuppgift blev att söka få till stånd en enhetlig, statsunderstödd skolhälsovård.

SÖ ingav i oktober 1943 en framställning till Kungl. Maj:t om nyorganisation av skolhälsovården. Förslaget innebar att en allmän skolhygienisk organisation skulle införas vid folkskolan. Staten och kommunerna skulle dela på kostnaden. Kommunerna skulle själva få avgöra om de önskade delta i verksamheten. För att statsbidrag skulle utgå skulle följande villkor uppfyllas:

- verksamheten skulle omfatta alla folk- och småskolor inom varje skoldistrikt

- vid varje skola skulle såväl läkare som sköterska vara verksam
- vederbörande provinsialläkare på landsbygden skulle i regel vara skol-
läkare
- distriktssköterskorna på landsbygden skulle vara skolsköterskor
- i samhällen med minst 20 000 innevånare skulle med statsbidrag sär-
skilda skolsköterskor anställas, varvid skulle beräknas högst 1 500 elever
per sköterska
- verksamheten skulle främst vara hälsovårdande och inte innebära sjuk-
vård i egentlig mening.

Då förslaget remissbehandlades framhöll statskontoret att i stället för distriktsläkarna som skolläkare på landsbygden borde 26 läkare med heltids-tjänstgöring anställas. Var och en av dem skulle svara för två folkskole-
inspektörsdistrikt. Över detta förslag yttrade sig i sin tur medicinalstyrelsen
och SÖ som båda avstyrkte, bl. a. av den anledningen att varje läkare skulle
få ansvaret för vården av ca 17 400 barn fördelade på 400–600 skolor liggande
inom synnerligen stora geografiska områden.

För läroverkens del föreslog SÖ också en omorganisation. Huvudvikten
i skolläkarnas arbete borde läggas på hälsovård i stället för som dittills på
sjukvård. Skolsköterskor skulle anställas på deltid i alla allmänna läroverk
med lägst 100 elever. Heltidsanställda skolsköterskor skulle finnas i Stock-
holm, Göteborg, Malmö, Helsingborg, Lidingö och Höganäs.

Propositionen, som överensstämde med SÖ:s förslag, antogs av riksdagen
1944.

2.1.3 Skolhälsovården efter 1945

Den omorganisation av skolväsendet som ägde rum 1958 innebar bl. a. att
kommunerna fick skyldighet att anordna hälsovård och att denna blev ob-
ligatorisk för eleverna. Kommunerna övertog även ansvaret för skolhäl-
sovården i de högre skolorna. Eftersom kommunerna med ytterst få undan-
tag redan infört skolhälsovård medförde den nya lagen därvidlag inga näm-
värda förändringar. I ett avseende innebar den dock en väsentlig ändring.
Det tidigare speciella statsbidraget till skolhälsovården drogs in i och med
att ett mera allmänt statsbidrag till skolväsendet infördes. Samtidigt infördes
också behörighetsbestämmelser för skolsköterskor.

1958 utarbetades också inom SÖ normalinstruktioner för skolläkare och
skolsköterskor till ledning inte bara för dessa utan även för skolstyrelserna.

1962 beslutades grundskolan bli införd successivt över hela landet. I lä-
roplanen inskrevs ett relativt omfattande kapitel om skolhälsovård och nor-
malinstruktionerna ersattes i omarbetat skick med instruktioner för skol-
läkare och skolsköterskor.

Samma år infördes hälsovård för elever i yrkesskolor. Hälsovården skulle
omfatta både landstingens verkstadsskolor och kommunala yrkesskolor men
den riktades endast till elever som genomgick minst ettårig heltidskurs.

1969 utgavs en ny läroplan för grundskolan. I läroplanen betonas starkt
att hälsovården är en del av den integrerade elevvården.

1970 tillkom den nya gymnasieskolan i vilken de yrkesinriktade utbild-
ningsvägarna integrerades. Enhetliga riktlinjer för skolhälsovården i gym-

nasieskolan tillkom genom omarbetning av skolstadgan 1971.

1971 ändrades också skolstadgan med avseende på distriktssköterskans åligganden inom skolhälsovården. Från och med år 1945 fanns skyldighet för distriktssköterska i kommun med högst 20 000 innevånare att inom ramen för sin tjänstgöringsskyldighet vara verksam som skolsköterska i grundskolan (motsvarande skolformer). Från och med 1971 får skolhälsovård inräknas i tjänst som distriktssköterska enligt avtal som träffas mellan huvudmannen för skolan och huvudmannen för distriktssjukvården.

I sammanhanget förtjänar också omnämnas att andra studerandekategorier än de som omfattas av det allmänna skolväsendet har haft och har tillgång till hälsovård. Dit hör seminarierna för lärarutbildning, vissa lärrahögskolor, folkhögskolorna, sjöbefälsutbildningen samt sjuksköterskeskolorna. Ett särskilt område är specialskolorna vars elever har tillgång även till sjukvård.

I och med att skollagen och skolförordningen (skolstadgan) omarbetades 1975 överfördes de grundläggande bestämmelserna för hälsovård i grundskola och gymnasieskola till skollagen.

2.2 Bestämmelser, anvisningar och rekommendationer för skolhälsovården

2.2.1 *Skollag och skolförordning*

Som nämnts under avsnitt 2.1.3 innebar omarbetningen av skollagen och skolförordningen (skolstadgan) 1975 att de grundläggande bestämmelserna för skolhälsovården överfördes till skollagen.

I *skollagens* 5 kap. anges

Om grundskolan:

25 a §. Grundskolan omfattar skolhälsovård.

Skolhälsovården har till ändamål att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Den skall främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.

Nyinskriven elev i grundskolan skall läkarundersökas i början av läsåret och därefter fram till och med årskurs 8 minst två gånger. Om ej särskilda förhållanden föranleda undantag, skall elev läkarundersökas även i årskurs 9.

Utöver vad som följer av tredje stycket skall sådan elev i grundskolan som är klen, sjuk eller sjukdomshotad läkarundersökas så ofta skolläkaren finner det behövt. Undersökning skall även ske av elev som skollärdare, lärare, skolsköterska eller föräldrarna särskilt hänvisat till skolläkaren eller som denne på annan grund finner vara i behov av undersökning.

Det åligger elev i grundskolan att låta sig undersökas i fall som avses i tredje och fjärde styckena.

Elev i grundskolan har rätt att kostnadsfritt anlita skolhälsovården.

Om gymnasieskolan:

29 §. Gymnasieskolan omfattar skolhälsovård för eleverna på studieväg som omfattar minst ett läsår. Sådan elev skall läkarundersökas en gång under första läsåret och därefter högst varannat år enligt bestämmelser som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, annan myndighet meddelar. I övrigt äga 25 a § andra, fjärde och sjätte styckena motsvarande tillämpning.

Av skolförordningen som innehåller de mera detaljerade bestämmelserna om skolhälsovården, framgår följande:

I skolförordningen 3 kap., 1 § anges att skolläkare och skolsköterska är ledamot av kollegiet när man behandlar frågor om elevs hälsa och i 5 § att motsvarande förhållande också gäller för klasskonferensen.

Om gymnasiets samarbetsnämnd anges i 17 § att om nämnden skall behandla ”fråga om avstängning eller förvisning, får den kalla skolläkare, skolsköterska . . . att delta i nämndens överläggningar”. Skolläkaren och skolsköterskan deltar dock inte i besluten.

I *skolförordningens* 4 kap., §§ 3–4 och 6–10 återfinns sedan de allmänna bestämmelserna för skolhälsovården. Dessa återges i det följande:

3 §. För skolhälsovården finns skolläkare och skolsköterska. Vidare skall finnas lämplig lokal och erforderlig utrustning.

På heltidsanställd skolsköterska bör ej ankomma mera än 1 500 eller, i fråga om gymnasieskolan, 1 000–1 200 elever.

Skolhälsovård får inräknas i tjänst som distriktssköterska enligt avtal som träffas mellan huvudmannen för skolan och huvudmannen för distriktssjukvården.

4 §. Skolöverstyrelsen bemyndigas att meddela sådana bestämmelser om läkarundersökning av elev i gymnasieskolan som avses i 29 § tredje stycket andra punkten skollagen.

6 §. Där förhållanden medger det, bör läkarmottagning hållas regelbundet. För elever vid större skolenhet bör mottagning hållas en gång i veckan.

Styrelsen för skolan bestämmer efter samråd med skolläkare tid och plats för mottagning.

7 §. Det åligger elev i gymnasieskolan att låta sig undersökas i fall som avses i 29 § tredje stycket andra punkten skollagen (1962:319) och 29 § tredje stycket tredje punkten jämförd med 25 a § fjärde stycket samma lag.

8 §. För varje elev skall föras hälsokort.

9 §. Skolläkare som styrelsen för skolan bestämmer skall vara närvarande, när styrelsen handlägger ärende om skolhälsovård eller skolhygieniska förhållanden i övrigt, om styrelsen beslutar det.

10 §. Ytterligare bestämmelser om skolläkare och skolsköterska meddelas av skolöverstyrelsen efter samråd med socialstyrelsen.

Om uttagning av elev till specialundervisning stadgas i 5 kap., 38 § att ”läkarundersökning och annan erforderlig undersökning” bör äga rum. Om särskild undervisning, dvs. undervisning för grundskoleelever som på grund av handikapp, långvarig sjukdom eller liknande omständighet inte kan delta i den vanliga undervisningen anges i 45 § att denna undervisning kan ske på sjukvårdsanstalt, barnhem eller liknande anstalt eller i elevens hem eller på annan lämplig plats. I 46 § fastslås att särskild undervisning skall ”anordnas, om den läkare som svarar för elevens vård bedömer att hinder för skolgång kommer att föreligga under minst tre veckor efter det att undervisningen kan påbörjas”. För elever med allergi eller grav infektionskänslighet får särskild undervisning anordnas även om frånvaron understiger tre veckor. Dessutom anges i samma paragraf att undervisningen endast får meddelas om läkaren medger det. Motsvarande bestämmelser för gymnasieskolan återfinns i 8 kap., 45 §.

Om elever i grundskolan stadgas i 6 kap., 27 § och om elever i gymnasieskolan i 9 kap, 55 § att rektor får föreskriva om ledighet för elev med smittsam sjukdom. I sådana ärenden skall skolläkaren höras.

I 6 kap., 29 § finns bestämmelser om skolläkares medverkan i utredning om grundskoleelevs tillrättaförande (upprepade förseelser eller fortsatt olämpligt uppträdande, samt allvarliga förseelser). För gymnasieskolan återfinns motsvarande bestämmelser i 9 kap., 57 §.

I 10 kap., 3 § stadgas att "Anställd eller lärarkandidat som misstänker eller vet att han lider av tuberkulos eller som tidigare lidit av tuberkulos är skyldig att snarast underrätta skolläkare om förhållandet."

Slutligen stadgas i skolförordningens 17 kap., 52-54 §§ om anställning av skolläkare och skolsköterska samt i 19 kap., 3 § om besvär vid tillsättning av sådana tjänster.

Av instruktionen för länskolnämnderna (SFS 1965:741) framgår i 11 § att i frågor som rör hälsovård eller eljest kräver medicinsk sakkunskap skall nämnden samråda med länsläkare eller motsvarande förste stadsläkare. På motsvarande sätt anges i instruktionen för länsläkarväsendet (SFS 1970:190) att länsläkarorganisation skall biträda länskolnämnden med råd i ärenden som rör hälsovård eller annars kräver medicinsk sakkunskap.

2.2.2 Läroplaner och supplement

I Mål och riktlinjer för grund- och gymnasieskolan slås fast att "Omtanke om elevens mentala och kroppsliga hälsa skall prägla skolans arbete och arbetsmiljö" (Lgr 69 s. 14, Lgy 70 s. 15). I Lgr 69 anges vidare: "Ansvaret för att eleverna bibringas kunskaper och goda vanor i dessa hänseenden faller främst på lärarna, men även skolläkare och skolsköterska, skolpsykologer och kuratorer skall här göra en insats." (s. 14)

I Lgr 69 anförs under rubriken Elevvård bl. a. följande:

"Ansvaret för den elevvårdande verksamheten vilar på rektor och varje lärare, speciellt klassföreståndaren. För att bringa klarhet om de orsaker, som kan ligga bakom elevernas svårigheter, samt för att i mån av behov planera och genomföra mera speciella åtgärder behöver skollärdning och lärare hjälp av expertis inom skolhälsovård, skolpsykologi, skolkuratorsverksamhet samt studie- och yrkesorientering. Dessa skolans särskilda elevvårdsfunktionärer skall i nära samarbete med varandra och med skolledare, lärare och övrig personal verka för att bevara och befordra elevernas fysiska och psykiska hälsa samt främja alla insatser, som syftar till elevernas optimala utveckling, fysiskt, intellektuellt, emotionellt och socialt. Regelbundna elevvårdskonferenser har i detta arbete en viktig funktion." (Lgr 69 s. 85)

Skolhälsovården i grundskolan beskrivs på följande sätt i Lgr 69:

"Skolhälsovården ingår som den medicinska delen i elevvården. Den skall bidra till skolans samlade kännedom om eleverna genom att klarlägga deras fysiska och psykiska tillstånd. Detta sker genom återkommande *klassundersökningar*, i regel fyra gånger under skoltiden, och genom *undersökningar vid skolläkarens och skolsköterskans mottagningar*. Skolhälsovården medverkar dessutom vid sådana utredningar om elever, som av olika skäl kan vara påkallade.

Det är lämpligt, att föräldrar bereds tillfälle att närvara vid undersökning av yngre elever. Beträffande lärares närvaro vid undersökningen må framhållas, att ju äldre eleven blir, desto mer bör det vanliga förtroendeförhållandet mellan läkare och patient råda, vilket bl. a. innebär att varken lärare eller annan elev bör vara närvarande vid undersökningen.

I samband med hälsokontrollerna bör läraren informera skolläkare och skolsköterska

om sådana förhållanden, som han finner särskilt böra uppmärksammas, liksom dessa informerar läraren om sådan iakttagelser, som kan ha betydelse för elevernas skolgång.

Elever som bedöms vara i behov av tätare kontroller, registreras som "kontrollelever". Läraren skall erhålla upplysning om vilka elever i klassen som är kontrollelever och varför de är det.

Oberoende av klassundersökningarna kan elever hänvisas till skolläkaren och skolsköterskan för undersökning. Detta kan ske genom initiativ från föräldrar, rektor, lärare, annan elevvårdspersonal eller genom att eleven själv vänder sig till t. ex. skolsköterskan. Elever skall få lov från undervisningen för erforderliga besök hos annan läkare eller hos tandläkare, i den mån dessa inte kan ta emot på annan tid.

Skolhälsovården är främst av förebyggande natur och skall inte innebära sjukvård i egentlig mening. Vid olycksfall och sjukdom skall dock skolläkare och skolsköterska vid skolmottagningen lämna råd för behandling.

Skolhälsovårdens medverkan är av stor betydelse i fråga om elever, som har *svårigheter* i skolan. Sålunda bör den utredning, som efter rektors beslut företas med anledning av anpassningssvårigheter, ske under medverkan bl. a. av skolläkare och skolsköterska. Vid utredning angående eventuell hänvisning till specialklass eller för samordnad specialundervisning skall eleven undersökas av skolläkaren.

Skolläkares och skolsköterskas medverkan i yrkesvägledningen är ämnad för elever, vilkas yrkesval på grund av svaghet, sjukdom eller annan omständighet kräver särskild rådgivning. Denna del av verksamheten skall ske i nära samverkan med andra för yrkesvägledningen ansvariga befattningshavare såsom yrkesvalslärare, yrkesvägledare, skolpsykolog och skolkurator.

Skolläkare och skolsköterska planerar gemensamt det hälsovårdande arbetet, men i många avseenden måste skolsköterskan ta egna initiativ och handla självständigt. Genom samtal med lärarna och genom egna iakttagelser av eleverna bör hon inhämta kännedom om vilka som kan vara i behov av undersökning eller observation. Med särskild uppmärksamhet skall hon följa kontrollelevernas förhållanden. Genom hembesök eller på annat sätt skall hon skaffa sig uppfattning om elevernas miljö och med föräldrarna diskutera hälso- och uppfostringsfrågor.

Under sin tjänstgöringstid i skolan skall skolsköterskan ta hand om elever, som råkat ut för olycksfall eller plötsligt insjuknat och se till, att de får den vård de behöver. Måste eleven till sjukhus, bör skolsköterskan tillse, att någon vuxen följer med, om föräldrarna inte kan nås.

Det förekommer ofta att elever, speciellt de yngre, uppsöker skolsköterskan för inte sällan obefintliga åkommor. Det rör sig då i många fall om ängsliga, kontakt-sökande elever, för vilka denna kontakt med skolsköterskan kan vara av stor betydelse. Man bör inte utan vidare försöka hindra dessa besök, eftersom elevens situation kanske bör undersökas. Även äldre elever söker kontakt på detta sätt, då de i själva verket vill diskutera sina personliga problem.

På grund av arbetsförhållandena blir det ofta skolsköterskan, som får förmedla kontakten mellan skolläkaren och lärarna och ge upplysningar om eleverna, liksom hon får ta del av lärarnas syn på de problem som föreligger.

Skolsköterskan skall vid behov också stå i förbindelse med socialmedicinska institutioner utanför skolan, såsom sjukhus, rådgivningsbyrå och, där skolkurator ej finns, även med barnavårdsnämnd.

För varje elev skall föras ett *hälsokort*, på vilket skolläkare och skolsköterska för fortlöpande anteckningar. Hälsokorten skall förvaras av skolsköterskan på ett betryggande sätt, t. ex. i låst skåp.

Inom studie- och yrkesorienteringen kan skolläkare och skolsköterska ge betydelsefulla bidrag genom att klarlägga sambandet mellan kropps-konstitution, hälsa och handikapp och de krav, som olika former av yrkesutövning ställer.

Liksom för all annan elevvårdande verksamhet är också för skolhälsovården *lärarnas*

medverkan nödvändig, eftersom inga andra som de har möjlighet att kontinuerligt följa elevernas utveckling och iaktta de förhållanden under vilka de arbetar. Det är särskilt viktigt att lärarna söker befrämja god arbetshygien, beaktar arbetsställningar och vid uppläggnigen av undervisningen tar hänsyn till elevernas psykiska och fysiska förutsättningar och därvid ägnar särskild uppmärksamhet åt de särpräglade eleverna. I sin undervisning kan lärarna medverka till att hos eleverna grundlägga sunda levnadsvanor och att motarbeta villfarelser på det medicinska området.

Motsvarande beskrivning av gymnasieskolans elevvård återfinns i *Lgy 70*.

”Gymnasieskolans elevvård bygger på grundskolans och har samma syfte som denna, nämligen att hjälpa varje elev att lära känna sig själv, att bilda sig en uppfattning om de krav som skola och samhälle ställer, att komma till rätta med personliga problem och att så långt möjligt ta vara på sina förutsättningar. I denna vidare mening är elevvård alltså inte enbart ett antal särskilda anordningar eller åtgärder som skolan kan tillgripa när svårigheter av skilda slag uppträder. Det är snarare fråga om den anda av samhörighet och den vilja till samverkan som bör prägla det dagliga arbetet i skolan. Elevens egen aktiva medverkan har i detta sammanhang en avgörande betydelse.

Ansvar för den elevvårdande verksamheten vilar på rektor och varje annan i skolan anställd, särskilt klassföreståndaren. För att kunna få klarhet om de orsaker som kan ligga bakom elevers svårigheter och för att i mån av behov kunna planera och genomföra mera speciella åtgärder behöver skolledning och lärare hjälp av expertis inom studie- och yrkesorientering, skolhälsovård, skolpsykologisk och skolkurativ verksamhet. Dessa skolans särskilda elevvårdsfunktionärer skall i nära samarbete med varandra, med skolledare, lärare och övrig skolans personal verka för att bevara och befördra elevernas fysiska och psykiska hälsa. De skall också främja alla insatser som syftar till elevernas optimala utveckling socialt, emotionellt, estetiskt, intellektuellt och fysiskt.

Den *hälsovårdande* verksamheten skall söka förebygga och uppspara sjukdom och handikapp och främja elevernas fysiska, psykiska och sociala hälsa. Liksom i grundskolan har eleverna i gymnasieskolan tillgång till skolhälsovård i form av hälsokontroller och regelbundna mottagningar hos skolsköterska och skolläkare.

Då eleverna från grundskolan går över till gymnasieskolan befinner de sig i en ålder som motiverar en förskjutning i skolhälsovården mot det mentalhygieniska området. Eleverna söker oftare råd i personliga frågor då frigörelsen från föräldrarna och den allt starkare identifikationen med de vuxnas värld ställer dem i en ny situation. Till detta bidrar också den nya skolformen och de nya arbetssätt de möter i gymnasieskolan.

Inom studie- och yrkesorienteringen faller det på skolhälsovården att medverka genom enskild medicinsk vägledning i valsituationer. Speciellt då det gäller elever i yrkesinriktad utbildningsgång måste uppmärksammas sådana handikapp och brister i hälsotillståndet som påverkar yrkesvalet. Eleven bör informeras om möjligheten att få medicinsk vägledning. Initiativet till att sådan vid behov kommer till stånd kan tas av var och en som är engagerad i studie- och yrkesorienteringen.

Skolhälsovården har också uppgifter då det gäller hygieniska frågor som skolkalernas utformning och ventilation, ljus- och ljudförhållanden samt elevernas arbetsmiljö och arbetsbörda. Det ankommer vidare på skolhälsovården att ge hälsoupplysning i frågor rörande kost, sömn, vila och motion liksom i frågor som rör drogeroende.

Ensamhetskänslor och osäkerhet leder ibland till att eleverna får problem med alkohol och andra beroendeframkallande medel. Då skolläkaren finner en sådan åtgärd lämplig remitteras elev till behandling inom den psykiska barna- och ungdomsvården eller inom annan medicinsk vård.

Lärarnas medverkan i det hälsovårdande arbetet är av största betydelse. Deras ständiga kontakt med eleverna ger den möjlighet att observera förändringar i elevernas beteende och de kan därför på ett tidigt stadium söka samverka med den speciella elevvårdande personalen.

I läroplanssupplementet *Gymnastik* anges bl. a. följande:

”För att förebygga spridning av fotvårtor bör elevernas fötter undersökas minst en gång årligen. Elever, som har fotvårtor, hänvisas till skolläkaren eller skolsköterskan.”

”Skolläkaren avgör om en elev av medicinska skäl inte bör delta i gymnastikundervisningen eller, om så är möjligt, kan delta i vissa delar. Gäller det kortare frånvaro beslutar läraren, som därvid kan samråda med skolsköterskan. Om eleven hänvisas till skolläkaren vid dennes nästa mottagning bör eleven dessförinnan inte delta aktivt i undervisningen. Efter frånvaro från skolan på grund av sjukdom, t. ex. övre luftvägsinfektion, bör eleven – beroende på längden av bortovaron – inte delta i gymnastikundervisningen upp till en vecka efter tillfrisknandet. För elever, som av skolläkaren rekommenderats någon form av speciell gymnastik, bör om möjligt sådan anordnas.”

I supplementet *Specialundervisning* framhålles bl. a. att under de första veckorna i årskurs 1 i grundskolan bör eleverna genomgå den medicinska undersökning som skolhälsovården svarar för. I vissa fall kan dessutom en grundligare social utredning bli aktuell. Denna utförs av kurator eller skolsköterska.

I supplementet specialundervisning anges dessutom följande:

”Efter de tre till fyra första veckorna av barnens skolgång bör tillräcklig information på olika sätt ha insamlats för en allsidig bedömning av de olika elevernas förutsättningar och behov.

Rektor sammankallar i detta skede elevvårdskonferensen, som går igenom materialet och samtidigt diskuterar och förordar olika åtgärder.

Information om barnets utveckling före skolstarten får läraren i första hand genom föräldrarna men även från daghem och lekskolor. Det kan t. ex. vara lämpligt att inbjuda förskollärarna till den första elevvårdskonferensen för årskurs 1.

Även genom skolhälsovårdens försorg bör lärarna utan dröjsmål få informationer, som kan ha betydelse för att skolarbetet skall kunna bedrivas under trygga och avspända förhållanden.

Det är särskilt viktigt att upplysningar om eventuella problem hos barnet, som kramper och allergier, kommer till vederbörande lärares kännedom, helst före skolgångens början.”

Det framhålls vidare i supplementet att vid uttagning till specialundervisning skall skolans elevvårdande expertis – skolläkare, skolpsykolog, skolsköterska, skolkurator – medverka vid de undersökningar som anses erforderliga.

Supplementet behandlar dessutom skilda handikapp och de åtgärder som skolan och andra myndigheter skall vidtaga för att underlätta skolgången för elever med sådana handikapp.

I supplementet *Undervisning av invandrarbarn* m. fl. skrivs:

”Alla elever inskrivna i svensk skola har rätt till skolhälsovård. För de från utlandet nyinflyttade bör särskilda åtgärder vidtas. Skärmbildsundersökning och tuberkulinprov bör utföras snarast efter det att eleven börjat skolan. Varje ny elev bör snarast genomgå syn- och hörselprov och en noggrann läkarundersökning samt de övriga rutiner i

fråga om behandlingar som gäller svenska barn i samma ålder. Det är ibland svårt att få en bild av elevernas hälsobakgrund, genomgångna sjukdomar och vaccinationer, trots att tillgång finns till frågeformulär till hemmen på det egna språket.

Det är därför angeläget att hälsovårdspersonalen får personlig kontakt med föräldrarna och hemmiljön. Föräldrarna skall även informeras om de prov och behandlingar som skolan utför. Det är ibland nödvändigt att skolan informerar föräldrarna om hygieniska frågor som rör barnen; det kan gälla information om barnens behov av sömn och näringsriktig kost och t. ex. råd om klädsel i det ovana klimatet. Undersökning hos tandläkaren bör omedelbart ordnas för nykomna invandrarelever så att deras tandbehandling inte försenas."

2.2.3 *SÖ:s anvisningar*

För skolhälsovårdsområdet har SÖ utfärdat omfattande anvisningar som blivit normgivande framför allt när det gäller skolhälsovårdens innehåll och arbetsmetoder. En del av dessa anvisningar bygger på bestämmelser i skollag och skolförordning (tidigare skolstadgan) medan andra utfärdas som konsekvens av annan lagstiftning eller socialstyrelsens cirkulär. Genom anvisningarna söker SÖ också tillgodose behov av riktlinjer som efterfrågas av befattningshavare inom skolhälsovården. SÖ:s skolhälsovårdssektion medverkar även i SÖ:s övriga anvisningsarbete inom områden som kräver den medicinska personalens medverkan. SÖ:s anvisningar publiceras fortlöpande i *Aktuellt från skolöverstyrelsen (ASÖ)*.

Nedan redovisas de viktigaste anvisningarna som gäller skolhälsovården inom grund- och gymnasieskolan. Övriga anvisningar gällande dessa skolformer finns förtecknade i särskild bilaga (bilaga 2). Samtliga anvisningar för skolhälsovårdsområdet, även de som gäller andra skolformer, återfinns i *Skolhälsovård, en handbok* (Liber 1975).

Bestämmelser för skolläkare (1971-07-27)

Det åligger skolläkare att med uppmärksamhet följa elevernas mentala och kroppsliga utveckling, aktgiva på deras hälsotillstånd och i samarbete med skolans ledning och övriga befattningshavare samt föräldrar vidtaga åtgärder för bevarande av elevernas hälsa och för deras fostran till sunda levnadsvanor med beaktande av miljön i skola och hem. Skolläkarens verksamhet skall främst vara av förebyggande natur och ej innebära sjukvård i egentlig mening.

Det åligger skolläkaren att

a) i obligatoriska skolor i början av varje läsår undersöka nyinskrivna elever, därutöver undersöka eleverna två gånger under skoltiden samt, om icke särskilda förhållanden föranleder undantag, eleverna i avgångsklassen i skola med nio årskurser; i icke obligatoriska skolor i början av varje läsår undersöka nyinskrivna elever samt därutöver undersöka eleverna vartannat år;

b) undersöka klena, sjuka eller sjukdomshotade elever (kontrollelever) så ofta skolläkaren finner erforderligt samt elever i övrigt som av skolledare, lärare, skolsköterska eller föräldrar hänvisats till skolläkaren eller som denne eljest finner vara i behov därav;

c) där förhållandena det medger hålla regelbundet återkommande mottagningar, vid större skolenhet i regel en gång i veckan, där så lämpligen kan ske i skolans lokaler, med iakttagande av att tid och plats för mottagning bestämmas av skolstyrelsen efter samråd med skolläkaren;

d) vid i skolan inträffade olycksfall och fall av plötslig sjukdom giva vårdhänvisning eller lämna råd och anvisning för behandlingen där så kan ske vid skolmottagningarna och fortsatt behov av vård ej anses föreligga;

e) vidtaga erforderliga på skolläkaren ankommande åtgärder till förebyggande av smittsamma sjukdomar bland elever, lärare och övrig skolpersonal och vid fall av sådan sjukdom lämna rektor råd till hindrande av smittans spridning samt varje läsår, om möjligt i början därav, undersöka skolmåltidspersonalen;

f) vid behov snarast från sjukhus, läkare eller föräldrar begära upplysningar om elever som antages lida av smittsam sjukdom;

g) hålla vederbörande lärare underrättad om sådana vid läkarundersökning gjorda iakttagelser som anses vara av betydelse för undervisningen;

h) lämna rektor, lärare och föräldrar råd rörande elever, som visar påfallande psykisk särart eller har särskilda svårigheter att följa undervisningen, samt enligt gällande anvisningar avge utlåtande angående sådana elever;

i) tillse att elever erbjuds vaccinationer i överensstämmelse med utfärdade anvisningar och själv utföra eller genom annan därtill behörig låta utföra vaccinationer och nödvändiga besiktningar;

j) kontrollera att lärarkandidater respektive läraraspiranter, då de börjar sin tjänstgöring vid skolan, är undersökta med avseende på tuberkulos och ofördröjligen meddela rektor huruvida hinder föreligger för tjänstgöring samt att i samband därmed tillråda de tuberkulinnegativa vaccination mot tuberkulos;

k) tillse att hälsokort föres för varje skolans elev samt att hälsokort med därtill hörande handlingar förvaras på betryggande sätt och vid elevs övergång till annan skolenhet snarast översändes till skolsköterskan vid denna;

l) taga kännedom om skolans gymnastikundervisning och efter samråd med lärare som undervisar i gymnastik uttaga elever till särskild hållningsrättande gymnastik samt, där medicinska skäl så påfordrar, meddela elever befrielse, helt eller delvis, från undervisningen i gymnastik;

m) då arbetsbok, som avses i 27 § arbetarskyddslagen, utfärdas för elev, i boken införa vederbörligt läkarintyg och föreskrivna anteckningar samt i övrigt, där medicinska skäl så påfordrar, biträda vid ungdomens yrkesvägledning;

n) minst en gång årligen besiktiga skolanläggningen, hålla rektor underrättad om besiktningens resultat samt lämna skolstyrelsen råd i hygieniskt avseende rörande skolanläggningen;

o) avgiva av skolstyrelsen begärt yttrande, då fråga är om uppförande av ny skolbyggnad eller då redan befintlig skolbyggnad skall ombyggas, tillbyggas eller på annat sätt förändras eller då för annat ändamål uppförd byggnad skall anordnas för skolbruk;

p) i samarbete med skolsköterska planlägga och organisera den hälsovårdande verksamheten;

q) på kallelse av rektor delta i kollegium och klasskonferenser;¹

r) för varje läsår avgiva berättelse över sin verksamhet och före den 1 juli sända fyra exemplar till skolstyrelsen f. v. b. av tre exemplar till länskolnämnden;

s) beträffande medicinska och övriga frågor gällande skolans hälsovård vara förman för skolsköterskan;

Bestämmelser för skolsköterskor (1971-07-27)

Det åligger skolsköterska att med uppmärksamhet följa elevernas mentala och kroppsliga utveckling, aktgiva på deras hälsotillstånd och i samarbete med skolläkare, skolans ledning och övriga befattningshavare samt föräldrar vidtaga åtgärder för bevarande av elevernas hälsa och för deras fostran till sunda levnadsvanor med beaktande av miljön i skola och hem, varvid uppmärksamhet även bör ägnas åt de sociala förhållanden som speciellt inverkar på elevernas hälsa.

¹ Bestämmelser beträffande skolläkares deltagande i kollegium och klasskonferens återfinnes i skolstadgan enligt följande:

3 kap. 1 och 3 §§ (kollegium)

3 kap. 5 § (klasskonferens).

Det åligger skolsköterska att

- a) på tider fastställda i samråd med rektor och skolläkare vara i skolan tillstådes;
- b) förbereda och biträda vid skolläkarens klassundersökningar och regelbundet återkommande skolmottagningar samt om möjligt närvara vid övriga skolmottagningar;
- c) till skolläkaren hänvisa elever som visar påfallande psykisk särart, liksom elever som är klena, sjuka eller sjukdomshotade samt verkställa på skolsköterskan ankommande utredning rörande dessa elevers miljö i skola och hem ävensom ägna uppmärksamhet åt att givna råd beträffande vården följes;
- d) då så befinnes böra ske snarast möjligt giva föräldrarna meddelande rörande vid läkarundersökning gjorda iakttagelser och med anledning därav föreslagna åtgärder samt giva vederbörande lärare motsvarande uppgifter om sådana förhållanden som anses vara av betydelse för undervisningen;
- e) vid behov, för inhämtande av upplysningar och avgivande av råd, i hälsovårdande syfte göra besök i bostaden hos elever på skolorten och därvid ägna särskild uppmärksamhet åt sådana förhållanden som kan antagas ogynnsamt inverka på elevernas mentala och kroppsliga hälsa;
- f) förvara och arkivera hälsokort på betryggande sätt och om elev övergår till annan skola sända hälsokortet på föreskrivet sätt till skolsköterskan vid denna;
- g) vid fall av smittsam sjukdom bland elever, lärare och övrig skolpersonal i samråd med skolläkaren vidtaga lämpliga åtgärder till hindrande av smittans spridning;
- h) vid i skolan inträffande olycksfall och fall av plötslig sjukdom, där så ske kan lämna tillfällig hjälp och vårdhänvisning;
- i) ägna uppmärksamhet åt skollokalernas hygien samt meddela skolläkaren och rektor gjorda iakttagelser;
- j) ur hälsovårdande synpunkt medverka vid uttagning av elever till kolonivistelse;
- k) på kallelse av rektor delta i klasskonferenser och kollegiesammanträden;¹
- l) förmedla behövlig kontakt mellan skolan och samhällets organ på de medicinska och socialmedicinska områdena;
- m) vid läsårets slut medverka vid utarbetandet av skolläkarens årsberättelse;
- n) medverka till att elever erbjuds och erhåller vaccinationer i överensstämmelse med utfärdade anvisningar.

Skolhälsovårdens medverkan i skolans studie- och yrkesvägledning (SYO) – Medicinsk yrkesvägledning – i grundskola och gymnasieskola (1972-08-24)

I anvisningarna anger SÖ bl. a. följande:

Den medicinska yrkesvägledningens mål är att ge vägledning åt ungdomarna när deras planer på fortsatt utbildning och på yrke börjar ta fastare form. Befattningshavarna på hälsovårdsavdelningen representerar därvid för de flesta eleverna den första instansen för medicinsk sakkunskap och tjänstgör som konsulter åt skolans yrkesvalslärare/syo-konsulent, åt andra ansvariga i skolans syo-program samt åt elever och föräldrar direkt.

Skolläkarens och skolsköterskas medverkan i studie- och yrkesvägledningen är med andra ord främst ämnad för enskilda elever, vars hälsoillstånd bedöms ha betydelse för studiegången eller kan förmodas bli av betydelse för yrkesvalet.

Vissa sjukdomar kan genom sin natur eller på grund av sin behandling ge anledning till att en elev bör bli absolut avrådd från ett visst yrke, vissa arbetsmoment eller visst slag av arbetsplats/miljö. Den medicinska rådgivningen blir därvid negativ till sin innebörd.

Vanligen ter sig dock en speciell sjukdom olika hos olika individer beroende på variationer i symtomatologi. En och samma sjukdom kan alltså ge mycket växlande grad

¹ Bestämmelser beträffande skolsköterskas deltagande i kollegium och klasskonferens återfinns i skolstadgan enligt följande:
3 kap. 1 och 3 §§ (kollegium)
3 kap. 5 § (klasskonferens).

av handikapp. I detta sammanhang bör också beaktas möjligheterna till stödjande åtgärder i arbetsmiljön. Därav följer att rådgivningen måste utformas individuellt och ej schablonmässigt efter diagnos.

Somliga sjukdomar ger sålunda allmänt nedsatt arbetskapacitet, andra ger full arbetskapacitet under gynnsamma förhållanden, åter andra full arbetskapacitet, men är behäftade med oviss prognos, andra slutligen en ojämn arbetskapacitet såsom t. ex. psykolabilitet och sjukdom med recidivbenägenhet.

Skolornas kontrollelever (1974-08-27)

I anvisningarna anger SÖ bl. a.:

Utav vad som följer av 4 § (Skolförordningen 4 kap. 4 §) skall elev som är klen, sjuk eller sjukdomshotad (kontrollelev) läkarundersökas så ofta skolläkare finner det behövt. Undersökning skall även ske av elever som skolläkare, lärare, skolsköterska eller föräldrarna särskilt hänvisat till skolläkare eller som denne på annan grund finner vara i behov av undersökning.

I anslutning till Ss 4 kap. 5 § (överflyttad till skollagens 5 kap., 25 a §, jml. SFS 1975:159).

Skolans hälsovård kan sägas omfatta tre huvudgrupper av elever.

- Samtliga elever inom ramen för de klassbundna hälsokontrollerna.
- *Kontrollelever* – elever med vissa brister i hälsotillståndet, funna vid klassundersökningar eller vid annan tidpunkt genom hänvisning till hälsovården.
- Ströelever – elever som söker för tillfälliga incidenter, befarad sjukdom, samtalsbehov m. m.

SÖ anser att bedömningen av vilka elever som är kontrollelever och som bör ägnas särskild uppmärksamhet ankommer på skolläkare och skolsköterska. Uttagning bör göras med beaktande av att behovet också kan initieras av föräldrar, lärare och annan elevvårdspersonal.

Som allmän riktlinje gäller följande:

1. Elever med långvariga sjukdoms- eller konvalescenstillstånd, och elever med bestående handikapp.
2. Elever, vilkas allmänna hälsotillstånd bör uppmärksammas med anledning av t. ex. hereditet, sjukdomsexposition, ihållande psykosomatiska symtom. Häri inräknas även elever med anpassningssvårigheter samt elever vilkas livsföring eller hemförhållanden påkallar särskild uppmärksamhet.

2.2.4 Sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse

I anslutning till bl. a. reformeringen av grund- och vidareutbildningen av läkare (prop. 1969:35) har betydande förändringar genomförts i fråga om läkartjänstekonstruktionen, behörighetskrav för läkartjänst samt tillsättningsförfarande m. m. inom offentlig hälso- och sjukvård. Dessa förhållanden regleras främst i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen.

Läkartjänsterna inom offentlig hälso- och sjukvård kan indelas i två huvudgrupper nämligen tjänster för vilka krävs – utöver legitimation som läkare – vidareutbildning till specialist- eller allmänläkarkompetens samt tjänster för läkare under vidareutbildning. Sistnämnda tjänster benämns underläkartjänster och finns numera inrättade såväl vid som utanför sjukhus. Underläkartjänsterna är avsedda för läkare som efter avlagd läkarexamen

vid medicinsk fakultet fullgör allmäntjänstgöring (AT) för erhållande av legitimation eller efter erhållen legitimation fullgör föreskriven tjänstgöring för specialist- eller allmänläkarkompetens. Det senare utbildningsledet benämns ofta fortsatt vidareutbildning (FV). Läkare som erhållit bevis om specialist- eller allmänläkarkompetens får förordnas som underläkare endast om socialstyrelsen har medgett detta.

Tjänster för vilka specialist- eller allmänläkarkompetens gäller som behörighetsvillkor utgörs vid sjukhus av tjänster som överläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare. Inom öppen vård utanför sjukhus finns motsvarande tjänster som distriktsläkare och biträdande distriktsläkare. Samtliga dessa tjänster inrättas inom visst medicinskt verksamhetsområde, vilket för de sjukhusanknutna tjänsterna normalt är liktydigt med specialitet i vidareutbildningen. Distrikts- och biträdande distriktsläkartjänst kan inrättas i antingen viss specialitet eller inom verksamhetsområdet allmänläkarvård.

Sjukhusanknutna tjänster som överläkare, biträdande överläkare och avdelningsläkare kan också inrättas för enbart öppen vård inom viss specialitet med verksamheten förlagd till sjukhusets öppna mottagning eller – helt eller delvis – till mottagning (vårdcentral el. dyl.) utanför sjukhuset.

Den mer detaljerade regleringen i sjukvårdslag och sjukvårdskungörelse avser huvudsakligen den verksamhet som bedrivs av landsting och landstingsfria kommuner i deras egenskap av sjukvårdshuvudmän. Övrig offentlig hälso- och sjukvård berörs i avseende på läkare och läkartjänster i dessa författningar enbart vad gäller inrättandet av tjänst. Sjukvårdskungörelsen § 17 stadgar nämligen att tjänst för läkare i hälso- och sjukvårdande verksamhet hos landstingskommun eller kommun endast får – med vissa undantag – inrättas om socialstyrelsen medgivit detta. Undantagen utgörs av tjänst som kräver en genomsnittlig arbetstid av högst 15 timmar i veckan samt underläkartjänster för allmäntjänstgöring.

Bakgrunden till denna prövning av socialstyrelsen är bristen på läkare och nödvändigheten att åstadkomma en rimlig fördelning av läkarna över landet. I syfte att få ett instrument för en mera långsiktig planering och utbyggnad av läkartillgången i förhållande till samhällets behov har under senare år utvecklats ett s. k. läkarfördelningsprogram (LP). Detta program fastställs av socialdepartementets sjukvårdsdelegation och är föremål för kontinuerlig översyn. Programmet består av två huvudmoment nämligen för det första en fördelning av läkare under fortsatt vidareutbildning på skilda utbildningsmål (specialiteter resp. allmänläkarutbildning) för det andra ramar för socialstyrelsens medgivande till sjukvårdshuvudmännen och primärkommunerna att inrätta tjänster för vidareutbildade läkare.

Vad gäller läkartjänster inom primärkommunala verksamheter utgår socialstyrelsen från att tjänster som underläkare inte skall förekomma. För tjänster som skolläkare, personalläkare, socialläkare m. fl. bör, enligt styrelsens mening, som behörighetskrav gälla genomgången vidareutbildning inom lämplig specialitet eller för allmänläkarvård.

2.2.5 Kommunförbundens rekommendationer

De båda kommunförbunden, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet, har endast i ringa omfattning utfärdat anvisningar och rekommendationer vad avser skolhälsovårdens organisation.

I gemensamt cirkulär 1970-12-11 rekommenderade kommunförbunden sina medlemmar att tillämpa följande allmänna riktlinjer i fråga om bl. a. distriktssköterskans medverkan i grundskolans skolhälsovård. Rekommendationen, som alltjämt gäller, avsåg endast att lämna vissa anvisningar av organisatorisk art och innebar inte att skolhälsovårdens innehåll och målsättning skulle förändras.

1. Primärkommunerna har som huvudmän för grundskolan ett huvudansvar för skolhälsovården och svarar således för att skolsköterska finns. I grundskoleenhet där elevantalet är så stort att särskild skolsköterska kan anställas med halvtidstjänstgöring eller därutöver bör i princip vederbörande primärkommun ensam ansvara för skolhälsovården.

2. Vid grundskoleenhet vars elevantal ej motiverar att halvtidstjänst inrättas bör landstinget ställa distriktssköterska till förfogande för tjänstgöring som skolsköterska i av primärkommun anvisad skolhälsovårdslokal.

Kostnaderna för distriktssköterskas medverkan i grundskolans hälsovård skall ersättas av primärkommunen i enlighet med avtal mellan landsting och kommun.

3. Enligt skolförordningen bör på heltidsanställd skolsköterska i grundskolan ej ankomma mer än 1 500 elever. Åtskilliga kommuner tillämpar emellertid lägre elevantal per sköterska. Enligt förbundsstyrelsernas mening måste vid bedömningen av frågan vid vilka skolenheter skötersketjänster skall inrättas hänsyn tas även till andra faktorer än elevantalet. Sålunda bör de personella resurserna anpassas efter elevområdets struktur, elevernas ålderssammansättning och förekomsten av annan elevvårdspersonal, främst skolkurator och skolpsykolog. I den mån samma tjänst berörs av mer än en skolenhet bör avstånd, kommunikationer m. m. mellan de olika enheterna beaktas. Endast i undantagsfall bör distriktssköterska tjänstgöra som skolsköterska i skolenhet som omfattar grundskolans högstadium.

En annan fråga som tagits upp till behandling av de båda kommunförbunden gäller kommunernas behov av läkararbetskraft. Primärkommunerna har ett stort behov av läkararbetskraft för att kunna fullgöra sina åligganden bl. a. inom skolhälsovården. Detta behov täcks endast i begränsad omfattning genom heltidsanställda läkare eller genom arvodesanställda privatpraktiserande läkare. I övrigt är kommunerna hänvisade till den medverkan som på olika sätt kan komma till stånd genom läkare i landstingens tjänst. Den läkarkapacitet som kan ställas till förfogande för tillgodoseende av primärkommunala behov är i många fall inte tillräcklig.

I ett gemensamt cirkulär 1971-12-17 rekommenderade kommunförbunden därför sina medlemmar att i de gemensamma samrådsorgan på länsnivå som bildats – ”Slako-grupperna” – eller i andra former verka för samförståndslösningar när det gäller de primärkommunala behoven av läkararbetskraft. Landstingen rekommenderades att söka ta hänsyn till primärkommunala behov genom att i första hand vid schemalaggningen av berörda läkares arbetstid i samförstånd med dessa reservera viss del av deras sche-

mabundna tid för primärkommunala behov mot ersättning till landstinget från primärkommunen. I andra hand förordades att därtill villiga läkare bereds möjlighet att som bisyssla bedriva viss läkarverksamhet exempelvis inom skolhälsovården. Den gemensamma förbundsrekommendationen gäller alltjämt.

2.3 Skolhälsovården som en del av elevvården

2.3.1 *Allmänt*

Enligt Lgr 69 är skolhälsovården, som även framgått av avsnitt 2.2.2 att betrakta som den medicinska delen av grundskolans elevvård. Gymnasieskolans elevvård bygger på grundskolans och har, enligt Lgy 70, samma funktion som denna.

För en väl fungerande elevvård i vid mening krävs bl. a. att alla som engageras däri dvs. lärare, skolhälsovårdspersonal, psykologer, kuratorer, yrkesvalslärare/syo-konsulenter m. fl. samarbetar för elevens bästa. Det är också viktigt att detta samarbete inte försvåras av gällande regelsystem med olika grad av bundenhet vid tystnadsplikt för berörda befattningshavare. Tystnadspliktskommittén har i sitt betänkande "Tystnadsplikt och yttrandefrihet" (SOU 1975:102) föreslagit vissa regler vad gäller tystnadsplikt som även berör skolsektorn. I avsnitt 8.8.1 utvecklar skolhälsovårdsutredningen sin syn på de föreslagna tystnadspliktsreglerna vad avser elevvårdspersonalen.

I det följande belyser skolhälsovårdsutredningen sambandet mellan skolhälsovården och övrig elevvård. Utredningen har valt att göra detta genom att lämna en kortfattad beskrivning av elevvårdskonferensens funktion, skolpsykologens och skolkuratorns uppgifter samt yrkesvalslärare/syo-konsulentens roll i skolans elevvård. Omfattningen av skolpsykolog- och skolkuratorsverksamheten belyses med ledning av visst enkätmaterial från SÖ.

2.3.2 *Elevvårdskonferensen*

När eleverna på grund av olika orsaker får svårigheter i skolarbetet söker man i så stor utsträckning som möjligt lösa uppkomna problem genom klassföreståndarens åtgärder. De problem som inte kan lösas på detta sätt hänskjuts i allmänhet till elevvårdskonferensen som då, i sin egenskap av samverkansorgan inom elevvårdens område, har att diskutera och föreslå lämpliga åtgärder. Genom diskussionen och de förslag till åtgärder som elevvårdskonferensen lämnar erhåller rektor underlag för de beslut i elevvårdsärendena, som det åvilar denne att fatta. Rektor är, tillsammans med främst klassföreståndaren, ansvarig för skolans elevvårdande verksamhet.

Elevvårdskonferenser bör hållas regelbundet var eller varannan vecka. I konferensen deltar rektor eller studierektor, klassföreståndare, övriga berörda lärare, skolpsykolog, skolkurator, skolläkare, skolsköterska och yrkesvalslärare/syo-konsulent. Vid behov kan även annan personal inom och/eller utom skolan kallas. Även berörda föräldrar och elever kan efter överenskommelse delta.

Elevvårdskonferensen har att behandla frågor som rör enskild elev eller grupp av elever men kan också ta upp frågor som rör planering av förebyggande insatser i fråga om skolmiljön. Elevvårdskonferensen kan t. ex. diskutera åtgärder för att främja trivsel och omvårdnad om eleverna, eller förslag till förbättring av personalens arbetssituation.

Minnesanteckningar om föreslagna åtgärder bör föras bl. a. för att underlätta uppföljningsarbetet. För ett förtroendefullt samarbete inom elevvårdskonferensens ram är det viktigt att de som är närvarande vid konferensen iakttar diskretion med vad de erfar.

2.3.3 Skolpsykolog

Förslag om inrättande av skolpsykologtjänster framlades redan av 1946 års skolkommission. De arbetsuppgifter som angavs för skolpsykologerna var främst av diagnostisk karaktär: skolmognadsundersökningar, prövningar i samband med studieövergångarna, undersökningar av undervisningshämmande barn m. m.. Speciell rådgivning för barn med beteenderubbningar angavs också som en viktig uppgift för skolpsykologerna.

Skolkommissionens förslag ledde inte till några omedelbara statliga initiativ. I början av 1950-talet startade emellertid genom lokala initiativ utbyggnaden av skolpsykologverksamheten.

Genom 1957 års skolberedning och följande riksdagsbeslut fastlades den organisation av skolpsykologverksamheten som nu gäller. Organisationen innebär i korthet att det ankommer på kommunerna att svara för lokala skolpsykologtjänster, medan staten sörjer för erforderliga insatser på central och regional nivå.

Vid sin behandling av skolpsykologernas arbetsuppgifter lade skolberedningen tyngdpunkten i utredningsarbetet, inte minst diagnosticering i samband med skolans specialundervisning. Skolberedningen betonade dock, att verksamheten inte skulle begränsas till elevgrupper med svårigheter. Skolpsykologernas insatser skulle vidgas och komma alla elever till del genom att insatserna gavs en förebyggande inriktning.

I Lgr 69 markeras skolpsykologernas förebyggande uppgifter. Dessa anges bestå bl. a. i medverkan vid planeringen av skolmiljön och det inre arbetet samt i information och stödande verksamhet för att främja ett gott arbetsklimate i skolan. I samband med läroplanens behandling av skolpsykologernas utredande uppgifter betonas vikten av att deras medverkan även sker vid genomförandet av olika åtgärder bl. a. genom stödkontakter och gruppsamtal med elever.

Sammanfattningsvis noterar utredningen att skolpsykologernas yrkesroll har förändrats markant under de ca 20 år som dessa arbetat i skolan. Den från början utpräglad diagnostiska inriktningen av arbetet har förskjutits mot förebyggande arbete och behandling.

Av SÖ:s sammanställning rörande den skolpsykologiska verksamheten läsåret 1973/74 framgår bl. a. att det i primärkommunerna fanns sammanlagt 317 skolpsykologtjänster. Av dessa var 171 psykologtjänster och 146 biträdande psykologtjänster. Av de 171 psykologtjänsterna var 129 besatta med heltidsanställda psykologer. Resterande 42 tjänster uppehölls av 69 halvtids- och 14 deltidanställda psykologer. På de 146 biträdande psyko-

logtjänsterna tjänstgjorde 55 heltids-, 138 halvtids- och 38 deltidanställda psykologer.

Under läsåret 1973/74 inrättades sammanlagt 21,4 nya tjänster, räknat i heltidstjänster. Av dessa var 8,5 psykologtjänster och 12,9 biträdande psykologtjänster.

Av SÖ-sammanställningen kan vidare utläsas att det genomsnittliga elevunderlaget per hel skolpsykologtjänst för samtliga primärkommuner var 3 386 men att stora variationer förelåg mellan olika län. Det lägsta genomsnittliga elevunderlaget redovisades i Stockholms län med 2 313 elever per hel tjänst och det högsta i Hallands län med 6 720 elever per hel tjänst. Variationerna i elevunderlag för enskilda skolpsykologer var ännu större. Högsta elevunderlaget på en tjänst var 12 057 elever.

Av sammanställningen framgår slutligen att ca 150 000 elever i primärkommunala skolor ej hade tillgång till skolpsykolog och därmed var utestängda från möjligheten att inom skolan erhålla psykologisk rådgivning och behandling.

Någon motsvarande SÖ-sammanställning finns inte beträffande den skolpsykologiska verksamheten i landstingskommunerna.

Vid varje länskolnämnd finns anställd en länskolpsykolog som handlägger frågor av skolpsykologisk art. Länskolpsykologen skall också verka för bästa möjliga utveckling av länets skolpsykologresurser och för en god elevvård inom länet. Tjänsteinnehavaren medverkar i handläggningen av ärenden som rör specialundervisning, särskild undervisning och stödundervisning samt i frågor rörande särskolan och specialsolan liksom i frågor om fortbildning och information. I arbetsuppgifterna ingår också att följa det pedagogiska forsknings- och utvecklingsarbetet.

I oktober 1974 tillsatte SÖ en arbetsgrupp med uppgift att granska den skolpsykologiska verksamhetens innehåll och organisation. Arbetsgruppens förslag väntas föreligga under 1976.

2.3.4 *Skolkurator*

Den skolkuratoriva verksamheten i Sverige har genomgått en snabb utveckling. Under 1950- och 60-talen lämnade staten visst statsbidrag till ett 40-tal arvodestjänster för skolkuratorer vid de dåvarande gymnasieskolorna. Jämsides härmed byggdes skolkuratorsverksamheten i det allmänna skolväsendet upp utan något speciellt statligt stimulansbidrag. Läsåret 1975/76 fanns ca 700 skolkuratorer verksamma inom grundskolan, gymnasieskolan och inom den kommunala vuxenutbildningen. Flertalet skolkuratorer har socionomexamen som grundutbildning.

Målsättningen för arbetet är i korthet att skolkuratorn genom sina speciella kunskaper inom det sociala området skall verka för en god kontakt mellan skolan, hemmen och samhället, medverka till positiva förändringar i skolmiljön samt till en god personlig utveckling för den enskilda eleven.

Enligt Lgr 69 anges skolkuratorns viktigaste uppgifter vara

- Informerande, utredande och åtgärdande arbete
- Rådgivande verksamhet, enskilt eller kollektivt
- Kontaktarbete med personal inom skolan, med hem och olika myn-

digheter

- Sekreteraruppdrag och föredragning i konferenser
- Administrativa uppgifter.

I skolkuratorns uppgift ingår dessutom socialt behandlingsarbete med eleverna i samarbete med föräldrarna och lärarna. Skolkuratoren ägnar också stor uppmärksamhet åt den förebyggande verksamheten genom att bl. a. medverka till mjukare övergångar mellan förskola-skola och mellan olika skolstadier.

En viktig del av det skolkurativa arbetet är att skapa kontinuitet i kontakten med eleverna och deras föräldrar i synnerhet vad beträffar elever med särskilda behov. Speciell uppmärksamhet ägnas elever som avbryter skolgången i grundskolan och gymnasieskolan. Skolkuratoren informerar om de skolsociala förmånerna men även om de sociala förmåner i övrigt som samhället ger samt om familjerättsliga frågor.

I elevvårdsteamet bidrar skolkuratoren med kunskaper och synpunkter från det sociala området.

Skolkuratoren deltar i de flesta konferenser inom skolan t. ex. elevvårdskonferenser, klasskonferenser, kollegiesammanträden och planeringssammanträden. Skolkuratoren förutsätts ha god kontakt med socialförvaltningen och med övriga barn- och ungdomsvårdande organ.

Skolkuratoren kan såväl inom grundskolan som gymnasieskolan medverka i undervisningen i socialkunskap, familjekunskap, samlevnadsfrågor, lag och rätt samt ANT (alkohol, narkotika, tobak). Vid fortbildning av skolpersonal kan kuratören medverka t. ex. vid studiedagar.

Under april månad 1974 utsändes en enkät genom SÖ:s försorg till de skolkuratorer i primär- och landstingskommuner, vilkas namn och adress var kända. Deras antal var då 617 och enkätsvar inkom från 577 skolkuratorer (93,5%).

Nedanstående tabeller återger vissa inkomna uppgifter.

Tabell 1. Anställningsform för skolkuratorer. Procenttal (n=577)

Anställningsform	Procent
Heltid (40 vt)	50
Halvtid (20 vt)	39
Deltid (under 20 vt)	11

Tabell 2. Rektorsområde per skolkurator. Procenttal (n=577)

Antal rektorsområden	Procent
1	47
2	27
3	18
4 eller fler	8

Tabell 3. Skolenheter per skolkurator. Procenttal (n=577)

Antal skolenheter	Procent
1	29
2	18
3 och 4	18
5 eller fler	25

Tabell 4. Elever per skolkurator. Absoluta tal (n=551)

Anställningsform	Antal elever per kurator ^a					
	– 400	401– 800	801– 1 333	1 334– 2 000	2 001– 4 000	4 001–
Heltid	5	36	72	90	70	7
Halvtid	5	10	53	67	77	10
Deltid	2	1	14	12	15	5
Samtliga	12	47	139	169	162	22

^a Ur statistisk synpunkt har halvtids- och deltidarbetande kuratorer omräknats till heltidstjänster.

Någon motsvarighet till länsskolpsykologen finns inte beträffande skolkuratorsverksamheten.

I mars 1974 tillsatte SÖ en arbetsgrupp med uppgift att göra en översyn av mål och riktlinjer för den skolkurativa verksamheten. Arbetsgruppens förslag väntas föreligga under 1976.

2.3.5 Yrkesvalslärare/syo-konsulent

Studie- och yrkesorienteringen (syon) i grundskolan och gymnasieskolan har efter ett riksdagsbeslut 1971 förändrats både vad beträffar organisation och riktlinjer. De nya verksamhetsformerna har införts i hela skolväsendet fr. o. m. läsåret 1974/75 och har försökskaraktär. Utvärdering av försöksverksamheten skall ske under en femårsperiod varefter riksdagen på nytt skall ta ställning till syons framtida utformning.

Syo-verksamheten är som helhet en angelägenhet för skolan från första årskursen till den sista och blir därigenom en tvärfunktion som kräver uppmärksamhet och insatser av alla som verkar i skolan. Härav följer bl. a. att alla skolans befattningshavare, så ofta stillfälle ges, bör anknyta sin elevinriktad verksamhet till det omgivande samhället, dess utbildningsverksamhet och dess arbetsliv. Särskilda befattningshavare, syo-konsulenter och yrkesvalslärare har emellertid under skolledningen huvudansvar för syo-verksamheten.

Med ovan redovisade helhetssyn har syon inom skolan som uppgift att svara för allsidig orientering om utbildning och arbetsliv att medverka i elevens personlighetsutveckling, bl. a. genom att medverka

till att elever finner en studieväg och ett yrke, som svarar mot personliga intressen och förutsättningar

att öva förmågan till och skapa förutsättningar för väl underbyggda studie- och yrkesval.

Information och vägledning skall ske fortlöpande och inte inskränka sig till enstaka tillfällen. Verksamheten skall också fördjupas successivt efter elevernas känslomässiga och förståndsmässiga mognad. Eleverna skall stimuleras till egen aktivitet, självanalys och bedömning av valalternativ och framtidsplaner. Inriktningen på elevernas egen aktivitet innebär dock inte att syon får förhålla sig passiv. Den skall aktivt medverka bl. a. till att överbrygga hinder av olika slag, att minska ofrihet i valsituationerna t. ex. genom att förmedla även sådan information som inte direkt efterfrågas samt att öka medvetenheten hos eleverna om faktorer som negativt och positivt kan påverka deras studie- och yrkesval och framtida utveckling. Alla i syo medverkande skall också på olika sätt bidra till utbildningens och arbetslivets anpassning till den enskilda människan och inte enbart tvärtom. Denna syons aktiva roll gäller i särskilt hög grad elever med något slag av handikapp.

Särskilt inom det sist nämnda området satsas stora resurser för att genom uppsökande verksamhet, individanpassad utbildning, medicinsk yrkesvägledning, samverkan mellan skola och arbetsliv m. m. stödja och kompensera elever med särskilda behov.

Skolhälsovårdens del i studie- och yrkesorienteringen är att fortlöpande och aktivt delta i det lagarbete som syon utgör enligt ovanstående riktlinjer med sikte på en ständigt fortgående utveckling av verksamheten.

2.4 Skolhälsovården i samhällets totala barnomsorg

Allmänt

I föregående avsnitt har redogjorts för skolhälsovårdens insatser för eleverna under deras skoltid. Utan anspråk på att vara helt täckande vill utredningen i detta avsnitt peka på olika samhällseliga insatser som under barnets tillkomst och uppväxttid söker bidra till en så gynnsam och positiv uppväxt, vård och fostran som möjligt. I avsnittet kommer dock inte samhällets sjukvårdande åtgärder för barn och ungdom att beröras.

Barnavårdslagen kan ses som en grund och ett hjälpmedel för samhällets insatser för barn och ungdom, vilket följande citat ur § 1 kan belysa: "Samhällets vård av barn och ungdom (barnavård) har till syfte att främja en gynnsam utveckling av de unga och goda uppväxtförhållanden i övrigt för dem".

Skolhälsovården måste ses som en del av samhällets insatser för barn, ungdom och familjer och därvid ingå som en integrerad del i samhällets hälsovårdsprogram. För att förverkliga den målsättningen krävs kontinuitet och samverkan.

Mödrahälsovården

Mödrahälsovården är en sjukvårdshuvudmannauppgift och dess övergripande uppgift är att i såväl fysiskt som psykiskt hänseende förbygga uppkomsten av sjukdomar och insufficienstillstånd hos blivande och nyblivna mödrar samt de blivande barnen.

Mödrahälsovården är en form av riktad hälsokontroll, som erbjuds alla kvinnor i samband med graviditet. Verksamheten når i dag nästan alla blivande mödrar (ca 95 %).

Vården under graviditeten (förvård) syftar till att genom erforderlig hälsovård minska riskerna för missfall och förtidsbörd samt förebygga sjukdomar, skador och missbildningar hos barnet.

I förvården ingår normalt ca 10–12 besök hos barnmorska och minst tre besök hos läkare. Utöver den medicinska övervakningen åligger det bl. a. barnmorskan att ge råd och anvisningar i frågor som rör graviditeten och förlossningen, lämplig kost och livsföring. I det hälsovårdande arbetet kommer de psykosociala faktorernas betydelse under graviditeten allt mer i förgrunden. Barnmorskan ger även råd i personliga och sociala frågor samt, för att förmedla hjälp till de blivande föräldrarna, samarbetar hon med andra samhällsorgan, som PBU, socialvården och familjerådgivningen. Barnmorskan har också möjlighet att vid behov göra hembesök.

Förskjutningar i människans behov och krav på vårddinnehåll har ökat efterfrågan av praktisk, psykologisk och social förberedelse för föräldrarollen. En mentalhygienisk viktig del av mödrahälsovården, som barnmorskan är ålagd att svara för, är mödraundervisning i grupp.

Inom mödrahälsovården förmärks en tendens till ökad samverkan med andra samhällseliga instanser. Anledningen till behovet av denna ökade samverkan är kunskaperna om betydelsen av hur blivande föräldrar reagerar på de omställningar graviditeten innebär, hur man löser psykiska konflikter och hur man anpassar sig till rollen som blivande föräldrar. Det har i olika utredningar framkommit att det är av stor betydelse för barnets fortsatta utveckling hur grunden läggs beträffande relationen mellan föräldrarna och det nyfödda barnet.

Barnhälsovården

Den moderna barnhälsovården har i vårt land byggts upp till att bli kanske den förnämsta som kan tänkas. Longitudinella hälsovårdsuppföljningsprogram följer praktiskt taget alla barn från förlossningsögonblicket fram till dess att skolhälsovården tar över.

Barnhälsovårdens övergripande uppgifter är, enligt Normalreglementet för mödra- och barnhälsovården, att svara för en fullständig hälsoövervakande och handikappuppspårande verksamhet för alla barn fram till skolåldern. Denna hälsokontroll i vid bemärkelse bedrivs i förebyggande syfte och omfattar:

- kontroll av barnets fysiska och psykiska hälsa,
- åtgärder för tidig upptäckt av rubbningar av barnets fysiska och psykiska utveckling samt tillstånd och sjukdomar som kan medföra handikapp,
- ansvar för att konstaterade avvikelser blir föremål för lämpliga medi-

- cinska och sociala åtgärder,
- information och råd i frågor av betydelse för barns vård och fostran, som kan ges enskilt eller i grupp,
- råd och anvisningar om barnets tandhälsovård.

Detta arbete, som syftar till att ge barn bästa möjliga förutsättningar för en god fysisk, psykisk och social utveckling, bör enligt reglementet bedrivas i samarbete med samhällets övriga barnavårdande organ.

Barnhälsovården har varit och är av avgörande betydelse för barns hälsa och utveckling. Verksamhetens service har förbättrats både kvalitativt och kvantitativt. Praktiskt taget alla förskolebarn övervakas numera kontinuerligt och strukturerade hälsokontroller utföres regelbundet.

Inom olika utredningar diskuteras för närvarande på vad sätt samhällets insatser vad gäller barnomsorger och barntillsyn behöver förstärkas. Mycket talar för att den väsentligaste förstärkningen vore en förstärkning av barnhälsovårdsorganisationen med fler och välutbildade sjuksköterskor, beredda att ta hand om de flesta av de problem som modern barnhälsovård i dag kan ställas inför. För att barnhälsovården skall kunna fungera enligt sin målsättning krävs dock betydande insatser av specialutbildad fackpersonal som exempelvis tandläkare, psykologer, kuratorer, dietister etc.

Utvecklingen inom barnhälsovården har gått mot att alltmer se barnet och dess familj utifrån en helhetssyn som omfattar alla aspekter av barnens hälsa. Införandet av en allmän 4-årskontroll var ett steg i denna riktning. Denna punktkontroll av fysisk, psykisk och social karaktär kom till bl. a. för att handikapp eller andra avvikelser inte skulle förbli odiagnostiserade hos den då stora grupp barn som inte var helt hälsoövervakade upp till skolåldern. Resultatet av 4-årskontrollen har bekräftat att de mest betydelsefulla fysiska avvikelserna och handikappen var upptäckta och åtgärdade före 4-årsåldern, medan man däremot på flera områden som tidigare inte beaktats kunde avslöja många problem av betydelse för familjen. Detta gällde främst barnets beteende och sociala anpassning samt föräldrarnas problemupplevelse och uppfostringsmetoder.

I den nya barnhälsovårdsjournal, som infördes 1973, har eftersträvat en utformning som skall kunna ge en överblick över hälsa, utveckling och miljöfaktorer under hela förskoleåldern. När barnet kommer i skolåldern övertas barnhälsovårdsjournalen av skolhälsovården. Skolhälsovården ges på så sätt förutsättningar för en direkt fortsättning av barnhälsovårdens verksamhet.

För att strävan att hjälpa barn med psykiska eller sociala svårigheter inte skall bli ett slag i luften, krävs att resurser för stödinsatser och uppföljning finns tillgängliga. Detta förutsätter av naturliga skäl ett mer utvecklat samarbete med samhällets övriga barnavårdande organ, med resurser att ge stöd av social, psykologisk och psykiatrisk karaktär. Samarbetet mellan barnhälsovården och skolhälsovården bör av samma skäl intensifieras.

I dag är hälsovården för barn upp till 7 år fördelad på barnavårdscentraler och förskolor. Barnhälsovården handhar dock för närvarande viss andel av hälsovården inom förskolorna. Utvecklingen tyder på att barnhälsovården inom de närmaste åren kommer att följa alla barn under hela förskoleåldern och då handha all hälsovård för samtliga barn upp till skolåldern inklusive

barnen i förskolan och i andra barnvårdsanstalter. Detta kommer att medföra behov av ökad samverkan mellan barnhälsovården, förskolan/socialvården och skolhälsovården.

Strävan efter kontinuitet i hälsovårds- och sjukvårdsarbetet bland barn är ytterligare en utvecklingslinje. I socialstyrelsens rapport "Barnmedicin bilaga till Hälso- och sjukvård inför 80-talet" föreslås ett sammanförande av hälso- och sjukvård till en integrerad vårdform, som föreslås handhas av distriktsläkare för barn inom ett område. En sådan integrering innebär att barnet möter samma personal då det som friskt får sin hälsokontroll som när det är sjukt.

Samordning av barnhälsovård och viss öppen sjukvård förekommer redan inom distriktsläkarverksamheten, där distriktsläkaren och distriktssköterskan förutom andra uppgifter även handhar barnhälsovården (barnvårdscentral typ II). Distriktsläkaren och distriktssköterskan har också ofta hand om skolhälsovården inom sina distrikt. Med en sådan organisationsform garanteras kontinuiteten mellan barnhälsovården och skolhälsovården.

Föräldrautbildning

Frågan om skapandet av en enhetlig organisation för föräldrautbildning har länge varit aktuell och behandlats av olika instanser. Riksdagen har bl. a. behandlat frågan vid flera tillfällen.

I en rapport avgiven av landstingsförbundet (1975) om föräldrautbildning poängteras bl. a. behovet av kontinuitet och samverkan mellan olika samhälleliga insatser i den föräldrautbildning som redan bedrivs inom mödrahälsovården, på BB, lättvårdsavdelningar och inom barnhälsovården.

I barnomsorgsgruppens betänkande Samverkan i barnomsorgen (SOU 1975:87) ingår ett diskussionskapitel om föräldrautbildning i ett samhällspolitiskt sammanhang. Utredningen diskuterar föräldrautbildning som ett led bland de olika insatser som samhället i dag gör för barnfamiljerna. Utredningen påpekar att avsnittet bör ses som ett underlag i en diskussion om föräldrautbildningens tänkbara roll för barnens uppväxtvillkor. I betänkandet föreslås föräldrautbildning i fyra faser.

Fas I Föräldrautbildning i samband med barnets födelse.

Fas II Föräldrautbildning när barnet är i förskoleåldern.

Fas III Föräldrautbildning när barnet är i skolåldern.

Fas IV Föräldrautbildning till alla i samhället.

I fas III, Föräldrautbildning när barnet är i skolåldern, anser utredningen att skolan bör ges ett dubbelt ansvar för föräldrautbildningen.

I skolan bör föräldrautbildningen ses som en fortsättning på förskoleperiodens föräldrautbildning som innebär stöd för föräldrar i föräldraskap samt möjlighet att påverka sitt barns situation. För barnen betyder den i ökad utsträckning en förberedelse för vuxenroll och föräldraskap.

Föräldrautbildningen kan ses som en kontinuitetslänk mellan mödra- barnhälsovård, förskola, skolhälsovård och andra samhälleliga organ.

För förverkligandet av föräldrautbildningens målsättning kommer kontinuitet och samverkan att ha en avgörande betydelse.

Olycksfallsprofylax bland barn

Som ett instrument för förebyggande insatser inom barnhälsovården har f. d. medicinalstyrelsen utfärdat en minneslista att av sjuksköterskor användas vid hembesök (MF nr 113/1960).

Minneslistan som är mycket detaljerad innehåller föreskrifter om exempelvis "barnsäkra" väggkontakter, räcken till trappor, giftiga och frätande ämnens förvaring, kanter på mattor, prydnader på barnkläder etc.

Skyddsläkemedel

Enligt vissa indikationer och efter särskild förteckning erhåller bl. a. spädbarn, barn i förskoleåldern och barn i grundskolan kostnadsfritt skyddsläkemedel – vitaminer, järn och kalk.

Förskolan

Från den 1 juli 1976 har kommunerna skyldighet att bedriva förskoleverksamhet för de barn som är kyrkobokförda i kommunen eller stadigvarande vistas där (§ 4 Barnomsorgslagen). Barnen skall anvisas plats från och med höstterminen det år då barnet fyller sex år (5 § Barnomsorgslagen).

Barn, som av fysiska, psykiska, sociala, språkliga eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling, skall anvisas plats i förskola vid tidigare ålder (§ 6). Vistas barn på sjukhus, barnhem eller annan anstalt skall huvudmannen för anstalten sörja för att barnet får tillfälle att delta i verksamhet som motsvarar den som erbjuds i förskola (§ 9).

Barnstugeutredningen framhåller i betänkandet Förskolan (SOU 1972:26–27) att förskolans mål måste utgå från barnets och familjens behov och från deras skiftande förhållanden i samhället. Enligt barnstugeutredningen måste förskolan kunna möta både generella behov hos alla barn och särskilda behov hos vissa barn. Förskolan bör ses som ett instrument att minska skillnaderna mellan barns utgångslägen inför skolan och senare i livet. Stor tonvikt läggs vid att förskolan når och i sin verksamhet införlivar och stödjer barn som på grund av olika svårigheter annars riskerar att bli isolerade i samhället. Härmed avses bland annat barn med handikapp. För dessa barn liksom för alla andra barn bör förskolans funktion vara att i samarbete med föräldrarna ge barnet bästa möjliga betingelser för att rikt och mångsidigt utveckla sina känslö- och tankemässiga tillgångar och därigenom medverka till att barnet utvecklas till en öppen och hänsynsfull människa med förmåga till inlevelse och till samverkan med andra.

Med barnets personlighetsutveckling i centrum har barnstugeutredningen formulerat följande tre delmål som riktmärken för det pedagogiska arbetet i förskolan:

- förskolan skall gemensamt med föräldrarna ge förutsättningar för att arbetet utvecklar och stabiliserar en uppfattning om sig själv som individ,
- förskolan skall ge förutsättningar för att barnet successivt utvecklar en kommunikationsförmåga i sitt samspel med omgivningen,
- förskolan skall ge förutsättningar för att en gynnsam begreppsbyggnad växer fram hos barnet, som förberedelse för skolstarten.

Barnstugeutredningen framhåller att en förutsättning för att förskolan skall kunna bidra till barnets utveckling enligt intentionerna i det pedagogiska programmet är att den har behövliga resurser, främst personal, utrymme och utrustning samt att den organiseras på ett sådant sätt att resurserna kommer till bästa möjliga användning.

Riksdagen uppdrog åt socialstyrelsen att föra ut barnstugeutredningens grundläggande syn på förskolans arbetssätt. Det uppdraget fullföljer socialstyrelsen i Arbetsplan för förskolan, som är under utgivning, samt i den målsättning och det pedagogiska program för förskolan som barnstugeutredningen föreslog.

Barnstugeutredningen understryker vikten av särskilda insatser för barn med särskilda behov av stöd och stimulans och föreslår ett direkt samarbete mellan socialvård och barnhälsovård i syfte att ge barn och barnfamiljer det stöd som de behöver.

Barnomsorgsgruppen har i delbetänkandet Samverkan i barnomsorgen (SOU 1975:87) pekat på bl. a. behovet av samarbete mellan social barnavård och barnhälsovård. I betänkandet framhålls bl. a. att socialvården och barnhälsovården båda har till uppgift att medverka till en gynnsam utveckling hos barnen. Det yttersta syftet med barnhälsovården och socialvården är alltså gemensamt. Socialvården har ett lagstadgat ansvar för det socialt förebyggande arbetet och barnhälsovården har bl. a. det medicinskt förebyggande ansvaret. Socialvården och mödra- och barnhälsovården har i sitt arbete att utgå från de enskilda människornas behov. Individens önskemål och krav bör ligga till grund för såväl den organisatoriska som praktiska utformningen av verksamheterna.

Även landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet har i en gemensam rekommendation lämnat förslag till åtgärder för ett intensifierat samarbete mellan socialvård och mödra-barnhälsovård (Cirkulär AC 39/73). I rekommendationen poängteras bl. a. behovet av gemensamma utbildningsdagar för olika personalgrupper och sammanfallande distriktsgränser (upp-tagningsområden) för de olika verksamhetsgrenarna.

Hälsovård inom förskolan

I den tidigare nämnda propositionen om förskoleverksamhetens utbyggnad och organisation (Prop. 1973:136) anför departementschefen bl. a.: "Enligt barnstugeutredningens uppfattning bör landstingens barnavårdscentraler svara för den fysiska hälsovården vid förskolorna. Utredningen konstaterar att barnavårdscentralerna redan i dag har ansvar för hälsovården även för barn som är inskrivna i förskolan. Både landstingsförbundet och kommunförbundet har ställt sig positiva till utredningens förslag. Det torde därför finnas goda förutsättningar att nå en tillfredsställande lösning av denna fråga." En arbetsgrupp inom socialstyrelsen kommer att under innevarande år framlägga ett förslag till ett ändrat huvudmannaskap för hälsovården inom bl. a. förskolan och de organisatoriska och administrativa förändringar ett sådant förslag innebär. Svenska kommunförbundet och landstingsförbundet har ställt sig bakom ändringsförslagen.

Specialförskolor

Antalet specialförskolor är omkring 25 och finns i 20 landsting samt i de landstingsfria kommunerna. Specialförskolorna har i allmänhet landstinget som huvudman.

Tillförlitliga uppgifter om antalet rörelsehindrade barn i specialförskolor saknas. Antalet kan dock skattas till ca 400 barn.

De olika specialförskolornas verksamhet kan sägas ha olika funktion för de rörelsehindrade barnen. I vissa fall är specialförskolorna ett alternativ till vistelse i vanlig förskola. Ofta försöker man dock i dessa fall successivt förbereda barnet för att, åtminstone året före skolstarten, kunna integreras. Det förekommer också att specialförskolan utgör ett komplement till vanlig förskola. Barnen vistas i dessa fall huvudsakligen i vanlig förskola, men kommer till specialförskolan någon eller några dagar per vecka för individuellt avpassad träning och vägledning.

Många rörelsehindrade barn är i behov av regelbundet återkommande behandling vid rehabiliteringsinstitutioner för utvecklingsbedömning, medicinsk kontroll, uppläggning av rehabiliteringsprogram, intensivträning etc.

Specialförskolornas roll bestäms i hög grad av hur väl den vanliga förskolan kan möta de handikappade barnens behov. Förhållandet mellan specialförskolorna och den vanliga förskolan avspeglar motsatsförhållandet mellan handikappades behov av integrering och nödvändigheten av särbehandling. Huvudmannaskapet för specialförskolorna utreds för närvarande av Barnomsorgsgruppen.

Enligt lagen om elevhem för rörelsehindrade barn m. fl. (SFS 1965:136) är landstingskommun (eller landstingsfri kommun) skyldig sörja för inackordering i elevhem av barn i förskoleåldern samt för den vård och förskoleundervisning som påkallas av handikappet.

Hörselskadade förskolebarn

I anslutning till sjukhusens audiologiska avdelningar och hörcentraler har vid så gott som varje landsting byggts upp en pedagogisk hörselvård under ledning av hörselvårdskonsulent. Härigenom har en samlad resurs skapats för insatser av medicinsk, teknisk, kurativ och pedagogisk art för hörselskadade barn.

Landstingen har genom den pedagogiska hörselvården frivilligt åtagit sig ett totalansvar för de hörselskadade barnens pedagogiska träning och utveckling i förskoleåldern. För de hörselskadade förskolebarnen omfattar de pedagogiska insatserna hemvägledning från 1–3,5 års ålder, förskoleverksamhet i förskola från 3,5–7 års ålder samt information och stöd till föräldrarna. Hemvägledningen och förskoleundervisningen bedrivs av första-dielärare (förskollärare med specialutbildning i hörselpedagogik) under vägledning av hörselvårdskonsulenten.

Antalet förskolor där hörselskadade barn deltar är omkring 50. Av dessa är omkring fem landstingsdrivna specialförskolor för hörselskadade och övriga vanliga kommunala förskolor där hörselskadade barn integreras. Antalet hörselskadade barn i förskola är f. n. ca 370. Av dessa går ca 30 barn i specialförskola. Övriga är integrerade i kommunal förskola.

Skolöverstyrelsen är central tillsynsmyndighet för förskoleverksamheten för hörselskadade barn och ger ut anvisningar för hur denna verksamhet skall bedrivas.

Hörselskadade skolbarn

Skilda befattningshavare inom landstingens pedagogiska hörselvård och framför allt dess hörselvårdskonsulenter anlitas i stor utsträckning inom det reguljära skolväsendet, främst inom grundskolan men även inom gymnasieskolan. Uppskattningsvis åtgår mellan 30–50 procent av konsulenternas arbetstid till sådan verksamhet. Med omtanke om det enskilda hörselskadade barnet är det helt riktigt att hörselvårdskonsulenten – med sin goda personkänedom – engageras i skolverksamheten. Det ekonomiska ansvaret för verksamheten kan dock ej sägas åvila landstingen (de landstingsfria kommunerna) i all synnerhet som lärare och skolläda avlastas en del av sitt arbete. För denna service föreligger inga formella ålägganden eller överenskommelser. Innehållet i och utformningen av den hörselpedagogiska verksamheten har utan några centralt angivna råd eller anvisningar vuxit fram successivt. En viss likformighet finns dock mellan de skilda landstingen beroende på hörselvårdskonsulenternas egna initiativ.

För att ge föräldrar till hörselskadade barn kunskap om de problem som kan uppstå med ett hörselskadat barn anordnas – i samarbete med skolöverstyrelsen – informationskurser för föräldrar till barn vars hörselskada nyligen upptäckts.

Utvecklingsstörda barn

Den 1 juli 1968 trädde lagen angående omsorgen om vissa psykiskt utvecklingsstörda i kraft. Enligt lagen är landstingen och de landstingsfria städerna huvudmän för omsorgsverksamheten, vilket innebär att landstingen skall bereda psykiskt utvecklingsstörda som är bosatta inom landstingskommunen undervisning, vård och omsorger i den mån annan icke drar försorg därom.

Med ordet omsorger har man velat markera en breddning av den samhällets service som de utvecklingsstörda behöver, alltså inte enbart undervisning och vård, utan lika mycket social service, rådgivning, fritidsverksamhet m. m.

Omsorgslagstiftningen innebär inte att utvecklingsstörda är utestängda från den allmänna samhällsservice som regleras av andra lagar, t. ex. sociallagstiftning och sjukvårdslagstiftning utan är en särskild garanti för att samhällsservicen kommer de utvecklingsstörda till del samt att de erbjuds den särskilda omvårdnad de dessutom kan vara i behov av.

Särskilt viktigt är den uppspårande verksamheten, dvs. att finna dem som är utvecklingsstörda, oavsett om det gäller små barn, ungdomar eller vuxna, för att kunna ge dem adekvat hjälp. Härför måste omsorgsstyrelsen samarbeta med barnhälsovården och primärkommunala organ i mycket stor utsträckning. Hälsoundersökningen av 4-åringar underlättar uppspårandet.

Landstingens förpliktelser att erbjuda psykiskt utvecklingsstörda förskolebarn undervisning och tillsyn fullgörs i dag dels genom att man anordnar

separata förskolor och daghem, men i ökad utsträckning också genom att man integrerar barnen dels individuellt i kommunala förskolor dels genom att klasser av särskolans förskola allt oftare lokalmässigt förläggs till den kommunala förskolan.

För de utvecklingsstörda barn som inte kan delta i verksamhet vid sådana institutioner som i lagen benämns daghem och förskola (deltidsgrupp) erbjuder landstingen vård i hemmet, s. k. hemmavård och/eller särskild undervisning (5 tim/vecka). För daghemmen och hemmavården ansvarar vårdchefen inom omsorgsstyrelsen. Central tillsynsmyndighet är socialstyrelsen. Särskolchef ansvarar för den särskilda undervisningen.

Undervisning av de psykiskt utvecklingsstörda sker i särskola. I samband med undervisningen får eleverna den personliga och medicinska omvårdnad de behöver. Särskolan omfattar förskola, skola för grundundervisning, träningskola eller yrkesskola eller flera av dessa skolformer. För psykiskt utvecklingsstörda, som på grund av rörelsehinder, långvarig sjukdom eller liknande omständigheter inte kan delta i särskolans vanliga arbete anordnas särskild undervisning avpassad för dem. För särskolan inklusive dess förskola är särskolchefen inom omsorgsstyrelsen ansvarig. Central tillsynsmyndighet för särskolan är skolöverstyrelsen.

För närvarande finns ungefär 250 särskolor inklusive dem vid vårdhem och sjukhus. Av de cirka 80 elevhemmen är 23 kombinerade med särskola. Sammanlagt undervisas ca 10 000 elever, varav hälften bor i sina egna hem, en fjärdedel i elevhem och 18 procent på vårdhem.

Praktiskt taget varje landsting har en särskola kombinerad med elevhem, i regel nybyggd eller ombyggd under de sista 15 åren. Platsantalet på dessa har emellertid ej ökat under dessa år, medan antalet elever på de andra särskolorna, som utgörs av specialklasser, i regel förlagda till en vanlig skola, har mer än fördubblats. I januari 1972 var en tredjedel av särskolklasserna (tillsammans ca 1 400) integrerade.

Rädslan att barnen skulle "förföljas" av de andra barnen har visat sig obefogad, om de informeras på rätt sätt.

Särskolan har mindre klasser än grundskolan, specialutbildade lärare, speciella undervisningsmedel och stor frihet i förhållande till kursplanen. Det finns i princip ingen tidsgräns för att uppnå resultat i särskolan.

Ett psykiskt utvecklingsstört barn som kan tillgodogöra sig undervisning är särskolpliktigt från och med 7 års ålder och så länge undervisning behövs, dock längst till och med 21 års ålder (i undantagsfall till 23 år).

Det är skolstyrelsens skyldighet vidtaga åtgärder för att den som antas behöva särskoleundervisning också erhåller sådan. Barnavårdsnämnd i samverkan med andra organ skall vidtaga åtgärder för barn som kan tänkas behöva vård enligt omsorgslagen.

Även om det inom omsorgsverksamheten finns vårdhem för såväl vuxna som barn ger omhändertagandet alltmer en aktiv i stället för passiv vård. Numera finns metoder för träning av även de mest skadade. Den emotionella isoleringen kring vårdhemmen för barn håller på att lösas upp. En målsättning kan nu beskrivas för varje enskilt barn och föräldrarna håller i regel kontakt med sina barn. Barn tas in för korttidsvård för att föräldrarna skall få semester eller för att barnet behöver det.

Förr gick gränsen mellan särskola och vårdhem mellan dem som var

bildbara och obildbara. I dag vet vi att alla barn är bildbara – det beror mer på våra krav och metoder än på barnets förmåga!

Barn- och ungdomspsykiatri

Beträffande samhällets insatser inom området barn- och ungdomspsykiatri återkommer utredningen i avsnittet 2.5.6.

I detta sammanhang kan dock påpekas att den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten har förgreningar inom barnhälsovården, skolhälsovården, förskolan samt flera samhällseliga organ. Denna verksamhet utgör på så sätt en kontinuitetslänk mellan olika vårdformer.

Skolproblem är inte ovanliga vid psykiska handikapp. Inom den öppna vården är pedagogassistenter kontaktpersoner till skolväsendet och gör pedagogiska utredningar. Inom den slutna vården sköter dessa assistenter undervisning.

I arbetet på PBU-central ingår kontakter med berörda sociala myndigheter. Konsulentverksamheten vid barnavårdscentraler och i förskolan är en form av förebyggande psykisk vård.

Familjerådgivning

De offentliga familjerådgivningsbyråernas antal var den 31 december 1971 enligt socialutredningen (SOU 1974:39) totalt 36, varav 28 landstingskommunala och åtta primärkommunala. Därtill kommer 28 filialer knutna till de landstingskommunala huvudbyråerna.

Enligt socialutredningen var under år 1971 7 251 ärenden aktuella inom familjerådgivningen i landet. Av dessa var 5 758 nyanmälda under året. I varje ärende förekommer flera personer. De allra flesta familjer som är aktuella har 2–4 barn. De vanligast förekommande paren är gifta och har varit gifta 5–9 år eller 20 år och därutöver.

Familjerådgivningen kan verka dels genom det direkta behandlingsarbetet, dels genom den utåtriktade, pedagogiska verksamheten. I behandlingsarbetet är det viktigt att hjälp till att konstruktivt bearbeta konflikter ges i ett tidigt skede av samlevnadskrisen. Insatser innan positioner blivit låsta kan t. ex. förebygga tvister om umgänges- och vårdnadsrätt samt överhuvud taget förhindra fördjupade konflikter, vilka lätt får långtgående sociala konsekvenser. Den förebyggande sidan av rådgivningsverksamheten anses därför ha stor betydelse för såväl vuxna som barn.

Den pedagogiska verksamheten tillmäts stor betydelse. Den bedrivs i form av studiebesök och undervisning och är relativt omfattande. Familjerådgivningen vänder sig därvid till gymnasiet elever, studerande vid socialhögskola, inom sjuksköterskeutbildning (olika nivåer) samt grundskola. Verksamheten vänder sig även till olika yrkeskategorier som lärare, psykologer, sjukvårdspersonal och socialarbetare.

Barnhem

Landstingen och kommunerna utanför landstingen är ansvariga för barnhemsvården, som skall bedrivas efter särskilda planer, s. k. barnhemsplaner.

Enligt Kungl. Maj:ts bemyndigande skall planer och ändring av planer fr. o. m. den 1 juli 1969 fastställas av socialstyrelsen. Från denna tid har socialstyrelsen att godkänna planerna för de särskilda barnhemmen och deras verksamhet respektive att ge tillstånd till upprättande av barnhem. Socialstyrelsen äger beträffande varje barnvårdsanstalt att meddela föreskrift om det högsta antal barn och unga som samtidigt kan vårdas där.

I stadgan (1960:595) för barnvårdsanstalter beskrivs de olika typerna av barnhem närmare.

Spädbarnshem är avsedda för späda barn som inte åtföljs av sina mödrar. De vanligaste kategorierna barn på spädbarnshem är sådana, vilkas mödrar är sjuka eller sådana som skall bortadopteras.

Mödrahem är avsedda huvudsakligen för späda barn och deras mödrar.

Upptagningshem är avsedda huvudsakligen för barn som är i behov av tillfällig vård och fostran eller av observation antingen de har omhändertagits för samhällsvård eller utredning enligt 30 § BvL.

Specialhem är avsedda huvudsakligen för barn som är i behov av längre tids vård och fostran och inte lämpligen kan placeras i enskilt hem.

I praktiken har gränserna mellan upptagningshem och specialhem suddats ut.

Antalet platser på barnhem har tidigare varit större än vad det är i dag. I slutet av 1971 fanns enligt fosterbarnsutredningen (SOU 1974:7) inom gällande barnhemsplaner på 186 barnhem 2 948 platser. Det har dock under senare år inom landstingen förmärkts en tendens till ökad utbyggnad av antalet s. k. tonårshem (upptagningshem).

Fritidshem

Enligt lagen om barnomsorg innefattar samhällets barnomsorg förskoleverksamhet och fritidsverksamhet (§ 1). Fritidsverksamheten omfattar barn till och med 12 års ålder (§ 1) och bedrivs i form av fritidshem och därtill anknuten fritidsverksamhet samt familjedaghem (§ 3).

Ungdomsvårdsskola

Ungdomsvårdsskolorna har till ändamål att bereda sina elever vård, fostran och utbildning. Staten inrättar och driver ungdomsvårdsskolorna. Socialstyrelsen är central myndighet för skolorna och beslutar om intagning. Ungdomsvårdsskolorna är av två slag, skolhem för skolpliktiga elever och yrkesskolor för övriga elever.

Intagning i ungdomsvårdsskola får endast tillgripas i sådana fall, där omhändertagande för samhällsvård eller utredning grundats på omständigheter som anges i 25§b BvL. Skulle en för samhällsvård jämlikt 25§a redan omhändertagen underårig på grund av asocialitet bli i behov av ungdomsvårdsskoleplacering, måste ett nytt omhändertagandebeslut fattas under åberopande av 25§b.

Målsättningen för den vård och behandling som ges vid ungdomsvårdsskolorna är att främja elevens återanpassning i samhället. För att nå detta mål kan man i behandlingsarbetet urskilja bl. a. följande huvudlinjer:

- man vill bota eller minska elevens känslomässiga skador och störningar, som ofta leder till avvikande beteenden och försvårar normala relationer till andra människor,
- man vill genom utbildning och social träning öka elevens möjlighet att finna sig tillrätta i samhället,
- man vill för varje enskild elev finna den skolform eller det arbete och den miljö som bäst motsvarar hans eller hennes förutsättningar.

Vården vid ungdomsvårdsskolorna delas upp i vård inom skola och vård utom skola. Båda behandlingsformerna har likvärdig betydelse och ingår i en långsiktig behandlingsplan. Eleven skall utskrivas när ändamålet med vården får anses uppnått. Utskrivning kan även ske när elev är i behov av vård, fostran eller utbildning som bättre kan beredas på annat sätt än genom ungdomsvårdsskolans försorg. Elev skall vidare utskrivas när han enligt en mot honom lagakraftvunnen dom har antagits i fängvårdsanstalt. Under alla förhållanden skall utskrivning från ungdomsvårdsskola ske senast när eleven fyller 20 år, eller om han omhändertagits för samhällsvård efter det att han fyllt 17 år, senast tre år efter omhändertagandet.

Barns sommarvistelse

I betänkandet "Barns sommar" (SOU 1975:94) som får närvarande remissbehandlas lägger 1968 års barnstugeutredning fram överväganden och förslag om samhällets barnomsorg och om allmän fritidsverksamhet för barn och ungdomar under somrar och andra lov. Förslagen tar sikte både på förskolebarn och på barn och ungdomar i skolåldern.

Den pedagogiska inriktningen som utredningen formulerat för verksamheterna i förskola och fritidshem samt i den allmänna fritidsverksamheten för barn och ungdomar och som antagits av riksdagen för förskoleverksamheten bör utgöra riktmärket för samhällets omsorg och ansvar för att tillsammans med föräldrarna också sommartid skapa bästa möjliga utvecklingsbetingelser för varje barn. Även sommarverksamheter för barn och ungdomar bör planeras och genomföras med utgångspunkt och förankring i ett dialogpedagogiskt synsätt och relateras till utvecklingen hos barn i de åldrar som omfattas av verksamheterna.

Utredningen anser att ett samarbete omkring barnens totala situation är nödvändigt. Omsorgen om barns sommar är ett gemensamt ansvar för föräldrar, förskole- och fritidspersonal, förenings- och ungdomsledare, sommargårdspersonal, feriehemsföräldrar, lärare och övrig personal i skolan samt andra vuxna med kontakter med barn.

För närvarande anordnas sommarvistelse för barn i såväl förskole- som skolålder i sommargårdar med i huvudsak primärkommunalt huvudmannaskap och med verksamheten reglerad dels genom barnavårdslagen och dels genom stadgan för barnavårdsanstalter.

Central tillsynsmyndighet är socialstyrelsen.

För barn som inte har möjlighet att vistas på sommargård finns i kommunal regi parklek och dagliga badresor.

Många föreningar och ungdomsorganisationer arrangerar sommarverksamhet för sina medlemmar och i vissa fall även för icke medlemmar.

Föreningarnas sommarverksamhet i olika lägerformer är den till omfattningen största och mest frekventa.

Arbetskyddslagen och arbetsmiljöutredningen

I avsnitt 4.10 behandlas arbetsmiljöutredningen, varför i detta avsnitt nämnda utredning berörs helt summariskt.

Skyddet för minderåriga var ämnet för landets första egentliga arbetskyddsförfattning av år 1881. Bestämmelser om minderårigas användande till arbete har därefter utgjort en viktig del av arbetskyddslagstiftningen. I den nuvarande lagen och kungörelsen upptar minderårigbestämmelserna förhållandevis stort utrymme. I det moderna svenska samhället med nioårig skolplikt och en starkt utbyggd gymnasieskola har dock dessa regler inte samma betydelse som förr. Regleringen blir dock av intresse inte minst i samband med feriearbete eller liknande.

Med minderårig avses i lagen arbetstagare under 18 år (22 §). Arbetsgivare som har minderåriga anställda har enligt 26 § ASL skyldighet att särskilt ge akt på att arbetet inte medför fara för olycksfall, överansträngning eller annan menlig inverkan på hälsa eller kroppsutveckling. Han skall också se till att arbetet inte medför våda i moraliskt avseende för den minderåriga. Dessa bestämmelser utgör en utbyggnad av de allmänna föreskrifterna i 7 §, enligt vilka arbetsgivaren vid bedömning av vad som fordras för att skydda de anställda skall ta hänsyn till arbetstagarnas ålder, yrkesvana och övriga förutsättningar för arbetet.

I betänkandet Arbetsmiljölagen (SOU 1976:1) framhålls bl. a. att särskilda skyddsregler för minderåriga bör utformas så att de främjar yrkesutbildningen och inte avskärmar ungdomen från arbetslivet. Vid utformningen av utredningens förslag till bestämmelser har eftersträvat överskådlighet och förenkling i förhållande till gällande bestämmelser.

Minderårig är som tidigare nämnts enligt arbetskyddslagen den som inte fyllt 18 år. Denna gräns behålls i arbetsmiljölagen. Den allmänna minimiåldern för tillträde till arbete föreslås bli anpassad till den nioåriga obligatoriska skolgången. Enligt huvudregeln skall minderårig således inte få anlitas till arbete före det kalenderår under vilket han fyller 16 år eller innan han har fullgjort sin skolplikt.

Utredningen föreslår bl. a. att lagstiftningen liksom hittills skall inrymma en bestämmelse som inskräper arbetsgivarens ansvar för att minderårig arbetstagare inte anlitas till arbete på sätt som medför risk för olycksfall eller överansträngning eller annan skadlig inverkan på den minderåriges hälsa eller utveckling.

Folktandvården

Landstingen har ett i lag fastställt ansvar att ombesörja tandvård. Vårdskyldigheten i fråga om barn- och ungdomstandvården är utformad så att landstingskommun är ålagd att ombesörja avgiftsfri tandvård för barn och ungdomar som är bosatta inom landstingskommunen till och med det år de fyller 19 år. Under en övergångsperiod till dess att folktandvårdens utbyggnad har skett är dock vårdskyldigheten begränsad till åldrarna 3–16

år. Vårdskyldigheten gäller i den mån behovet av tandvård inte tillgodoses i annan ordning. Som exempel kan nämnas barn som vårdas på institution och den militära fredstandvården som ju kan beröra 18–19-åringar. Vården innebär att barnen och ungdomarna skall erbjudas regelbunden och fullständig behandling samt akuttandvård inom skolans ram.

För de minsta barnen (0–3 år) har vården av odontologiska skäl till övervägande del formen av råd och vägledning till barnens föräldrar gällande skötseln av barnens tänder. Denna rådgivning sker ofta i anslutning till hälsokontrollerna på barnavårdscentralerna. I den mån dessa barn har tandskador får de naturligtvis behandling för dessa. Regelbunden tandhälsovård ges även inom skolan.

Familje- och studiesociala åtgärder

Det finns en rad åtgärder från det allmännas sida som har det gemensamma att skapa ett barn- och familjevänligt samhälle, att bättra barnfamiljernas levnadsvillkor samt att ge barnen och deras fostrare skydd och stöd i olika former. Det är dels olika former av ekonomiskt stöd för barnfamiljerna och dels olika slag av service för barnens tillsyn och vård.

Bosättningslån

För att underlätta familjebildning lämnar staten lån för inköp av möbler och annat som behövs till bosättningen. Även en ensamstående mor eller far med barn under 16 år kan få sådant lån. Lånen är avsedda för den första bosättningen i en gemensam familjebostad.

Föräldrapenning

Föräldrapenning i samband med barns födelse utgår högst under 210 dagar sammanlagt för föräldrarna. Föräldrapenningen utgör för närvarande lägst 25 kronor per dag (garantinivå).

Om föräldern är sjukpenningförsäkrad för högre belopp utgår föräldrapenningen med belopp motsvarande föräldrarnas sjukpenning.

För att föräldrapenning skall utgå måste den som erhållit föräldrapenningen avstå från samtidigt förvärvsarbete.

Föräldrarna kan om de förvärvsarbetar sköta barnet var sin halva dag. Då får var och en halv föräldrapenning.

Föräldrar har även rätt till föräldrapenning för tillfällig vård av barn om barnet ej har fyllt 10 år och föräldern behöver avstå från förvärvsarbete i samband med

- sjukdom hos barnet,
- sjukdom hos barnets ordinarie vårdare,
- besök i samhällets barnhälsovård,
- annat barns födelse,
- besök i förskoleverksamhet inom samhällets barnomsorg i vilken barnet deltar.

Ersättning utgår även för förälders resekostnader som föranleds av ett besök hos barn under 10 år som vistas på sjukhus.

Social hemhjälp

Familjer där husmor på grund av akut sjukdom, barns börd, klenhet eller dylikt och därför tillfälligt inte kan sköta hemmet, kan få social hemhjälp. Hemhjälpen avlöser eller biträder husmor i alla hennes löpande arbetsuppgifter.

Förvärvsarbetande föräldrar kan även få social hemhjälp för tillsyn av tillfälligt sjuka barn. Barnvårdare kan även under vissa omständigheter ordnas för friska barn.

Vårdpersonalen består av hemvårdare, hemsamariter och barnvårdare.

Barnvårdsman

Anledningen till att den traditionella barnvårdsinstitutionen avskaffats är att socialvården skall kunna ge ett allsidigt stöd och en allsidig service.

Alla föräldrar som har den rättsliga vårdnaden om barn har dock rätt att på begäran få en särskild person utsedd åt sig till hjälp och stöd. En sådan person, barnvårdsman, utses av sociala centralnämnden/barnvårdsnämnden.

Bostadstillägg till barnfamiljer

Barnfamiljer behöver ofta stöd för att kunna betala vad en bra bostad kostar. De behöver också få möjlighet att skaffa sig rymliga och bra utrustade bostäder. Därför betalar både stat och kommun bostadstillägg till barnfamiljer. Storleken på bostadstilläggen är beroende av familjens inkomster, hyrans storlek och antalet barn i familjen.

Bidragsförskott

Om den förälder som har vårdnaden om ett barn är ogift eller frånskild, så har barnet i regel laglig rätt till underhållsbidrag från den andra föräldern. Underhållsskyldighet kan vara fastställd av domstol eller genom avtal mellan barnets föräldrar.

Underhållsbidrag ändras i anslutning till ändringar i basbeloppet.

Om den underhållsskyldige inte fullgör sina förpliktelser får barnet ändå ett underhåll genom att den som har vård om barnet får ett särskilt stöd, bidragsförskott, som är ett förskott på underhållsbidraget. Tanken bakom detta är att barnet inte skall behöva lida någon ekonomisk förlust för att försörjaren är försumlig eller inte kan lämna underhåll.

Bidragsförskott betalas till och med den månad då barnet fyller 18 år.

Förmånen har anknutits till den allmänna försäkringens basbelopp och har därigenom gjorts värdebeständig.

Även om inget underhållsbidrag fastställts för barnet betalas bidragsförskott. Detta gäller också barn utom äktenskapet när faderskapet inte fastställts.

Barnpension – barntillägg

För barn under 18 år vars far eller mor dött betalas barnpension från folkpensioneringen.

Till förtidspensionär utgår barntillägg för barn under 16 år.

Allmänt barnbidrag

Allmänt barnbidrag betalas ut för barn, som inte har fyllt 16 år. Barnet skall vara svensk medborgare och bosatt i riket. Även barn som inte är svensk medborgare kan få barnbidrag om barnet är bosatt i Sverige och om det dessutom antingen fostras av någon som är bosatt och mantalskriven här eller om barnet självt eller någon av föräldrarna bor i Sverige sedan minst sex månader.

Beloppet är f. n. 1 800 kr. om året. Bidraget betalas ut varje kvartal, första gången under kvartalet efter det då barnet fötts och sista gången under det kvartal då barnet fyller 16 år. Staten svarar helt för kostnaderna för allmänt barnbidrag.

Barnbidraget ges utan ansökan till den som uppfyller kraven för barnbidrag. Det är försäkringskassan som har hand om barnbidragen, men utbetalningen görs av riks försäkringsverket.

Förlängt barnbidrag

Förlängt barnbidrag utbetalas som studiestöd med 150 kr per studiemånad för barn som fyllt 16 år och går i grundskolan eller får motsvarande undervisning. Bidraget betalas ut två gånger om året, under höst- och vårtermin.

Förlängt barnbidrag utbetalas av skolstyrelsen i kommunen.

Studiehjälp

Yngre elever vid gymnasieskola, folkhögskola och motsvarande gymnasiala skolor får studiehjälp.

Studiehjälpen ges till elever som fyller högst 19 år under det år då läsåret eller kursen börjar. Den som fyller 20 år eller mer tillhör studiemedelsystemet. Studiehjälpen består av studiebidrag och olika tillägg.

För studier i Danmark, Finland, Island och Norge kan svenska medborgare få studiehjälp, men endast vid heltidsundervisning som omfattar minst fyra månader. För studier utomlands (även utanför Norden) kan man få studiehjälp för minst 8 veckors studier, om de inte med lika stor fördel kan bedrivas vid svensk läroanstalt.

Även utländska medborgare kan få studiehjälp, men i princip bara om de kommit till Sverige för att bosätta sig. Den som är under 20 år och är barn till invandrare som har fått arbetstillstånd, får genast rätt till studiestöd.

2.5 Skolhälsovårdens samverkan med primär- och landstingskommunala organ

2.5.1 *Allmänt*

Samhällets barnomsorg präglas av en helhetssyn vad gäller barnets situation och relationer. Omsorgen före skolåldern är av grundläggande betydelse. Skolan spelar en betydelsefull roll för barns och ungdomars uppfostran och utveckling bl. a. därigenom att många år av den från utvecklingspsykologisk synpunkt viktiga perioden för de unga är förlagd till skolans miljö. Den förlängda utbildningstiden och föräldrarnas ökade engagemang utanför hemmet har medfört att skolans ansvar för elevomsorgen har förstärkts. När skoldagen utformas enligt SIA-modell kommer skolans ansvar för elevomsorgen att bli ännu mer påtaglig.

Skolan har alltså unika tillfällen att påverka ungdomarnas utveckling. Detta gäller även för skolhälsovården. För sina åtgärdsprogram – generella såväl som individuella – har skolhälsovården behov av samråd och samverkan med andra kommunala organ, både primärkommunala och landstingskommunala.

2.5.2 *Social centralnämnd*

Sociala centralnämnden (barnavårdsnämnden) har enligt sociallagstiftningen ett primäransvar för den förebyggande barn- och ungdomsvården medan skolförfattningarna ålagt skolan ett ansvar för elevvården. Eftersom skolhälsovården i likhet med den övriga elevvården är en del av kommunens totala barn- och ungdomsvård har skolan och socialvården ett gemensamt behov av samråd och samverkan bl. a. när det gäller att sätta in olika stöd- och hjälpåtgärder.

När skolungdomen har svårigheter kommer detta till uttryck inte enbart i skolmiljön utan problemen kan också visa sig under fritiden i form av exempelvis missbruk av beroendeframkallande medel, lagstridigt beteende etc. Problemen i skolan och under fritiden kan också ha sin grund i störningar i hemmiljön. I sådana lägen föreligger behov av samordnande insatser bl. a. från skolan och socialvården. Dessa insatser bör präglas av dels en helhetssyn på elevens situation i skolan, dels den helhetssyn som ska vara vägledande i annat socialt behandlingsarbete. För skolhälsovårdens del kan samråds- och samverkansbehovet påverkas av att skolhälsovården och förskolan delar viss personal exempelvis läkare och/eller sjuksköterska. Samråds- och samverkansbehovet kan även ha sin grund i att skolhälsovården för sin bedömning av eleven har behov av viss information från förskolan eller socialvården. I motsatt fall kan socialvårdsförvaltningen ha behov av information från skolhälsovården om elevens situation för att rätt kunna bedöma vilka hjälp- och stödåtgärder som bör sättas in i familjesituationen.

2.5.3 *Fritidsnämnd och Kulturnämnd*

Elevernas behov av aktiviteter även efter skoldagens slut har kommit att uppmärksammas i stigande omfattning. Behovet av fritidssysselsättning för

skoleleverna har berörts av vissa statliga utredningar, bl. a. SIA-utredningen (SOU 1974:53) och barnstugeutredningen (SOU 1974:42). Fritidsverksamheten för skolungdom kan betraktas som en del av den förebyggande elevvården med sikte att skapa en miljö som främjar elevernas sociala utveckling och anpassning. Fritidsnämndens, kulturnämndens och skolans resurser behöver samplaneras, en åtgärd som blir ännu mera påtaglig om och när förslagen i de nämnda statliga utredningarna genomförs. Här finns beröringspunkter mellan skolhälsovården av de angivna nämnderna inte bara när det gäller problemområdena alkohol, narkotika och tobak utan även mera generellt.

2.5.4 Organ för samverkan i primärkommunerna

Som angetts under avsnitt 2.5.2 är sociala centralnämnderna (barnavårdsnämnden) huvudansvarig för kommunens barn- och ungdomsvårdande verksamhet. Barnavårdsnämnden är emellertid inte den enda nämnd som bedriver barn- och ungdomsvård. Skolan, fritidsnämnden eller motsvarande organ, kulturnämnden (i vissa fall biblioteksstyrelsen) svarar även för delar av denna verksamhet liksom idrottsrörelsen, bildningsorganisationerna och de politiska och ideella organisationerna.

Den traditionella nämnd- och förvaltningsorganisationens uppbyggnad i kommunerna har som följd att varje nämnd svarar för sitt bestämda verksamhetsområde. Barn- och ungdomsvården är exempel på ett område som behöver samordnas såväl i planeringsarbetet som i den löpande verksamheten.

För att överbygga den organisatoriska splittringen inom den allmänt förebyggande barn- och ungdomsvården och ge förutsättningar för en bättre samordning av de olika nämndernas resurser inom området har vissa kommuner tillskapat särskilda samverkansorgan, ofta med förebild i läroplanens modell med permanenta samarbetsorgan med representanter för skola, barnavård och polis och/eller i Kommunförbundets samverkansmodell: Samordnad barn- och ungdomsverksamhet. I de kommuner som använder Kommunförbundets modell har man tillsatt en programgrupp med företrädesvis förtroendemän från de berörda nämnderna. I samverkansorganet på fältnivå, planeringsgruppen, ingår sedan som regel tjänstemän från de nämnder som är verksamma inom barn- och ungdomsvården, främst skol-, fritids-, social- och kulturförvaltningarna. Där kommunen är indelad i flera distrikt finns i allmänhet en planeringsgrupp i varje delområde. Programgruppen ger samordnade programanvisningar medan planeringsgruppen (planeringsgrupperna) arbetar med verksamhetsplaneringen.

Det har visat sig att det löpande arbetet med informella kontakter bl. a. i enskilda behandlingsärenden har underlättats när berörda förvaltningar i planeringsgruppen fått vara med och påverka verksamhetens uppläggning.

2.5.5 Hälsovårdsnämnden

Skolhälsovården och hälsovårdsnämnden har behov av samråd och samverkan inom skolans område med hänsyn till att hälsovårdslagstiftningen ålagt hälsovårdsnämnden att vaka över den allmänna hälsovården. Samråd

och samverkan kan aktualiseras bl. a. i följande avseenden.

Ur hygienisk synpunkt står skollokalerna i princip under hälsovårdsnämndens tillsyn vilket leder till att hälsovårdsnämnden exempelvis genom stickprovsundersökningar bör undersöka den hygieniska standarden i skolorna. I den årliga besiktningen av skollokalerna, som skolläkaren skall ombesörja, kan hälsovårdsförvaltningen biträda med att kontrollera ljud-, ljus-, ventilations- och klimatfaktorer.

Vid den ritningsgranskning som föregår byggnadslov för ny- eller ombyggnad av skollokaler är det som regel hälsovårdsförvaltningen som bevakar hälsovårdsnämndens intressen. Eftersom det gäller arbetslokaler granskas ritningarna även av skyddskommittén och yrkesinspektionen. Vid hälsovårdsförvaltningens granskning bör kontakt tas med skolläkaren.

Hälsovårdsförvaltningen och skolförvaltningen har ett gemensamt intresse av att komma in på ett tidigt stadium i kommunens planarbete. Dessa förvaltningar och skolläkaren kan ha synpunkter vad gäller skolans yttre miljö (klimatförhållanden, bullerstörningar, luftföroreningar, trafikleder, skolvägar för barnen m. m.).

Eftersom skolmåltidslokaler med därtill hörande kök och biutrymmen är livsmedelslokaler i livsmedelslagens mening skall dessa godkännas och övervakas av hälsovårdsnämnden. Till hälsovårdsnämndens åligganden hör dessutom att övervaka hanteringen av livsmedel i tillagningsköken. Hälsovårdsnämnden har att kontrollera att skolmåltidspersonalen, utom den personal som enbart sysslar med servering, årligen blir läkarundersökt.

I övrigt föreligger behov av samråd och samverkan genom att hälsovårdsnämnden har att övervaka renhållning och avfallshantering även inom skolorna och att ha den fortlöpande hygieniska tillsynen av skolans lokaler.

2.5.6 Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet

Mentalhygienisk och psykiatrisk verksamhet med inriktning på barn och ungdom är av relativt sent datum i Sverige i jämförelse med somatisk vård. Den har sina rötter i pedagogik, psykoanalys, psykiatri och pediatrik. Under sin utveckling inom det medicinskt-psykiatriska fältet har den växt fram i anknötning till pediatrika och vuxenpsykiatriska avdelningar, vilka tidigare fick ta hand om barn och ungdom med psykiska störningar i den mån dessa överhuvud taget bereddes vård.

På det övergripande planet började samhällets uppmärksamhet särskilt inriktas på psykiska problem hos barn och ungdom i samband med den ökade ungdomskriminaliteten på 1930-talet. Den s. k. ungdomskommittén tillsattes för att göra en utredning av problemen och för att komma med förslag till åtgärder (SOU 1944:30). Denna utredning ledde till att Kungl. Maj:t och riksdag beslutade om statsbidrag till psykisk barn- och ungdomsvård för att stimulera inrättandet av rådgivningsbyråer i landet (kungörelse 1945:489). Deras uppgift var att förebygga social missanpassning och kriminalitet hos barn och ungdom samt att tillgodose behovet av rådgivning och behandling av redan uppkomna störningar. Specialutbildad läkare skulle vara ledare för rådgivningsbyrån och övrig personal skulle utgöras av psykologer, kuratorer och pedagogassistenter. Förutsättning för statsbidrag var att besöken var kostnadsfria för den enskilde.

År 1960 utfärdades en ny kungörelse (SFS 619:1960) angående statsbidrag till psykisk barn- och ungdomsvård. Här stadgades att landsting och städer utanför landsting kunde få statsbidrag för rådgivningsbyråer i anknytning till barn- och ungdomspsykiatriska sjukhusavdelningar eller för fristående centraler, som vid behov kunde erhålla sängplatser på närliggande sjukhus. Ledningen av verksamheten tillkom hälso- och sjukvårdsstyrelsen i landstingskommun samt inom stad utan landsting, sjukvårdsstyrelse, skolstyrelse eller barnvårdsnämnd. Villkoret för statsbidrags erhållande var fortfarande att verksamheten var avgiftsfri för klienterna.

År 1962 utfärdade medicinalstyrelsen ett cirkulär med anvisningar angående den statsunderstödda psykiska barn- och ungdomsvården (MF 16/1962) och i samband härmed också ett cirkulär (MF 17/1962) med normalinstruktion för verksamheten inom den statsunderstödda psykiska barn- och ungdomsvården.

Från och med 1976-01-01 utgår inte längre statsbidrag till den psykiska barn- och ungdomsvården. Försäkringskassan ersätter huvudmannen för besök på mottagningarna på likartat sätt som då det gäller annan sjukvård. Sjukvårdslagen stipulerar hur såväl öppen som sluten vård skall ombesörjas.

Enligt normalinstruktionen är syftet med den psykiska barn- och ungdomsvården att genom medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder bland barn och ungdom undanröja sådana förhållanden som visat sig leda till eller kan befaras leda till psykiska störningar samt behandla uppkomna sådana.

År 1947 inrättades den första barnpsykiatriska avdelningen i landet vid Norrtulls barnsjukhus i Stockholm. Landets andra barnpsykiatriska avdelning utvecklades i anslutning till den vuxenpsykiatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala 1947. Omkring år 1960 hade barnpsykiatriska avdelningar med tillhörande öppna mottagningar startat i 10 län och två städer utanför landsting.

I dag finns i alla landsting och de två kommuner som ej tillhör landsting barn- och ungdomspsykiatriska kliniker med öppenvårdsmottagningar. I Stockholm finns tre dylika kliniker och i två av de större landstingen finns två i vardera. Totalt finns i landet 30 barn- och ungdomspsykiatriska kliniker för sluten vård med till dessa anslutna öppenvårdsmottagningar. Dessutom finns tre barn- och ungdomspsykiatriska s. k. specialkliniker för långtidsbehandling av främst psykoser. Två av dessa har även öppenvårdsmottagningar. Vidare finns 36 fristående öppenvårdsmottagningar eller s. k. centraler, varav huvudparten finns i Stockholms läns landsting.

Huvudmannaskapet för verksamheten ligger hos landstingskommun eller kommuner som ligger utanför landsting (Göteborg, Malmö). Överläkare vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik leder och samordnar verksamheten inom sjukvårdsområdet. Denna organisationsform inom landstingens sjukvård gäller i hela landet utom beträffande den öppna psykiska barn- och ungdomsvården vid de fristående centralerna i Stockholms läns landsting. Dessa ligger organisatoriskt under landstingets sociala nämnd och har en egen chefsläkare för ledarskap och samordning av verksamheten.

Öppenvårdsmottagningar finns av två slag:

- klinikanslutna, dvs. i anslutning till barn- och ungdomspsykiatrisk klinik med överläkaren vid kliniken som föreståndare för verksamheten,

- fristående centraler. Dessa ligger lokalmässigt ej i anslutning till sjukhus. Verksamheten står under ledning av en överläkare som skall vara specialist i barn- och ungdomspsykiatri.

Vid de öppna mottagningarna består arbetslaget av läkare, kuratorer och psykologer. Dessutom är pedagogassistenter på vissa ställen knutna till verksamheten.

I den slutna vården finns ovan nämnda personalkategorier jämte olika grupper av vårdpersonal, fritidspedagoger, arbetsinstruktörer etc.

Enligt tillgängliga officiella planer finns för såväl sluten som öppen vård 159 läkartjänster för vidareutbildade läkare inom barn- och ungdomspsykiatri, 235 tjänster för psykologer och biträdande psykologer samt 227 tjänster för kuratorer. Dessutom finns ett antal tjänster för vidareutbildning av läkare. Inom den slutna vården fanns 1974 cirka 700 vårdplatser. Dessutom finns ett antal behandlingshem inom sjukvårdens ram. Vidare finns inom ramen för socialvården eller under landstingens sociala nämnd behandlingshem med konsultationsverksamhet av det barn- och ungdomspsykiatriska teamet. Barn- och ungdomspsykiatriskt arbete är ett markerat teamarbete med utnyttjande av olika personalkategoriernas speciella kunskaper. I öppenvårdsverksamhet har det främst varit läkare, kuratorer och psykologer i arbetslaget. På sjukhus och institution tillkommer olika kategorier av vårdpersonal och pedagoger. Olika personalkategorier har i ökande utsträckning börjat delta även i öppenvårdsarbetet.

Barn- och ungdomspsykiatrin är inriktad inte bara på barn/ungdom utan i hög grad även på familjen och den övriga miljön. Modellerna för familjearbetet växlar. Från att tidigare huvudsakligen ha arbetat med olika familjemedlemmar parallellt har man under senare år i stor utsträckning utgått från familjen som helhet och arbetat med denna som grupp. Givetvis innebär detta att man också måste inrikta sig på individuellt behandlingsarbete jämsides med familjearbete där störningen hos individen är av sådant slag att den kräver individuell behandling. Det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet är både mentalhygieniskt inriktat på barnen och hemmen samt behandlingsinriktat då det gäller redan konstaterade psykiska störningar och sjukdomar.

En angelägen fråga är samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri och samhällets övriga serviceorgan. Det finns t. ex. barn och ungdomar med psykosociala störningar där huvudvikten i fråga om behovet av omsorg ligger på det sociala och pedagogiska planet och det finns andra grupper där det medicinskt-psykiatriska vårdbehovet är dominerande. Här krävs nära samarbete mellan sjukvård, socialvård och skola.

Resurserna inom barn- och ungdomspsykiatri har hittills i stor utsträckning fått tas i anspråk för behandling av konstaterade störningar. Det förebyggande arbetet har därför fått alltför litet utrymme. Av grundläggande betydelse för arbetet är kunskap om barns utveckling i psykiskt och fysiskt avseende, kännedom om den sociala strukturens betydelse och förståelse för interaktion mellan den växande individen och dennes omvärld. Behandlingsarbetet ger i sin tur kunskap om störningars uppkomst, vilket bör återkopplas till det förebyggande hälsovårdsarbetet.

I aktuell planering framhålls ofta vikten av att samordna hälso- och sjukvård inom ramen för en total människosyn. I anslutning till detta är det

angeläget med utveckling av samarbetsformer mellan olika serviceorgan för att tillgodose familjernas behov.

2.5.7 *Skoltandvården*

Tandvården för skolelever måste numera ses som ett led i organiserad tandvård för barn och ungdom under 20 år. Landstingskommun och primärkommun med landstingsfunktion har nämligen sedan 1973 lagstadgat ansvar för tandvården för alla dessa åldersgrupper. Organisatoriskt ingår denna tandvård i folktandvårdens allmäntandvård som distriktsvis är anordnad inom landstingskommun eller motsvarande. Vårdenheten, distriktstandpolikliniken, är vanligen öppen för såväl barn som vuxna och är numera sällan placerad i anslutning till någon skola. I större tätorter förekommer emellertid fortfarande s. k. "skoltandkliniker" av det traditionella slag, som var allmänt förekommande då skoltandvården sköttes av primärkommunerna.

Vårdens innehåll regleras av socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet för tandvården. I Socialstyrelsens cirkulär MF 1973:100 framhålls att den tandvård som enligt folktandvårdslagen skall erbjudas barn och ungdom skall förutom olika tandhälsovårdande åtgärder omfatta fullständig tandbehandling dvs. avse såväl den primära som den permanenta dentitionen. Samtliga barn och ungdomar skall kallas till behandling minst en gång per år.

I vårdansvaret ingår även den specialisttandvård, t. ex. tandregleringsvård, som behövs för barn och ungdomar.

Tandvård skall även erbjudas barn med speciella behandlingsproblem t. ex. tandvårdsrädsla samt barn vilka genom fysiska och/eller psykiska handikapp har ett särskilt vårdbehov.

För att kunna genomföra barn- och ungdomstandvården i hela dess omfattning måste folktandvården avsevärt byggas ut. Behovet härför varierar starkt från landsting till landsting. 1976 torde dock tandvården för praktiskt taget alla av grundskolans elever vara tillgodosedd. I socialstyrelsen ovan nämnda cirkulär har anvisningar lämnats hur vidareutbyggnaden, som beräknas vara avslutad under 1970-talet, skall ske. Följande prioritetsordning föreslås gälla:

För barn i åldern 0-2 år bör den organiserade vården omfatta tandhälsovård, som lämpligen genomförs i samband med besök vid barnvårdscentral. Denna verksamhet bör i första hand prioriteras. Därefter bör organiserad tandvård genomföras för treåringar och sedan successivt byggas ut för barn i åldrarna 4 och 5 år. Först sedan detta genomförts bör organiserad vård för ungdomar över 16 år även genomföras. Barn i åldern 6-16 år tillhör den organiserade vården sedan 1 januari 1974 och någon inskränkning i den konserverande vården av det permanenta bettet kan inte bli aktuell. Till dess organiserad vård för 3-5-åringar har genomförts kan emellertid den organiserade vården för 6-åringar och äldre inte generellt omfatta fullständig behandling av mjölk-tänderna inom växelbetet.

Våra kunskaper om tandsjukdomarnas uppkomst och förebyggande är numera sådana att effektiva förebyggande åtgärder verkligen kan sättas in. Inom modern tandvård spelar därför tandhälsovården en allt väsentligare roll inte minst under skolåren.

I barn- och ungdomsåren är såväl karies som parodontit (tandlossning) mycket utbredda. Karies är för dessa åldrar dock den allvarligaste tandsjukdomen och upptar mest vårdtid. Förekommande parodontit är vanligen en lätt tandköttsinflammation av reversibel karaktär.

Målsättningen för den systematiskt uppbyggda tandhälsovården, som numera förekommer inom de flesta huvudmannaområden är dels att hålla tandsjukdomarna på en för individen oskadlig nivå (för karies: så få angrepp utanför tuggytorna som möjligt, för parodontit: att förebygga utveckling till kronisk form med bennedbrytning) dels att aktivera och motivera patienten till egna tandhälsovårdsåtgärder.

Tandhälsovården för barn i skolåldern måste ses som en fortsättning på den tandhälsovård som genomförs inom barnhälsovårdens ram och som genom råd angående kost, munhygien och fluortillförsel, radikalt nedbringt kariesfrekvensen i skolåldern. Ett ytterligare förstärkt samarbete mellan skolhälsovården och tandhälsovården i kariesförebyggande syfte, framför allt beträffande kostrådgivning och munhygien, skulle säkerligen kunna förbättra den aktuella kariessituationen. För skolbarnen, som kan nås i grupper, har man som basprofylax utvecklat kollektiva metoder, som av organisatoriska skäl genomförs i skolorna. Exempel härpå är munsköljningar med fluorider varje eller varannan vecka, en kariesreducerande åtgärd, som kan sägas ha revolutionerat skoltandvården. Även infärgning av tandbeläggningar i samband med tandborstningsinstruktioner är en metod som alltmer införs i skolorna för att effektivisera tandborstningen och som nedbringt främst utbredningen av tandköttsinflammationer. De kollektiva åtgärderna är ännu inte tillräckliga för att tandsjukdomarna skall hållas på en acceptabel nivå hos alla. Observans i fråga om eventuell ökning bör ske särskilt från 13-årsåldern. Det är vanligen felaktiga kostvanor, småätande e. d. som är den direkta orsaken till en högre kariesfrekvens eller bristande munhygien till ökad parodontitfrekvens. En annan grupp för vilken basprofylaxen ej varit tillräcklig är elever som genom somatiska och psykiska störningar eller genom medicinering har nedsatt motståndskraft mot faktorer som framkallar tandsjukdomarna. Dessa s. k. riskbarn är ofta också "riskbarn" på den medicinska sidan. För samtliga dessa elever måste kausalutredning göras och individuella profylaktiska åtgärder sättas in. I detta arbete är samarbetet med elevhälsovårdens olika funktionärer en nödvändighet. Detta samarbete borde ytterligare fördjupas, syftande till ett gemensamt ansvarstagande för kollektiva och individuellt anpassade tandhälsovårdande åtgärder.

Resultat från områden med utbyggd tandvård för barn och ungdomar visar att systematisk tandhälsovård inklusive motiverande upplysning medför att de årliga tandläkarbesöken i allt mindre utsträckning behöver innebära omfattande restorationer utan i stället få karaktären av kontroller, tandhälsovård och bettövervakning. Skoltandvårdens utsträckande till regelbunden och fullständig behandling av ungdomar t. o. m. 19 års ålder torde därför på sikt medföra en avsevärd förbättring av tandhälsovården även inom den yngre vuxna befolkningen.

1975 rapporterades 949 124 barn i grundskoleåldern (7-16-åringar) som fullständigt behandlade inom folktandvården.

2.5.8 Samordnade insatser för elever med syn- och hörseldefekter

Syn- och hörselprövningar är numera rutin på barnavårdscentralerna i avsikt att tidigt avslöja syn- och hörselnedsättningar hos barn. Vid dessa prövningar påvisas långvariga tillstånd, som kräver fortsatt uppmärksamhet inom bl. a. skolhälsovården för att hjälpa eleverna till bästa möjliga utveckling.

Inom skolhälsovården sker en kontinuerlig kontroll av syn och hörsel. Inom dessa båda områden har man fått fram enhetliga undersökningsmetoder, som möjliggör för skolhälsovårdspersonalen att snabbt konstatera brister. Syn- och hörselskador är emellertid i allmänhet av den karaktär att de kräver fortsatt utredning och behandling inom landstingens specialistvård. Inom syn- och hörselområdena har som ett led i skolhälsovårdens hälsoövervakande uppgifter uppbyggts en i förhållande till andra hälsoförebyggande områden mera systematisk och organiserad samverkan med den allmänna hälso- och sjukvården.

För närvarande genomförs synprövningar regelmässigt på elever i grundskolan inom årskurserna 1, 4, 7 och 9. Det har övervägts om synprövningarna bör utföras av specialutbildad landstingspersonal, som reser omkring i skolorna. Man har konstaterat att de rutinmässiga synprövningarna väl kan utföras inom skolhälsovårdens ram, i vissa fall efter viss kompletterande utbildning för bl. a. skolsköterskor. Elev som visar sig ha nedsatt synskärpa eller befarat synfel av annan art remitteras till läkare inom ögonsjukvården.

Rådgivande verksamhet rörande synsvaga elevers skolsituation bedrivs av SÖ:s skolkonsulent för synskadade samt av tre regionala synkonsulenter i Umeå, Örebro och Växjö. Dessa samarbetar med landstingens ögonkliniker och ger vid elevvårdskonferenser information om dessa elevers speciella behov.

För den uppspårande och mera medicinskt betingade verksamheten för hörselskadade elever svarar i huvudsak hörcentralerna vid landstingens och de landstingsfria kommunernas sjukhus i samarbete med den foniatriska vården. Dessa centraler utför audiologiska undersökningar av skolbarnen, utprovar hörapparater och bedriver allmän rådgivningsverksamhet. Elever i behov av hörapparater erhåller sådan utan kostnad jämte ersättning för underhållskostnader. Utöver hörapparater tillhandahåller hörcentralerna en rad andra tekniska hjälpmedel, ävensom information individuellt och genom kurser hur de olika hjälpmedlen skall användas i syfte att stärka elevernas självkänsla och möjligheter att kunna fungera så normalt som möjligt i skolmiljön och samhället i övrigt. Genom hörselvårdskonsulenter och hörselvårdspedagoger lämnar landstingen vidare direkt stöd till primärkommunernas skolenheter såväl inom förskolan som grund- och gymnasieskolorna i pedagogisk och social rehabilitering. För hörselmätningar, inom skolan har landstingen avdelat särskilda audiometriser. I en del fall utförs hörselmätningarna av skolhälsovårdens egna personal.

SÖ har en särskild skolkonsulent för hörselskadade elever som samarbetar med landstingens hörcentraler.

2.5.9 Landstingens barnhälsovård

En organiserad statsunderstödd mödra- och barnhälsovård infördes i Sverige år 1938. Utvecklingen av denna verksamhet gick under 40-talet mycket

snabbt och resurserna har därefter byggts ut kontinuerligt.

Enligt av socialstyrelsen utfärdat normalreglemente för mödra- och barnhälsovården (MF 39/1969) skall varje landsting och kommun utanför landsting inom sitt sjukvårdsområde tillhandahålla hälsovård för alla barn från födelsen intill skolåldern. Vården skall vara inriktad på bedrivande av en fullständig hälsoövervakande och handikappuppställande verksamhet.

Verksamheten omfattar i första hand förebyggande åtgärder samt kontroll av barnens kroppsliga och själsliga hälsa. Vidare ingår åtgärder för tidig upptäckt av rubbningar i barnens fysiska och psykiska utveckling samt av tillstånd och sjukdomar, som medför eller kan medföra handikapp. Barnvårdscentralerna skall ombesörja att konstaterade avvikelser blir föremål för adekvata medicinska och sociala åtgärder samt informera föräldrarna enskilt eller i grupp i frågor av betydelse för barnens vård och fostran. Vidare meddelas allmän tandhälsovårdsupplysning samt rådgivning om kost och munhygien.

Sedan 1968 har tjänster som barnhälsovårdsöverläkare inrättats inom praktiskt taget samtliga landstingsområden med uppgift att organisera och utöva tillsyn över verksamheten inom barnhälsovården och att samordna denna med den öppna och slutna barnsjukvården, socialvården och skolhälsovården. Inom några landstingsområden har man med hänsyn till barnunderlag och geografiska förhållanden inrättat ytterligare sådan tjänst.

Hälsovården meddelas vid lokala centraler. Dessa är antingen knutna till medicinsk barnklinik vid sjukhus och förestås av överläkare eller biträdande överläkare vid kliniken eller också av annan läkare med specialistkompetens i barnålderns invärtes sjukdomar, eller också är de fristående och förestås då av allmänläkare inom primärvården eller annan som är behörig att utöva läkaryrket och förläggs till för ändamålet lämpliga lokaler.

En eller flera sjuksköterskor med för ändamålet erforderlig utbildning medverkar i vården. Barnvårdscentralsjuksköterskans uppgift är vital för verksamheten. Hon har i samarbete med läkaren ansvaret för den kontinuerliga hälsoövervakningen.

Barnvårdscentralsjuksköterskan har egna mottagningar. Hon har den huvudsakliga kontakten med barn och föräldrar och ger praktisk hjälp, råd och stöd och information. Sjuksköterskan gör så snart som möjligt efter barnets födelse besök i hemmet. Särskild uppmärksamhet ägnas åt spädbarnens och småbarnens uppfödning, utveckling och välbefinnande.

Den nya sjukvårdslagen har gett sjukvårdshuvudmännen de formella förutsättningarna för att i större utsträckning än tidigare föra ut mera kvalificerade vårduppgifter till den öppna sjukvården samtidigt som man understrukit vikten av ett ingående samarbete mellan öppen och slutna vård. Det har blivit möjligt att tillskapa större och välutrustade öppenvårdsenheter med tillgång till såväl allmänläkarvård som specialistvård med bl. a. distriktsläkare för barn. Distriktsbarnläkaren är också den läkare som naturligt kan knyta samman hälso- och sjukvården i alla dess former för barnen inom ett visst område. Det är därför angeläget att tjänster för distriktsläkare för barn inrättas inom de olika landstingsområdena i den takt som huvudmännen i sin planläggning för verksamheten beslutat.

De psykosociala faktorernas betydelse för barns allmänna hälsotillstånd uppmärksammas alltmer, varför såväl barnpsykologer som kuratorer i sti-

gande antal knyts till verksamheten.

För rådgivningen om tandhälsovård anlitas tandläkare vid folktandvården eller privatpraktiserande tandläkare.

Deltagandet i hälsovården vid barnavårdscentralerna är för den enskilde frivilligt. Vidare lämnas hälsovården och erforderliga skyddsläkemedel utan kostnad för den enskilde.

En primär uppgift för barnhälsovården är tidig diagnos av störd tillväxt och/eller utveckling samt av olika funktionsstörningar med utvecklande handikapp. En ökad strukturering och systematisering av barnhälsovårdsarbetet syftar till en effektivare uppspårande verksamhet. Som ett led häri ingår också den avisering till barnavårdscentral av förändringar i personregistret beträffande barn, som under kalenderåret uppnår högst sju års ålder, som riksskatteverket i samråd med socialstyrelsen infört från och med den 1 januari 1973. Härigenom skapas garanti för att barnen i största möjliga utsträckning nås av barnavårdscentralernas verksamhet.

Erfarenheterna av hälsokontrollen av fyraåringar har bidragit till skapandet av en mer systematiserad barnhälsovård. Med differentierade och riktade undersökningsmoment kan god screeningverksamhet genomföras. Förutom barnavårdscentralernas rutinmässiga hälsokontroll i olika åldrar utförs även särskilda strukturerade undersökningar vid 2 månaders, 10 månaders, 18 månaders och 4 års ålder efter införandet den 1 januari 1973 av ny journal inom barnhälsovården, ingående i ett enhetligt informationssystem för mödrhälsovård, förlossningsvård och barnhälsovård. Information samlas i ett särskilt utformat medicinskt födelsemeddelande och utgör en sammanfattande bedömning av vad som inträffat under graviditet, födelse och nyföddhetsperiod med komplettering av relevanta genetiska och sociala faktorer och med riskvärdering av inträffad skada och framtida funktionsstörning. Det innehåller samtidigt en rekommendation om rationell hälsokontroll, som förutom den basala kan omfatta skärpt hälsokontroll och/eller kompletterande speciell hälsokontroll, s. k. riktad hälsokontroll. Det medicinska födelsemeddelandet utgör sålunda en viktig kommunikation mellan förlossningsavdelning, barnavårdscentral och mödravårdscentral. Hälsokontrollen av fyraåringar ingår numera som ett naturligt led i barnavårdscentralernas verksamhet i den mån resurserna så medger. Som tidigare berörts pågår en utveckling med ökade insatser för en samordning av barnhälsovård, social barn- och ungdomsvård samt skolhälsovård. Här kan särskilt nämnas socialstyrelsens försöksverksamhet för utveckling av adekvata samarbetsformer mellan barnhälsovården och den sociala barn- och ungdomsvården inom förskoleområdet med bl. a. uppsökande verksamhet.

I stort har utvecklingen inom barnhälsovården medfört en vidgad säkerhet beträffande möjligheterna till tidig upptäckt och behandling av medicinska och/eller socialmedicinska problem.

Ökade insikter om miljöns betydelse för barns personliga och sociala utveckling har fått uttryck i den helhetssyn som numera tillämpas inom de flesta vårdområden. Denna utveckling har medfört att barnavårdscentralernas behandlingsinsatser och andra hjälp- och stödåtgärder alltmer berör inte blott barnet utan hela familjen och dess livsmiljö.

Sammanfattningsvis kan sägas att barnhälsovården präglas av ett ökat

samarbete med medicinska och sociala verksamhetsgrenar för att säkerställa en kontinuerlig uppföljning av den enskilde från födelsen till påbörjad skolgång. Verksamheten vid barnvårdscentralerna är också inriktad på en allmer omfattande samordning med öppen och slutna barnsjukvård liksom med den psykiska barn- och ungdomsvården. I successivt ökande utsträckning har samarbetet också etablerats med hälsovården i förskolan.

2.5.10 Landstingens öppna och slutna barnsjukvård

Hälso- och sjukvården för barn byggs upp – i likhet med övrig sjukvård – på tre huvudelement: Primärvård, länssjukvård och regionssjukvård. Vart och ett av dessa har ansvar för en särskild del av sjukvården.

Primärvården ansvarar i första ledet för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningssområde. Vårdresurserna tillhandahålls i första hand vid vårdcentraler och sjukhem och läkararbetsuppgifterna åvilar distriktsläkare och långvårdsläkare. I mån av resurser finns vid vårdcentralerna barnläkare, distriktsbarnläkare, som naturligt knyter samman hälso- och sjukvård i alla dess former för barnen i ett visst område.

Länssjukvårdens ansvar omfattar patienter med livshotande och andra sjukdomstillstånd, vilka kräver tillgång till personella och tekniska resurser som av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde. Inom länssjukvårdens somatiska korttidsvård kan flera specialiteter vara företrädda bl. a. barnmedicin som utgör en länssjukhusspecialitet.

Regionssjukvården slutligen ansvarar för det fåtal patienter som erbjuder särskilt svårbemästrade problem och som kräver samverkan mellan ett antal specialister samt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött. Hit räknas också sjukdomstillstånd som uppträder så sällan att erfarenhet om dess behandling ej erhålles på länsnivå.

Regionssjukhusen omfattar även länssjukvård och sjukhusen har i princip olika upptagningsområden för tre olika grupper av patienter, nämligen regionen, sjukvårdsområdet (länet) eller del därav (länsdel). Ett regionssjukhus med bl. a. barnmedicin omfattar sålunda i sig också ett länssjukhus med alla dess funktioner.

Lasaretten kan i princip indelas i tre grupper: Regionssjukhus, centrallasarett och normallasarett. Den offentliga öppna vården bedrivs till stor del vid enläkarmottagningar ute i distrikten även om utvecklingen till flerläkarstationer är klart skönjbar. Ungefär hälften av all öppen vård sker vid sjukhus.

För närvarande finns 44 barnmedicinska kliniker med 2 644 vårdplatser. De barnmedicinska klinikernas utveckling har gradvis gått mot en specialisering. Framför allt gäller detta universitetsklinikerna, som numera har specialavdelningar för barnneurologi, barnhabilitering, barnhjärtsjukdomar, barnallergiska sjukdomar osv. Även de barnmedicinska klinikerna vid de större centrallasaretten har efter hand genomfört viss specialisering liksom man gjort vid de medicinska klinikerna för vuxenvård. Den gradvisa utbyggnaden av barnsjukvården och dess specialisering har medfört ett ökat behov av specialistutbildade läkare. Under 1976 fanns vid de 44 barnklinikerna 198 läkartjänster för speciallistutbildade barnläkare.

Då det gäller slutna barnsjukvård intar sjukdomstillstånd under nyföddhetsperioden en dominerande plats. Dessa är kvalitativt och kvantitativt resurskrävande och tar 25–30 procent av vård dagarna i den slutna pediatriiska vården. Efter nyföddhetsperioden dominerar infektioner av skilda slag i sjukdomspanoramata. I förhållande till sin frekvens är de relativt måttligt platskrävande i slutna vård genom ganska korta vårdtider. Vanligtvis sköts numera de flesta infektioner i öppen vård. Framför allt i den sjukhusanslutna såväl öppna som slutna vården har andelen allergifall ökat kraftigt under den sista 10-årsperioden. Man har beräknat att allergifallen kräver ungefär 15 procent av den totala kapaciteten vid en pediatriisk sjukhusmottagning.

Barnneurologi och habilitering är två områden där kravet på tidig diagnos och behandling ökat, vilket medfört långa vårdtider i slutna vård och stora krav på sjukvården såväl kvantitativt som kvalitativt. Av speciellt intresse är också att notera hur olika psyko-somatiska sjukdomstillstånd blivit alltmera framträdande inom förskoleåldern och skolåldern och numera kräver ökade socialpediatriska insatser.

Det finns anledning antaga att en förbättrad förebyggande vård inom barnmedicinen minskar efterfrågan på sjukvård. Vid väl utbyggd hälsovård kan man i dag räkna med ungefär 1,5 besök per barn och år i den öppna barnsjukvården. Drygt 50 procent av barnen kan beräknas vara under fem år vid förstagsbesöket. I åldrarna 15–16 år är däremot besöksfrekvensen låg. Besöksprofilen i öppen vård domineras helt naturligt av infektionssjukdomar framför allt inom de yngre åldrarna. Man finner å andra sidan att besöksfrekvensen för psyko-somatiska symtom under förskoleåldern och första skolåren ökar för att sedan avta upp i tonåren. Eftersom den öppna barnsjukvården är olika väl utbyggd inom de olika landstingen kan tillgången på barnläkare i öppen vård f. n. uppfattas som ojämn och bristfällig mångestades. Antalet läkartjänster i enbart öppen vård inom verksamhetsområdet barnaålders-invärtes sjukdomar kan under 1976 uppskattas till ca 200. Enligt en beräkning (1973) av behovet av tjänster inom barnmedicinen vid en optimal utbyggnad och med tillgodoseende av utbildningsbehovet har detta behov uppskattats till 700 tjänster enbart inom öppen vård (distriktsbarnläkare). Inom storstadsområdet har man förutom barnläkare tillgång till sjukhusets öppna mottagningar för t. ex. kirurgiska åkommor, öron-ögonåkommor och liknande. I tätorter och glesbygder får allmänläkaren fortfarande till stor del ta hand om allmänpediatriken utan att vara speciellt utbildad för det ändamålet.

Barnkirurgi – framför allt nyföddhetskirurgi och operativ behandling av medfödda missbildningar – bedrivs av barnkirurger med specialistutbildning vid fem sjukhus och med sammanlagt 232 vårdplatser. Barnkirurgi är en regionsspecialitet. Vid de sjukhus där barnkirurgi finns är denna vanligen samorganiserad med barnmedicin och barnpsykiatri i ett barnblock.

Beträffande barn- och ungdomspsykiatrisk vård hänvisas till avsnitt 2.5.6.

2.6 Försök till samordning mellan landstingskommunal hälso- och sjukvård och skolhälsovården

2.6.1 *Allmänt*

I några kommuner i landet har under senare år bedrivits projekt vars syfte har varit att skapa samordning eller samverkan mellan den primärkommunala skolhälsovården och den landstingskommunala hälso- och sjukvården. I två av projekten – Tierp och Dalby – redovisas dessutom en samordning med sociala vårdcentraler.

Nedan tecknas kortfattat den organisatoriska uppbyggnaden av dessa projekt.

2.6.2 *Tierpsprojektet*

I Tierps kommun bedriver socialstyrelsen ett utvecklingsarbete med samordning av socialvården och hälso- och sjukvården. Kommunen är indelad i fem områden. Inom varje område finns minst en distriktssköterska fem dagar i veckan, en läkare en dag i veckan och en socialassistent tre dagar i veckan. Jour- och akutmottagning finns på hälsocentralen i Tierp.

Skolans organisation av rektorsområden har anpassats till områdesindelningen, varigenom de geografiska arbetsområdena för skola, socialvård samt hälso- och sjukvård är identiska. I dessa områden arbetar så kallade områdesgrupper. I grupperna ingår skolsköterskan plus eventuellt någon annan från skolans sida jämte distriktsläkaren, distriktssköterskan och socialassistenten. Områdesgrupperna har en allmänt förebyggande uppgift. I områdena finns också socialmedicinska arbetslag som träffas varje vecka och har avhjälpande frågor till behandling – individärenden.

Genom avtal mellan kommunen och landstinget svarar hälsocentralen för att kommunens elever, cirka 3 300, har tillgång till skolläkare och skolsköterska. Genom att dessa dels arbetar inom skolan och dels inom distriktsvården och genom den samordning som sker i områdesgrupperna har en ökad kontinuitet vunnits i hälsovårdsarbetet. Samma personer ansvarar för elevens hälsa inom och utom skolan vilket uppfattas som värdefullt. Eventuellt dubbelarbete förhindras och kunskapen ökas om den enskilde eleven och dennes miljö, vilket möjliggör ett fördjupat elevvårdsarbete. Samordningen har också inneburit att elevernas akuta behov av hjälp i sjukvårds- och hälsofrågor kan tillfredsställas direkt och utan onödig tidsspillan. Då elevernas problem ofta bottnar i svårigheter utanför skolan har det ökade samarbetet med socialvården också givit värdefulla bidrag till skolans elevvårdsarbete och inneburit att större hänsyn och förståelse kan visas dessa elever i skolarbetet.

Då projektet pågår har någon utvärdering med avseende på skolhälsovården inte genomförts.

2.6.3 *Dalbyprojektet*

I Dalby, 10 km utanför Lund, har skapats en integrerad vårdcentral som ansvarar för den primära hälso-, sjuk- och socialvården. Till vårdcentralen

har också, både på den medicinska och den sociala sidan, knutits en omfattande forsknings- och undervisningsverksamhet under medverkan av Lunds universitet.

För att möjliggöra en bättre samverkan i barn- och ungdomsfrågor mellan skolstyrelsen, sociala centralnämnden och fritidsnämnden har Lunds kommun indelats i fyra elevvårdsområden vilka samordnats med sociala centralnämndens distriktsindelning. I varje elevvårdsområde finns en planeringsgrupp bestående av företrädare för skolan, socialförvaltningen, fritidsnämnden och polisen.

Ett av dessa områden, det östra, omfattar tre rektorsområden med tillsammans cirka 3 000 elever och med Dalby som centralort. För skolhälsovårdens del innebär denna organisatoriska uppbyggnad att elevvårdsområdet totalt har tre skolsköterskor varav en på heltid och två på deltid. I avtal med kommunen har vårdcentralen också avsatt f. n. fyra veckotimmar av läkarnas schemalagda arbetstid för skolhälsovård.

Skolhälsovården bedrivs i nära samverkan med vårdcentralen. Genom den probleminventering som ägt rum inom distriktet och som också omfattat barn och ungdom har skolans och vårdcentralens funktioner inom hälsovårdsarbetet kunnat renodlas och dubbelarbete kan på så sätt undvikas. Vissa speciella undersökningar har också genomförts i samarbete mellan skolhälsovården och vårdcentralen. Bl. a. har en särskild grupp bestående av läkare, optiker och specialutbildad sjuksköterska besökt samtliga skolor i området för att kontrollera den metodik och det material man använder vid ögonundersökningarna. Ett utvecklingsarbete har också inletts vilket bl. a. omfattar en utvärdering av skolhälsovårdens funktioner och analys av årskursundersökningarnas innehåll och organisation. Det nära samarbetet mellan skolhälsovården och den integrerade vårdcentralen har hittills främst inneburit att nya informationsvägar har öppnats vilket medfört att elevvårdsarbetet underlättats och förstärkts. Skolhälsovårdspersonalen kan också genom denna samverkan ges en kontinuerlig medicinsk fortbildning tillsammans med vårdcentralens personal. Denna gemensamma fortbildning har dubbla syften, nämligen dels den rent utbildningsmässiga men dels också att skolan skall få kännedom om de resurser och den kunskap vårdcentralen har och att vårdcentralen skall kunna vidga sin erfarenhet om skolan, dess problem och miljö.

Verksamheten pågår och kommer att bli föremål för utvärdering.

2.6.4 *Uddevallamodellen*

Genom avtal mellan kommunen och landstinget bedrivs i Uddevalla sedan läsåret 1972/73 sjukvård riktad enbart mot skolans elever.

Modellen innebär att 1:e skolläkaren är tjänstledig två timmar varje läsdag från sin kommunala tjänst och då bedriver sjukvård för kommunens samtliga elever i landstingets regi. Eleverna erhåller därigenom en snabb och kontinuerlig sjukvårdsservice och slipper köer vid akutmottagningar. Föräldrarnas eventuella frånvaro från arbetsplatsen kan också minskas. Utvärdering av verksamheten har icke genomförts, men underhand har utredningen inhämtat att modellen mötts med positivt gensvar från både hemmen och skolan liksom också från landstinget.

Landstinget betalar läkarens lön, och ställer lokal och mottagningssköterska till förfogande för dessa 10 timmar i veckan och erhåller sedvanlig ersättning från försäkringskassan. Eleven betalar själv 15-kronan vid varje besök.

Motsvarande avtal har också slutits med en gynekolog som två timmar i veckan tjänstgör endast för skolans elever.

2.6.5 Mölndalsförsöket

I Södra förvaltningsområdet, Göteborgs och Bohus läns landsting pågår sedan 1975 ett försök med integrerad skolhälsovård och sjukvård.

Försöksverksamheten bedrivs dels i ett rektorsområde i Mölndals kommun och dels i Öckerö kommun. Avtal har träffats mellan dessa kommuner och landstinget, vilket innebär att landstinget säljer läkartimmar för skolhälsovård och lämnar läkarkraft för sjukvård riktad enbart till skolans elever. Verksamheten bedrivs i skolans lokaler. Den sjukvårdande verksamheten kan liknas vid en filialmottagning. Kommunen står för kostnaderna för skolsköterskan och betalar också 15-kronan vid varje besök. Landstinget hyr skolhälsovårdsmottagningen och betalar läkarens lön. Genom kostnadsfördelningen har kommunens kostnader för skolhälsovården blivit desamma som tidigare. Landstinget erhåller sedvanlig ersättning från försäkringskassan.

Fördelningen mellan hälso- och sjukvård har initialt schabloniserats till 50 procent av vardera vårdformen och har med underlaget 1 000 elever i respektive område stannat vid 2,5 timmar hälsovård och 2,5 timmar sjukvård per vecka i vardera området.

Modellen har skapats då man från vårdcentralens sida i respektive kommun sett det angeläget att sörja för det totala behovet av hälso- och sjukvård för barn och ungdom i skolåldern i vårdcentralens upptagningsområde samtidigt som kommunen löst skolläkarfrågan på detta sätt.

Utvärdering har icke genomförts men underhand har inhämtats att man från skolans sida är nöjd med försöket.

2.7 Försöksverksamhet inom skolhälsovården

2.7.1 Allmänt

Enligt direktiven skall utredningen kartlägga vilken försöksverksamhet som pågår.

Material om den centrala försöksverksamheten har inhämtats från skolöverstyrelsen, socialstyrelsen och pedagogiska institutionen vid lärarhögskolan i Stockholm. Insamling av material om den kommunala försöksverksamheten har skett genom en enkät hos kommunerna. Redogörelse för den kommunala försöksverksamheten återfinns i avsnitt 2.7.3.

2.7.2 Central försöksverksamhet

Inom ramen för SÖ:s forsknings- och utvecklingsarbete pågår för närvarande två utvecklingsprojekt samt två forskningsprojekt med anknytning till skolhälsovården. Dessutom avslutades 1974 ett försök med intensifierad 7-åringskontroll.

Projektet *Skolhälsovårdsanalys – rutiner i grundskolan* startade hösten 1973 och skall enligt planerna slutföras budgetåret 1975/76. Projektet syftar till att dels utvärdera vad som görs i det skolhälsovårdande arbetet under iakttagande av nu gällande rutiner, dels studera vilken effekt borttagandet av en av läkare utförd årskursbunden hälsokontroll i högstadiet kan medföra.

Innan projektet startade läsåret 1972/73 genomfördes en förstudie med avseende på gjorda observationer under läkarundersökningar. 3 335 hälsokort inhämtade från årskurs 9 våren 1973 studerades för att kartlägga de fynd med hänsyn till frekvens och art som skolläkaren noterat vid de rutinmässiga hälsoundersökningarna av vissa årskurser i grundskolan. Dessutom kartlades grundskoleelevers enskilda besök på skolläkarmottagningen med avseende på frekvens och symtomfördelning.

Ur redovisningen kan nämnas att varje elev under sin grundskoletid i genomsnitt sökte skolläkaren ungefär två gånger utanför klassundersökningarnas ram, varvid vaccinationer utförda av skolläkaren ej medräknats.

Ur hälsokorten kunde vidare avläsas antal ställda diagnoser. Se tabell 5.

I projektet har försöks- och jämförelseskolor utvalts för utvärderingen i Falun, Gävle, Södertälje och Karlskrona. Erfaren skolhälsovårdspersonal med samma läkare i ortens försöks- och jämförelseskola tjänstgör i dessa skolor.

Kortfattat kan projektet beskrivas på följande sätt. De två årskursbundna läkarundersökningarna i årskurs 7 och 9 har slagits samman till en och förlagts till årskurs 8. Detta har medfört vissa ändrade rutiner även för skolsköterskorna med bl. a. ökat ansvarstagande då nya elever i årskurs 7 tas emot. För att möjliggöra för skolsköterskan att möta varje klass varje år har dessutom vidtagits andra ändringar av rutinerna. Så undersöker t. ex. skolsköterskorna i försöksskolorna samtliga elever i årskurs 6 med avseende på skolios (snedrygg) och i varje årskurs kontrolleras synskärpan och varje elev vägs och mäts.

Tabell 5. Antal ställda diagnoser funna vid studium av 3 335 hälsokort. Absoluta tal och procenttal i förhållande till antalet undersökta elever i respektive årskurs.

Årskurs	Antal årskursundersökta elever	Symtom					
		Tidigare diagnostiserade		Nydiagnostiserade		Totala antalet	
		Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
1	3 223	189	6	1 206	37	1 395	43
2	3 008	395	13	873	29	1 228	42
7	3 124	579	18	939	30	1 518	48
9	2 812 ^a	803	29	740	26	1 543	55

^a Då hälsokorten rekvirerades under mars månad var cirka en femtedel av eleverna ännu ej undersökta.

I försöksskolorna flyttades läsåret 1973/74 årskursundersökningen i årskurs 7 till årskurs 8 medan den i årskurs 9 kvarstod. Klassbunden hälsokontroll i årskurs 9 togs bort läsåret 1974/75 med stöd av medgivande av Kungl. Maj:t varför försöksverksamheten pågått i full omfattning från och med nämnda läsår.

Utvärdering av verksamheten kommer att föreligga först 1976, men delredovisningen för läsåret 1974/75 visar inga negativa konsekvenser av att hälsokontroll av läkaren utförs endast en gång under högstadiet. Inga försummade diagnoser eller behandlingar är kända. Både skolsköterskorna och föräldrarna tycks vara positiva till den årliga undersökningen av barnen som utförs av skolsköterskan. En ökning av arbetsmängden för skolsköterskorna har dock registrerats. Skolsköterskorna har framhållit att ökningen av rutinundersökningarna kan innebära att mindre tid ges för enskilda besök av eleverna. En minskning av elevantalet per skolsköterska är därför, enligt deras egen uppfattning, nödvändig. Värdet av att se varje enskild elev åtminstone en gång per läsår ifrågasätts dock inte.

I Södertälje, en av de kommuner som deltar i projektet, gjordes våren 1975 en delstudie av elevernas kontakter med skolsköterskan. Under tvåveckorsperioder har skolsköterskorna på en högstadie- och en låg- och mellanstadieskola noterat skälen till att eleverna kontaktat dem. Samtliga grundskolor i kommunen har deltagit och samtliga skolveckor har täckts (lovveckor har alltså ej medräknats).

Under 1 225 arbetstimmar har 3 886 elever som icke varit kallade infunnit sig till mottagningarna, vilket innebär att under en 8-timmars dag besöktes i genomsnitt varje skolsköterska av 22–23 icke kallade elever. Var åttonde elev hade sällskap med en annan elev.

Resultatet är givetvis endast representativt för just den aktuella kommunen och denna tidsperiod, men trots dessa begränsningar har utredningen funnit utfallet av intresse att omnämnas.

Uppgiften anledning till besök fördelade sig enligt tabell 6. Siffrorna ger medeltalet besök per skolsköterska under vårterminen 1975. Varje skolsköterska hade cirka 1 200 elever per heltidstjänst.

Bakom symtomen kan finnas och finns ofta oro, ångest eller personliga problem som den egentliga orsaken till elevens besök.

Under samma betingelser som ovan analyserades också orsaken till kontakthanledning mellan föräldrar och skolsköterska.

Uppgiften anledning till kontakt fördelade sig enligt tabell 7.

Det andra projektet, *Medicinsk studie- och yrkesvägledning*, startade hösten 1975 och beräknas pågå till och med budgetåret 1977/78. Enligt projektplanen bör resultaten ge underlag för:

- effektivare medicinsk studie- och yrkesvägledning
- utbildning och fortbildning av elevvårdspersonal och syo-funktionärer
- vägledande material för den praktiska verksamheten
- fördjupat samarbete mellan engagerad personal
- bättre information och kunskap till lärare och annan skolpersonal om medicinsk syo.

I Uppsala genomfördes läsåret 1972/73 och 1973/74 ett SÖ-projekt med *Intensifierad 7-åringskontroll* i skolhälsovårdens regi.

Tabell 6. Uppgivna anledningar till kontakt med skolsköterska under vt -75. Antalet besök i absoluta tal fördelade på stadium och totalt. Medeltal elever per skolsköterska var cirka 1 200.

Symtomangivelser	Högstadiet	Låg- och mellanstadiet	Totalt
	(683 vt)	(542 vt)	(1 225 vt)
Sår	305	159	464
Huvudvärk	265	58	323
Förkylningssymtom	218	85	303
Eksem, utslag	188	109	297
Skador på rygg och extremiteter	194	74	268
Värk i rygg och extremiteter	181	68	249
Befrielse från gymnastik	182	27	209
Trötthet	136	70	206
Magont	93	44	137
Beställa tid hos skolläkare	84	51	135
Ögonbesvär	63	49	112
Mensont	102	4	106
Öronbesvär	33	37	70
Nervösa besvär	35	3	38
Vill veta vilken tid de ska komma	16	21	37
Preventivmedelsrådgivning	27	0	27
Sociala orsaker (familjeproblem, ekonomiska problem etc)	14	8	22
Borttagning av stygn	13	6	19
Intyg till skolmåltidspersonal	8	1	9
Befarad graviditet	8	0	8
Astma	6	0	6
Vill sluta röka	3	0	3
Övrigt	235	176	411
Sällskap med annan elev	259	268	427

Tabell 7. Uppgivna anledningar till kontakt mellan föräldrar och skolsköterska. Antalet kontakter i absoluta tal fördelade på stadium samt totalt.

Kontaktanledning	Föräldrar			Skolsköterska		
	Högstadiet	Låg- och Mellanstadiet	Totalt	Högstadiet	Låg- och Mellanstadiet	Totalt
Behov av råd vid befarat eller inträffat sjukdomstillstånd	136	99	235	91	90	181
Vaccinationer	38	32	70	29	69	98
Meddela att elev är sjuk	25	16	41	27	19	46
Ombedd att ringa	27	14	41	17	6	23
Önskar information om smittofara, inkubationstid etc.	16	30	46	8	0	8
Diskutera skolproblem	21	5	46	8	4	12
P. g. a. nervösa problem hos eleven	9	8	17	16	2	18
Råd inför utlandsresa	25	2	27	0	0	0
Sociala orsaker (familjeproblem, ekonomiska problem etc.)	3	6	9	5	3	8
Behov av råd i uppfostringsfrågor	2	4	6	3	0	3
Önskemål om hjälp inom ANT-gruppen	0	0	0	3	0	3
Övrigt	35	47	82	80	62	142
Beställa tid hos skolläkaren	53	30	83	11	5	16
Summa	390	293	683	298	263	558

Utgångspunkten var, att en väl genomförd 4-åringskontroll visserligen ger god bakgrund till barnets förhållanden, men försvårande faktorer kan tillkomma före skolstarten och upptäckta hälsoproblem blir av olika orsaker inte alltid åtgärdade.

Den hälsokontroll av nybörjarna i årskurs 1 som nu äger rum under inskolningsperioden ansågs vara föga omfattande och av varierande kvalitet. Till en del sammanhängde detta med att undersökningen borde hinnas med under den korta inskolningsperioden.

Mot denna bakgrund genomfördes, med god personaltillgång och utan tidspress, en försöksverksamhet med intensifierad 7-åringskontroll med målsättningen att

- a) utvidga undersökningarna vid skolstarten beträffande medicinsk, psykisk och social hälsa samt värdera olika moment i undersökningarna,
- b) praktiskt pröva och värdera huruvida bästa tidpunkten för undersökning inför skolstarten är under vårterminen före årskurs 1 eller under inskolningsperioden på hösten,
- c) skaffa ett bättre informationsflöde till skolhälsovården från hemmet, från BVC, förskola och tidigare läkarkontakter samt att värdera detta,
- d) pröva och värdera utvidgade kontaktformer såsom ökad observation av skolsköterska och psykolog i klassen, intensifierade lärarkontakter och konferenser, ökad föräldrakontakt,
- e) följa upp 4-åringskontrollen och att söka fastställa, dels i vilken utsträckning medicinska och psykiska sjukdomstillstånd eller sociala svårigheter förbisågs, dels i vilken omfattning diagnostiserade hälsoproblem behandlats och följts upp,
- f) praktiskt pröva och värdera ett nytt hälsokort, som konstruerats med hänsyn till det ökade behovet av informationsflöde, dels från tidigare undersökningar, dels för framtida användning mellan olika befattningshavare, varvid särskild hänsyn till elevens integritet skulle tagas.

Undersökningen utfördes på samtliga barn som började första årskursen inom Vaksala rektorsområde i Uppsala läsåren 1972/73 och 1973/74. Rektorsområdet hade tre skolor med tillsammans 1 127 elever och omfattar centrala delar av kommunen. Det kan sägas vara ett typiskt utflyttningsområde vad beträffar barnfamiljer.

Den ordinarie skolhälsovården i rektorsområdet sköttes av en deltidsanställd skolläkare (6 veckotimmar) samt av en heltidsanställd och en deltidsanställd skolsköterska (8 veckotimmar). Dessutom fanns en deltidsanställd skolpsykolog (10 veckotimmar) och en halvtidsanställd skolkurator med arbetet förlagt till högstadiet. Det kurativa arbetet på låg- och mellanstadierna utfördes, liksom vid kommunens övriga skolor, av skolsköterskorna.

För den aktuella undersökningen utökades skolhälsovårdspersonalen med en extra skolsköterska på heltid samt genom att den ordinarie skolläkaren fick ytterligare 6 veckotimmar. Dessutom anställdes en skolpsykolog på halvtid. Kommunens skolöverläkare fungerade som ledare för projektet.

Undersökningen genomfördes i två omgångar. Hösten 1972 undersöktes 133 nybörjare.

Eleverna undersöktes medicinskt under inskolningsperioden. Före den

medicinska undersökningen besvarade föräldrarna ett formulär med hälsouppgifter. Frågeformulär om barnens anpassning till skolan m. m. utsändes till föräldrarna efter cirka 3 månaders skolgång och till lärarna en månad senare.

Eleverna kontrollerades fortlöpande. Under försöksperioden avflyttade 27 elever.

Barnen, som skulle börja höstterminen 1973, undersöktes huvudsakligen redan vårterminen innan. Totala antalet barn vid andra undersökningstillfället var 136, varav 6 nyinflyttade på hösten. På grund av utflyttning började endast 92 barn i skolan vid höstterminens början.

Samtliga under vårterminen undersökta barn kontrollerades också medicinskt genom ett enklare undersökningsförfarande under inskolningsperioden. Eleverna följdes därefter kontinuerligt under höstterminen.

Innan denna undersökningsomgång påbörjades, informerades kommunens förskollärare om projektet och fick fylla in frågeformulär om barnen. Föräldrarna lämnade före den medicinska undersökningen dels formuläret med hälsouppgifter, dels ett formulär med frågor rörande psykiska faktorer. Mot slutet av höstterminen fick de besvara ett kortare formulär angående barnets anpassning i skolan och ungefär samtidigt gjordes en enkät bland klasslärarna av samma typ som föregående höst.

Av de 269 barn som började i skolan höstterminerna 1972 och 1973 och som genomgick fullständig undersökning, hade 157 (58 procent) varit med om 4-åringskontrollen i Uppsala län.

Skolsköterskan utförde följande undersökningar: mätning av längd och vikt, urintester, synskärpeprov, skelningsundersökning, pulsmätning, palperande av femoralispulsar, blodtrycksmätning, andningsfrekvensmätning, utandningsförmåga (MEF-test) samt mätning av bröstkorgsmått och benlängd.

Skolsköterskan gjorde också hembesök, där detta ansågs vara av värde (totalt 11 familjer) och höll upprepad telefonkontakt med ett 40-tal familjer.

Skolläkaren gick igenom lämnade hälsouppgifter, tog anamnes samt utförde 7-åringskontrollens övriga medicinska undersökningar.

Audiogram utfördes hösten 1972 av audiometris från landstingets hörselvård, våren 1973 av projektets skolsköterska efter instruktion från hörselvården.

Ekg gjordes hösten 1973 på barnen i båda undersökningsomgångarna.

Tandstatus kontrollerades vid folktandvården i Uppsala.

Psykologen utförde skolmognadsprov, gjorde analyser av de frågeformulär som besvarats av föräldrar, lärare och förskollärare och gjorde observationer i klasser, förskolegrupper och fritidshem samt individuella observationer. 122 elever intensivobserverades, 9 skolpliktiga och 4 underåriga barn skolmognadsprövades, speciell kontakt togs med föräldrar till 29 elever. Psykologen hade vidare kontinuerlig stödkontakt med 10 elever.

Ömsesidiga kontakter hölls fortlöpande mellan skolhälsovårdspersonalen och skolledning, klasslärare, kliniklärare, talpedagog, ordinarie skolsköterska och skolpsykolog. Kontakterna gällde såväl klasserna i sin helhet som enskilda elever. Särskilda informationsmöten hölls med denna personal och med personalen vid förskolorna innan undersökningsomgångarna påbörjades.

Kontakten med föräldrarna skedde dels i form av brev med upplysning

om meningen med projektet, dels genom information vid föräldramöten och vid sammankomster med de lokala Hem- och Skolföreningarna. Dessa hade också informerats om projektet före starten. Föräldrarna besvarade även olika formulär och inbjöds att vara med vid skolläkarens undersökningar.

Information från barnens tidigare kontakter med samhällets hälso- och sjukvård insamlades bland annat genom barnhälsovårdsjournalerna och 4-årsjournalerna. Om barnet hade haft något besvär i samband med födelsen som inte i detalj framgick av andra handlingar begärdes BB-journal. Om de hade besökt sjukhus eller annan läkare för sjukdom, som inte uppenbarligen varit av banal karaktär, införskaffades journaluppgifter.

En översiktlig sammanställning av iakttagelser som gjordes vid 7-åringskontrollen ges i nedanstående tabell. Tabellen har hämtats från rapporten Intensifierad 7-åringskontroll (SÖ dnr S 75:3 473).

Tabell 8. Hälsoproblem funna vid 7-åringskontrollen (269 elever).

Hälsoproblem	Antal totalt	Tidigare kända från BVC, annat än 4-års-kontroll	4-års-kontroll	Annan källa	Nydiagnostiserade
Somatiska					
Obesitas	18			1	17
Diabetes	0				
Allergi, astma	9		1	8	
allergisk rhinit	11			7	4
eksem	26	19	1	5	1
Hjärtfel	3	3			
Buksmärtor (kolik)	4				4
Genitalia, retentio testis	5	1	1	1	2
fimosis (inkl					
praeputadherenser	13	4	1		8
Urinvägsinfektioner	5(+11)	(2)	1	1(+9)	3
Enures, primär	25				25
Enkopres	2				2
Ortopediska avvikelser	35	17	7	1	10
Neurologiska avvikelser	6	2	1	2	1
Ögon, synnedsättning	45	9	11	4	21
conjunktivit	7				7
Öron, hörselnedsättning	4			1	3
vätska i mellanörat	8				8
vaxproppar	9				9
Psykologiska, sociala					
Beteendestörningar, funna vid läkarundersökningen	27	1	4	4	18
Beteendestörningar, funna senare under terminen	26		7	1	18
Skolmognad	18		6	9	3
Begåvning	7			1	6
Ekonomiska svårigheter	3			2	1
Störd familjerelation	6		1	4	1
Missbruk i familjen	6		1	4	1

I den utvärdering som gjordes efter försöksperiodens slut framhölls bl. a. följande:

”Undersökningen vid skolstarten avslöjade inte några svårare somatiska handikapp, sådana hade upptäckts redan före 4-åringskontrollen. Däremot gjordes en rad nya icke oväsentliga fynd såsom synfel, hörsselfel, övervikt, urinvägsinfektioner, retentio testis, fimosis, allergier, neurologiska besvär, talfel, enures, enkopres, beteendestörningar, skolomognad samt sociala bekymmer. Samtliga dessa fynd kan göras vid en ordinär läkarundersökning omfattande:

- *noggrann anamnes*, inklusive skriftlig hälsouppgift, given av en eller båda föräldrarna vid personligt besök hos skolläkaren och kompletterad med uppgifter från BVC-journal och 4-åringskontroll samt eventuellt ytterligare data från andra läkare, från förskola och sociala organ,
- *översiktligt status* innefattande allmäntillstånd, längd och vikt, ögon inklusive synprovning, öron inklusive otoskopi och hörselprovning, hjärt- auskultation, inspektion av hud, tyreoida, genitalia, rygg, extremiteter och motorik samt urinprov för bakterieförekomst.

Vid den intensifierade 7-åringskontrollen utfördes därutöver en rad, delvis mycket tidskrävande undersökningar, vilka inte avslöjade någon enda ny defekt (inspektion av näsa och svalg, palpation av lymfkörtlar och buk, auskultation av lungor, MEF-test, mätande av bröstorgansmått, andnings- och pulsmätning, ekg-registrering, palperande av femoralispulsar, blodtrycksmätning, benlängdsmätning och skelningsundersökning). Vid skolstarten bör dessa kontroller endast utföras på särskilda indikationer för att i stället bereda plats för mer angelägna uppgifter, som uppspårandet av psykiska eller sociala svårigheter och uppföljning med föräldrar och skolpersonal.

Vid en jämförelse mellan hälsokontroll utförd under vårterminen före skolstarten och en undersökning under den första skolmånaden visade sig det förra alternativet ha flera väsentliga fördelar:

- fler föräldrar följde med barnen till undersökning. Därigenom gavs en bättre bild av barnens totala situation samtidigt som direktkontakt skapades mellan personal och föräldrar,
- läkarundersökningen kunde ske i lugn och ro utan att störa barnen under den hektiska och arbetsamma inskolningsperioden,
- skolhälsovårdens personal erhöll på ett tidigare stadium en bättre uppfattning om barnen och kunde ge värdefulla råd om skolplacering, behov av extra stödundervisning, speciella psykiska bekymmer (kontaktsvårigheter, förskolevägran m. m.).

Med nuvarande organisation är dock en hälsokontroll med den aktuella uppläggnings svår genomförd under våren före skolstarten. Arbetet med att få tag på de blivande eleverna är tidskrävande och i den aktuella försöksverksamheten upplevde framför allt skolsköterskan och skolpsykologen det klart administrativt besvärligt att ha undersökningar ute på förskolorna. Personalen vid dessa behövde utförlig och tidskrävande individuell information om undersökningens mål och metoder. Svårigheterna berodde också på att barnen var uppdelade på många förskolor och daghem och att det var besvärligt att finna lämplig tidpunkt för undersökningarna. Ofta var

några barn sjuka när skolsköterskan gjorde sin förundersökning, varför hon tvingades göra flera återbesök. Av och till kom hon olämpligt för att förskolan hade "samlings" eller skulle på studiebesök. Det var praktiskt taget omöjligt att hitta ett lämpligt utrymme, där det undersökta barnet kunde få vara i fred vid audiometri eller vila före blodtrycks-, puls- och andningsmätning. Förskolepersonalen var slutligen ofta ej alls villig att fylla i frågeformulären.

Dessa svårigheter bör dock avsevärt minska om det blir allmänt införd att en intensifierad kontroll inför skolstarten skall ske under våren och om väl fungerande rutiner kan utarbetas framför allt tillsammans med förskoleorganisationen. Till rutinerna skulle också höra att folkbokföringen på ett tidigare stadium lämnade uppgift om vilka barn, som till hösten var skolpliktiga och att journaler från BVC och 4-åringskontroll överlämnades till skolhälsovården i god tid före 7-åringskontrollen. Juridiskt måste prövas om undersökningen kan göras obligatorisk även om den förläggs till tidpunkt före skolpliktens inträdande."

De slutsatser man drog var bl. a.:

- något större antal nya somatiska fynd av betydelse kan inte göras även om undersökningen i 7-årsåldern utvidgas med en rad tidskrävande moment. Snarare bör den kliniska undersökningen vid skolstarten reduceras för att ge tid åt mer angelägna åtgärder, framför allt vad gäller psykisk och social hälsa,
- bästa tidpunkten för undersökningen är våren före skolstarten. Man har då en god uppfattning om elevens förhållande redan vid höstterminens början och eleverna störs inte under den hektiska inskolningsperioden. Det fordras dock en rad administrativa förändringar för att undersökningen skall kunna ske under våren,
- ett vidgat informationsflöde från BVC, 4-åringskontroll och tidigare läkarkontakter har ett visst värde för hälsouppgifternas fullständighet men föräldrarnas uppgifter är fortfarande värdefullast. Uppgifter från förskolan har ofta stor betydelse för bedömningen av behov av extra stöd vid skolstarten,
- de flesta svårare handikapp har konstaterats redan före 4-åringskontrollen, men vid denna upptäcks ändå en del väsentliga hälsoproblem som retentio testis, urinvägsinfektioner samt syn- och hörselnedsättningar. Enstaka defekter missas även vid 4-åringskontrollen. Resurserna att följa upp framför allt psykiska och sociala hälsoproblem som uppdagats förefaller vara för små,
- för att den framtida skolhälsovården skall kunna fungera enligt målsättningen "uppmärksamt följa elevernas mentala och kroppsliga utveckling . . . med beaktande av miljön i skola och hem" fordras att skolläkaren och skolsköterskan i ökad utsträckning deltar i skolans arbete genom intensifierade lärarkontakter och konferenser och ökade föräldrakontakter. Detta förutsätter en längre arbetstid per elev för såväl skolläkare som skolsköterska liksom för skolpsykologen.

Slutligen kan nämnas att man också beräknade tidsåtgången för denna intensifierade undersökning. Man kom därvid fram till att, beräknat per 100 barn, läkaren använde 67 timmar/läsår (1,7 vt), skolsköterskan 248,8 timmar/läsår (6,2 vt) och skolpsykologen 312 timmar/läsår (7,8 vt).

Forskningsprojektet *Skolöverstyrelsens och Lärarhögskolans Uppföljningsstudie av mognadsförloppet hos växande i åldern 9–16 år (SLU-projektet)* utförs vid pedagogiska institutionen vid lärarhögskolan i Stockholm. Under åren 1966–71 har 323 tvillingpar och cirka 1 200 klasskamrater till dessa fortlöpande studerats i ett antal fysiska och psykosociala avseenden. Eleverna kommer från skolor i 40 av de större tätorterna i landet.

Det övergripande syftet med projektet är att studera elevernas fysiska utveckling från årskurs 3 till och med årskurs 9 och dennas samband med psykosocial status samt att med hjälp av tvillinggruppen belysa den genetiska bakgrunden till utvecklingsförloppet. Ett syfte med projektet har också varit att erhålla längd- vikt- och mensdebutdata för konstruktion av aktuella standard- eller normtabeller att användas inom skolhälsovården.

Längd- och vikt-mätningar samt skattningar av de sekundära könskaraktärerna har fortlöpande gjorts en gång per termin av skolsköterskorna med början på vårterminen i årskurs 3 och till och med årskurs 9. För pojkarnas del finns också utöver längd- och viktdata även andra data från inskrivningen i militärtjänst.

Bland andra mätningar kan nämnas prov på koncentration och uthållighet, standardprov, begåvningsprov, sociometrisk data och självbedömning, anpassning och betyg.

De bearbetningar och den rapportering som gjorts av det omfattande materialet har huvudsakligen gällt den fysiska utvecklingen.

Endast några få resultat kan omnämnas i detta sammanhang.

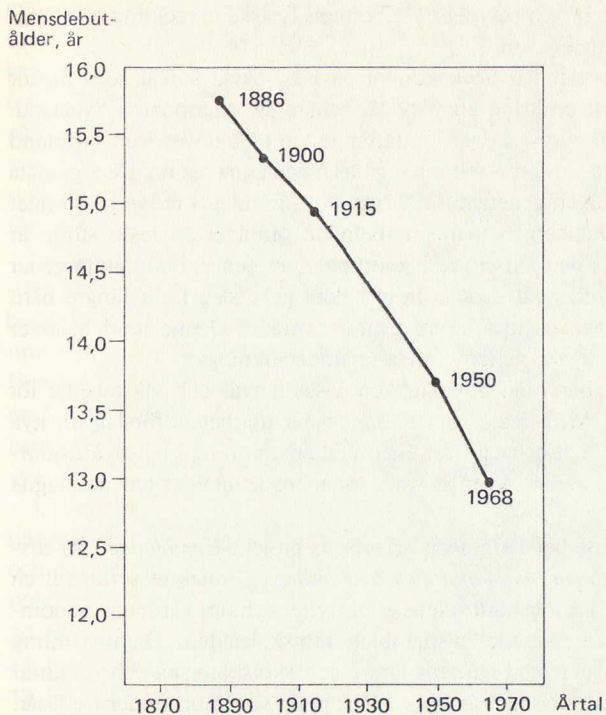
Den fysiska mognaden inträder allt tidigare hos skolelever med cirka två års genomsnittlig skillnad mellan flickor och pojkar. För exempelvis flickorna inträffar den maximala tillväxten i längd i genomsnitt fyra månader tidigare och de mensdebuterar drygt ett halvt år tidigare nu än för trettio år sedan (den sekulära trenden).

Spridning inom och mellan kön är mycket stor. Detta illustreras i figur 2. Av denna framgår dels de stora differenserna mellan pojkar och flickor, dels den stora spridningen för såväl flickor som pojkar.

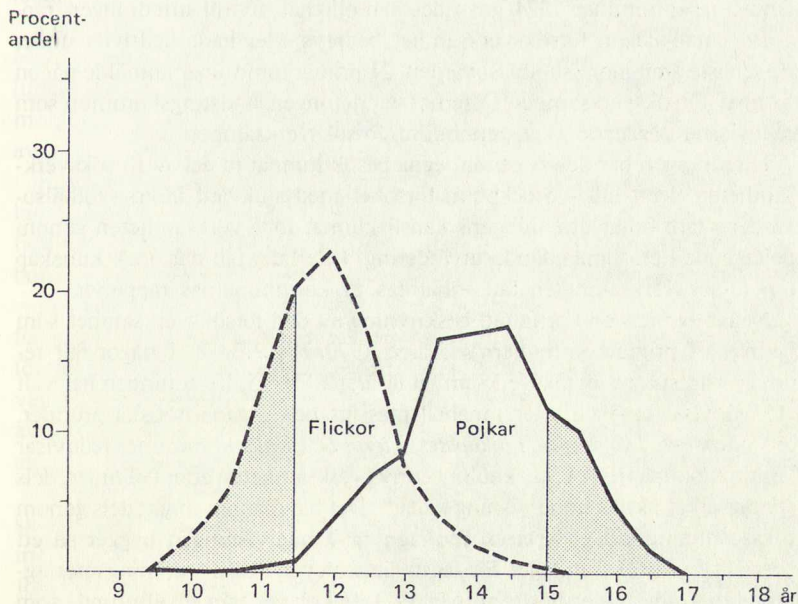
Det skuggade fältet till vänster i figur 2 illustrerar att 25% av flickorna haft sin maximala längdtillväxt redan före 11 1/2 års ålder medan det skuggade fältet till höger visar att 25% av pojkarna når motsvarande mognadsnivå först efter 15 års ålder. Figuren visar också att skillnaderna mellan de allra tidigaste flickorna och de allra senaste pojkarna uppgår till hela 7 år. Från SLU-projektets sida har särskilt pekats på att detta kan ha betydande pedagogiska konsekvenser exempelvis när det gäller samlevnadsundervisningen. Uppmärksamhet har också riktats mot vad som brukar kallas "presumptiva riskgrupper". Som exempel på sådana kan nämnas just de mycket tidigt respektive de mycket sent mogna skoleleverna.

Tidigare undersökningar har visat att barn och ungdom från högre socialgrupp varit både längre och mognat tidigare i fysiskt avseende än lägre socialgrupper. Några sådana skillnader har inte kunnat konstateras i SLU-materialet bortsett från att flickor i socialgrupp 3 väger genomsnittligt något mer i förhållande till sin längd under hela pubertetsperioden än övriga flickor. Detta skulle kunna bero på att de motionerar mindre, vilket framgått av andra undersökningar.

Om barnen bor hos ensamstående föräldrar eller om mamman förvärsar-



Figur 1. Den genomsnittliga mensdebutåldern för svenska flickor under perioden 1886–1968. Figuren visar hur den genomsnittliga åldern för mensdebut sjunkit nästan 3 år från 1880 till 1970. Figuren är hämtad från Ljung, Bergsten-Brucefors och Lindgren (1974).



Figur 2. Andelen flickor (streckad linje) och pojkar (heldragen linje) som i olika åldrar når samma fysiska mognadsgrad (största tillväxten i längd). Figuren är hämtad från Lindgren (1975).

betar tycks inte ha någon betydelse för barnens fysiska utveckling och mognadsgrad under puberteten.

Regionala skillnader har dock kunnat påvisas. Såväl pojkar som flickor i Götaland mognar omkring ett halvt år senare än ungdomar i Svealand. Eftersom undersökningsgruppen omfattar relativt få elever från Norrland har inte några säkra jämförelser kunnat göras med denna region. De regionala skillnaderna kan ha en genetisk förklaring, som framlagts redan på 40-talet (Hultkranz och Dahlberg). Ju mer tätbefolkat området är desto större är sannolikheten att i den allt större blandningen av gener, dominanta gener (som att bli lång, eller att mogna tidigt) skall ge utslag i allt längre barn med allt lägre mognadsålder inom samma område. Denna teori behöver dock belägas ytterligare genom fortsatta undersökningar.

I en särskild rapport från projektet redovisas längd- och vikttabeller för åldrarna 10–17 år. Med dessa som underlag har utarbetats förslag till nya kurvdiagram för längd och vikt för eventuell användning i hälsovårdsjournalen eller i forskningen. Även normer för mensdebutålder har medtagits i detta diagram.

I Uppsala pågår sedan 1975 socialstyrelsens projekt *Uppföljning i 10-årsåldern av den allmänna hälsokontrollen av 4-åringar*. Projektet syftar till en ökad kunskap om 4-åringskontrollens effektivitet och om värdet av genomförda terapeutiska insatser vid hälsoproblem i förskoleåldern. Datainsamling sker genom intervjuer med barnens lärare och skolsköterska och omfattar alla elever i samtliga klasser i årskurs 3 i Uppsala kommun under tre läsår. Projektet förväntas ge svar på 4-åringskontrollens effektivitet samt ge underlag för förbättring av denna.

2.7.3 *Kommunal försöksverksamhet*

Genom den enkät utredningen tillställde samtliga primärkommuner och landstingskommuner 1974 gavs dessa möjlighet att till utredningen rapportera ifall någon försöksverksamhet bedrevs eller hade bedrivits under de senaste åren inom skolhälsovården. 21 primärkommuner anmälde någon form av försöksverksamhet. Däremot var det ingen landstingskommun som redovisade pågående eller genomförd försöksverksamhet.

Utredningen har delvis genom egna besök kunnat ta del av försöksverksamheten. I ett fall – Stockholmsförsöket med sjukvård inom skolhälsovårdens ram – har utredningens kansli kunnat följa verksamheten genom deltagande i en förberedande utvärdering. I flertalet fall har dock kunskap om försöksverksamheten fått inhämtas ur kommunernas rapporter.

Nedan lämnas en kortfattad beskrivning av den försöksverksamhet som bedrivits i primärkommunerna läsåren 1970/71–1973/74. I något fall redovisas dessutom försöksverksamhet läsåret 1974/75. Utredningen har valt att redovisa försöken efter innehållsmässiga och organisatoriska grunder.

Stockholms, Danderyds, Linköpings, Tierps och Kalix kommuner redovisar "antirökkampanjer". I Stockholm bedrivs verksamheten efter två linjer, dels genom profylaktisk undervisning kallad "Det handlar om mig", dels genom rökavvänjning vid en speciell mottagning. Undervisningen bygger på ett speciellt material framtaget för lågstadiets elever. Rökavvänjningsmottagningen mottog under höstterminen 1971 159 elever från såväl grund- som

gymnasieskolan varav 20 ej önskade genomgå behandlingen. Efter avslutad behandling var 25 procent preliminärt rökfria. För hela läsåret 1971/72 uppges att cirka 30 procent var rökfria omedelbart efter behandlingen men efter 6 månader hade procentandelen sjunkit till 19 procent. Behandlingen bygger på samtal med eleverna enskilt eller i grupp, förskrivning av vissa läkemedel samt förstärkning av motivationen genom förslag till läsning av vissa broschyrer om rökningens avigsidor. I Linköping tas cytologprover på eleverna för påvisande av precancerösa förändringar.

Läsåret 1970/71 startade inom *Lidingö* ett ökat samarbete mellan förskola – lågstadium vad beträffar bedömningen av barns s. k. skolmognad. I samband härmed gjordes på försök inom ett rektorsområde syn- och hörselundersökningar av föreskolebarn redan på våren innan de skulle börja skolan. Försöket utföll så positivt att undersökningarna fr. o. m. vårterminen 1972 omfattat samtliga nybörjare inom *Lidingö*. Målsättningen var därvid att barn som vid denna undersökning visade sig ha ej tidigare upptäckt nedsatt syn eller hörsel skulle kunna få hjälp före skolstarten.

Undersökningarna har ägt rum på respektive skolor med assistans av tjänstgörande skolsköterska. Barnen har kommit gruppvis från lekskolor och daghem följda av en förskollärare. Under våren 1975 undersöktes 422 nybörjare.

30 barn hade nedsatt synförmåga.

18 barn remitterades till ögonspecialist,

12 barn hade tidigare känd synnedsättning.

44 barn hade någon form av tveksamhet eller hörselnedsättning.

27 barn remitterades till öronspecialist,

17 barn kallades genast vid skolstarten till kontroll.

Kalix kommun redovisar också en hälsokampanj kallad "Piggelin" arrangerad gemensamt av skolstyrelsen och landstinget, där elever och personal lockas att motionera med hjälp av en pöngtävling.

I *Uppsala* presenterades i oktober 1972 en utvärdering av uppsalaprojektet *Maten i skolåldern*. Utvärderingen redovisade dels konsumtionen vid skollunchen i en låg- och mellanstadieskola, dels en intervjuundersökning om morgonmål, mellanmål och middagskonsumtion dels försök med nya typer av mellanmålsbulle med varierande äggvitesammansättning.

Redovisningen om konsumtionen vid skollunchen i en låg- och mellanstadieskola visade att eleverna åt mycket små mängder, i genomsnitt fick de endast 38 procent av den energi och 75 procent av det protein de borde konsumerat vid skollunchen.

Försöket med mellanmålsbulle visade bl. a. att mellanmålet hade betydelse för elevernas prestationsnivå. Särskilt för resande elever, men även i övrigt för alla med lång skoldag är ett tillskott av kalorier och näringsämnen nödvändigt vid 14-tiden. För alltför många elever är dessutom skollunchen, av praktiska skäl, placerad tidigt, ofta redan vid halv elva-tiden, vilket gör att det kan bli många timmar innan middagsmålet serveras i hemmet.

Sundsvalls och *Halmstads* kommuner redovisar försöksverksamhet där skolsköterskans tjänst byggts ut med kurativa inslag för elever på låg- och mellanstadiet. Elevantalet räknat per heltidstjänst har därvid sänkts. Jämförande utvärdering med avseende på innehållet har inte utförts men fördelar

har vunnits i organisatoriskt hänseende.

I *Arvidsjaur* pågår försöksverksamhet med ambulande elevvårdsteam bestående av skolläkare, skolköterska, skolpsykolog och skolkurator. Slutlig utvärdering föreligger inte, men underhand har framhållits att modellen med ambulande elevvårdsteam bör främst kunna utnyttjas i mindre kommuner.

Stockholms kommun redovisar en omfattande försöksverksamhet inom elevvården, Skolhälso- och elevvårdsplan för Stockholms skolor (SLEV).

I det av skolhälso- och elevvårdsutredningen avgivna betänkandet Skolhälso- och elevvårdsplan för Stockholms skolor (1971) föreslogs en utbyggnad av Stockholms skolhälso- och elevvårdsorganisation. Utredningen betonade vikten av elevvårdsarbete som ett lagarbete, där inte bara den speciella elevvårdspersonalen utan också elever, lärare och övrig skolpersonal aktivt deltar. Man förutsatte tätare kontakter utanför skolan, med föräldrar och med samhällets barn- och ungdomsvårdande organ. Utredningen föreslog bland annat utökad skolhälsovård jämte viss kostnadsfri sjukvård, ökade insatser på det kurativa och psykologiska området, tillgång till fritidsassistent för samtliga skolor, särskilda kontaktlärare i ergonemi samt vidgade möjligheter till en individualiserad gymnastikundervisning. Däremot behandlade inte utredningen specialundervisningen. Inte heller gick man närmare in på lärarnas och skolledarnas roll inom elevvården. Genom den föreslagna förstärkningen borde bättre balans kunna åstadkommas mellan skolhälso- och elevvårdens tre funktioner – förebyggande, utredande och åtgärdande – så att de utredande uppgifterna inte i samma utsträckning som tidigare kom att dominera skolhälso- och elevvårdsarbetet.

SLEV föreslög en successiv utbyggnad under 1970-talet. Eftersom förslaget byggde på lagarbete mellan samtliga personalgrupper borde utbyggnaden inte ske punktvis utan områdesvis med full personalstyrka.

Läsåret 1974/75 omfattade den utbyggda skolhälso- och elevvården tre s. k. SLEV-områden, varav två med såväl sjuk- som hälsovård. Under samma period har kommunen erhållit statliga medel för särskilda åtgärder på skolområdet (SÅS-resurser). Effekten av dessa speciella insatser har utvärderats.

I utvärderingen konstateras att denna inte ger någon ledning för bedömning om "SLEV-åtgärderna visat sig effektiva". Samtidigt med denna verksamhet har också de särskilda åtgärderna på skolområdet tillkommit. I praktiken har SLEV- och SÅS-resurserna fördelats efter samma princip, dvs. efter behovsprincipen. Utvärderarna konstaterar: "Bör man kanske nöja sig med att konstatera att förstärkningarna genom SLEV i så hög grad förmått förbättra läget inom skolhälso- och elevvården, att SLEV-områdena nu syns ha kommit i paritet med andra områden, trots att dessa genom SÅS också fått sina resurser förstärkta?"

Som tidigare nämnts har utredningen kunnat följa verksamheten i ett av SLEV-områdena, ett område med 194 klasser och cirka 4 500 elever. Under tre slumpvis valda veckor genomförde läkaren 277 behandlingar, där annars remiss till annan läkare skulle ha utfärdats. I genomsnitt genomförde således läkaren cirka 18 behandlingar per arbetsdag. Under samma period deltog skolläkaren i två elevvårdskonferenser och i fyra andra konferenser med elevvårdsfunktionärer. Läkaren genomförde också 6 vecko-

timmar undervisning om kost, motion, hygien och tobak samt ett klassamtal på lågstadiet i samma ämne. Utredningen tillskrev också samtliga nio föräldraföreningar i området för att få deras synpunkter på verksamheten. Endast en förening svarade och de anförde bl. a. ” . . . att en heltidsanställd skolläkare skulle kunna få samma funktion som den tidigare husläkaren. I en storstad som Stockholm är det tryggt att veta, att barnen kan få akutvård på nära håll, utan långa resor till de stora sjukhusen, där väntetiderna ofta är långa . . . ”.

Ett relativt stort antal kommuner bedriver försöksverksamhet med skogynekologisk mottagning inom ramen för skolans elevvårdande verksamhet. Samtidigt finns i några kommuner tonårsmottagningar vilka helt drivs i kommunal regi. Den första allsidiga tonårsmottagningen helt i kommunal regi startades i Borlänge 1970. Rådgivningsbyrå för sexual- och samlevnadsfrågor enbart för skolans elever har funnits i Stockholm sedan 1970 och under senare år har liknande mottagningar organiserats eller planerats i flera kommuner som ett komplement till skolhälsovården. Underhand har utredningen inhämtat att i mars 1976 fanns i landet 23 särskilda ungdomsmottagningar samt att 7 var under planering. Av de 23 ungdomsmottagningarna var 13 stycken enbart gynekologmottagningar, varav 6 drevs i landstingets regi, 6 i skolstyrelsens regi och 1 privat (RFSU).

Ett omfattande siffermaterial finns redovisat från några kommuner (Läkartidningen nr 44/1974, Stockholm och 4/1975, Uppsala). Enligt utredningens mening skulle det föra för långt att här redovisa dessa siffror varför endast vissa övergripande frågor redovisas.

Behovet att söka en rådgivningsbyrå uppstår akut. De sökande, i allmänhet flickor mellan 15 och 19 år, har ofta svårt att i tid planera en så känslig fråga som att skaffa preventivmedel. Det är de yngre och socialt minst mogna som har svårast att ta hela ansvaret för sina sexuella handlingar. Många av de yngsta, för vilka graviditetsrisken måhända är störst, avstår att söka om det är för svårt att få tid. Besvikelser inställer sig lätt om inte omedelbar kontakt nås. Det är viktigt att i denna situation ge eleven möjlighet att söka utan krångel.

Vilka förväntningar har de unga flickorna när de söker sig till ungdomskliniken? Är det bara för att få rätt preventivmedel? Det har visat sig att de ofta vill ha svar på många andra frågor. Under uppväxttiden finns ofta bristande självkänsla, svårighet att acceptera den egna kroppen, rädsla att avvika från tonårsidealet och fruktan att inte utvecklas normalt.

Erfarenheter från svenska tonårsgynekologiska mottagningar har endast redovisats i några fall. Kajsa Sundström-Feigenberg (1972) har publicerat sina erfarenheter som gynekologkonsult vid ett hem för flickor mellan 13 och 15 år omhändertagna för samhällsvård. Detta material består av 70 flickor. Drygt 45 procent av dem sökte för symtom på gynekologisk sjukdom eller då de misstänkte sig ha någon gynekologisk sjukdom, 10 procent sökte för menstruationsbesvär, 30 procent ville ha p-piller och 10 procent misstänkte att de var gravida.

Barbro Tegmark (1974) har redovisat sina erfarenheter som gynekolog vid ungdomsmottagningen i Borlänge. Av flickorna som sökte sig till denna allsidiga tonårsmottagning under tiden 1970–1973 hade 72 procent behov av gynekologisk eller sexuell rådgivning.

I Borlänge är preventivmedelsrådgivning den helt dominerande sysselsättningen för gynekologen – 60 procent av flickorna sökte för detta enbart eller i kombination med något symptom; 13 procent sökte för misstänkt graviditet. Dessa siffror antyder att relativt många yngre flickor i dag är i behov av lättillgängligt graviditetstest. Många flickor drar sig i det längsta för att lämna urinprov på apotek när de misstänker graviditet. Dels är det kostnaden som spelar en viss roll, dels upplevs det obehagligt för flickorna att bland många människor vid apotekets disk komma med sin fråga.

Information om mottagningarna sprids genom skolsköterskor, skolläkare och, till viss del, av lärare i sexualkunskap.

Artiklar i lokal- eller rikspress har också ur informationssynpunkt visat sig ha god verkan liksom också speciella informationsblad till eleverna.

3 Skolhälsovården i kommunerna – resurser m. m.

3.1 Resurser vårterminen 1974 enligt utredningens enkätundersökning

Skolhälsovårdsutredningen beslöt i ett tidigt skede av sitt arbete att utföra en kartläggning av skolhälsovårdens resurser vårterminen 1974. Kartläggningen utfördes som en enkätundersökning hos samtliga primär- och landstingskommuner. Samtliga kommuner lämnade enkätsvar. Vissa primärkommuner har ej besvarat samtliga frågor. Detta gäller i ännu högre grad landstingskommunerna. Undersökningen ger trots detta en bild av framför allt personalresurserna inom skolhälsovården.

3.1.1 *Primärkommunerna*

Enkäten visade att 66 078 elever, dvs. 5,5 procent av hela elevantalet i grund- och gymnasieskolan, saknade skolläkare. 1972 redovisade SÖ att ca 85 000 elever (ca 7 procent) ej hade tillgång till skolläkare.

I nedanstående tabell anges för varje län antalet elever i grundskola respektive gymnasieskola som vårterminen 1974 saknade skolläkare.

I skolförordningen finns inga föreskrifter om hur många elever en skolläkare skall ha ansvar för. Enligt SÖ skulle dock skolläkarna inte kunna ha ansvar för mer än 200 elever per veckotimme om vederbörande ska ha möjlighet att fullgöra arbetsuppgifterna enligt SÖ:s bestämmelser.

Enkäten visar att av landets 278 kommuner är det endast 16 som har sådana läkarresurser att antalet elever per veckotimme inte överstiger 200. I 42 kommuner hade läkarna 500 – 1 000 elever per veckotimme och i 14 kommuner över 1 000. Samtidigt kan nämnas att vissa kommuner har förstärkt läkarresurserna genom att anlita specialistkompetenta läkare till särskilda mottagningar för skoleleverna. Detta gäller specialister för ögon, öron, ortopedi, gynekologi samt barn- och ungdomspsykiatri.

Om man utgår från att skolläkarna inte ska ha ansvar för mer än 200 elever per veckotimme ger enkäten vid handen att bristen på skolläkare kan uppskattas till cirka 60 hela tjänster eller 2 400 veckotimmar. Kommuner som redovisar brist på skolläkartimmar har i många fall kommenterat detta med att det trots stora ansträngningar inte varit möjligt att få en utökad läkarresurs.

Vårterminen 1974 var i landet 825 läkare anställda inom skolhälsovården varav 16 på heltid (40 vt), 32 på deltid (16–39 vt)¹, 777 läkare var arvo-

¹ Läkartjänster omfattande 16 veckotimmar eller mer kräver medgivande från socialstyrelsen för att kunna inrättas.

Tabell 9. Länsvis redovisning av elever utan skolläkare.

Län	Elever utan skolläkare			
	Grundskola		Gymnasieskola	
	Faktiska tal	Procent	Faktiska tal	Procent
Stockholms län	3 978	2,3		
Södermanlands län	5 732	17,2	1 599	28,7
Jönköpings län	4 092	10,7	1 208	15,6
Kronobergs län	2 083	10,0	16	0,4
Kalmar län	4 354	16,0	1 114	22,6
Kristanstads län	3 726	11,4	2 010	31,4
Malmöhus län	1 337	1,5		
Hallands län	5 404	19,5	695	15,4
Göteborgs o Bohus län	575	0,7	99	0,6
Älvsborgs län	6 735	12,9		
Värmlands län	621	1,8	24	0,3
Örebro län	4 223	12,8	1 767	29,1
Gävleborgs län	1 680	4,6		
Västernorrlands län	3 768	11,5	1 919	23,4
Jämtlands län	75	0,4		
Västerbottens län	16	0,1		
Norrbottnens län	5 798	15,7	1 430	14,7
Totalt	54 197	5,4	11 881	5,9

desanställda för någon eller några timmar i veckan. 1972 fanns 938 läkare inom skolhälsovården. Det faktum att antalet läkare inom skolhälsovården har minskat beror på att kommunerna i allt högre grad försöker koncentrera tjänstgöringen till ett färre antal läkare.

27 kommuner (9,7 procent) hade våren 1974 tecknat avtal med respektive landsting (i Göteborg med sjukvårdsförvaltningen) om tillhandahållande av skolläkare. Av dessa var det endast 5 kommuner som helt täckt sitt behov av skolläkare genom att anställa landstingsläkare. Totalt sett dominerar distriktsläkarna i antal. Av skolläkarna är 92,9 procent landstingsläkare. Landstingsanställda läkare svarar tidsmässigt för cirka 40 procent av den totala läkarinsatsen inom skolhälsovården.

Personalsituationen är gynnsammare på skolsköterskesidan än på läkar- sidan. Endast i två kommuner var vissa elever helt utan skolsköterska, i den ena kommunen rörde det sig om 352 och i den andra om 90 elever.

Skolförordningen innehåller bestämmelser om det högsta antal elever en skolsköterska bör ha på en heltidstjänst. För grundskolan är elevantalet satt till 1 500 och i gymnasieskolan till 1 000–1 200. Enligt enkäten hade 55 kommuner (19,7 procent) ett högre elevantal per skolsköterska. Genomsnittligt i landet hade varje skolsköterska omsorgen för 31,1 elever per veckotimme vilket omräknat till heltidstjänst motsvarar 1 244 elever per skolsköterska. Kommuner som redovisat brist på skolskötersketimmar har i en del fall angett att de av ekonomiska skäl ej kunnat anställa så många skolsköterskor som de önskat.

Våren 1974 var totalt 1 674 sjuksköterskor anställda inom primärkommunernas skolhälsovård. En jämförelse med 1971 visar följande:

Tabell 9 a

Anställningsform	1971	1974
Heltid	687	747
Deltid (16-39 vt)	376	523
Timanställda (1-15 vt)	956	404
Totalt	2 019	1 674

Som framgår ovan har utvecklingen gått mot färre skolsköterskor med fler tjänstgöringstimmar.

111 kommuner (39,9 procent) har tecknat avtal med respektive landsting om tillhandahavande av skolsköterska. Ingen av dessa kommuner täcker dock hela sitt skolsköterskebehov på detta sätt utan man köper delar av sitt behov. Framför allt är det glesbygdskommuner som i stor utsträckning använder sig av distriktssköterskor inom skolhälsovården.

Genom enkäten sökte utredningen även få en uppfattning om kommunernas kostnader för skolhälsovården. Enkätsvaren visade att kommunernas nettodriftkostnader för skolhälsovården 1974 varierade högst avsevärt; från 29 till 228 kronor per elev. Den genomsnittliga nettodriftkostnaden per elev utgjorde kr. 66:20. Både landets tio glesast och tio tätast befolkade kommuner hade en nettodriftkostnad för skolhälsovården som låg över genomsnittskostnaden. I de tio tätast befolkade kommunerna låg genomsnittskostnaden på ca 77 kr., medan den i de tio glesast befolkade kommunerna låg på ca 94 kr per elev.

Förklaringen till de stora skillnaderna i nettodriftkostnaderna torde delvis vara att söka i kommunernas olika sätt att redovisa sina kostnader. I övrigt torde kommunernas struktur, personaldimensionering m. m. ha påverkat kostnaderna.

3.1.2 Landstingskommunerna

För landstingens del har det varit svårt att redovisa antalet elever i gymnasieskolan eftersom delar av den landstingskommunala gymnasieskolan är integrerad med landstingens vårdskolor för olika vårdutbildningar. Enligt enkäten redovisar landstingen ca 19 000 elever i gymnasieskola och med denna integrerad vårdutbildning för vårterminen 1974. Av dessa saknade 539 elever (2,8 procent) skolläkare. I genomsnitt hade varje skolläkare ansvar för 159 elever per veckotimme. Endast två landsting redovisade högre elevantal än 200 per veckotimme och i bägge fallen låg medeltalet på ca 350 elever. Totalt var 62 läkare sysselsatta inom denna del av landstingens skolhälsovårdsverksamhet.

Varje skolsköterska hade ansvaret för 16,4 elever per veckotimme eller, omräknat per heltidstjänst, 656 elever. Vårterminen 1974 var 99 skolsköterskor anställda inom denna del av den landstingskommunala skolhälsovården. Av dessa var 13 anställda på heltid (40 vt) och 19 på deltid (16-39 vt) medan 67 skolsköterskor hade timanställning.

Landstingens uppläggning av sin kostnadsredovisning är sådan att det inte gått att få fram motsvarande uppgifter om nettodriftkostnaderna per elev för skolhälsovården.

3.2 Utredningens enkätundersökning bland olika befattningshavare i skolan

I utredningens direktiv anges att

”De sakkunniga bör göra en översikt av de bestämmelser som reglerar skolhälsovårdens innehåll och organisation och kartlägga hur denna skolhälsovård fungerat, vilket innehåll och vilken organisation den fått, vilka försök som pågår samt hur reglerna om skolhälsovården uppfattats av de enskilda befattningshavarna i skolväsendet.”

För att kartlägga hur skolhälsovården fungerat och hur den uppfattats av de enskilda befattningshavarna i skolan genomförde utredningen i samarbete med pedagogiska institutionen vid Lärarhögskolan i Stockholm en enkätundersökning läsåret 1974/75 bland skolläkare, skolsköterskor, rektorer/studierektorer, skolpsykologer, skolkuratorer och lärare.

Efter intervjuer med ett antal befattningshavare inom varje berörd kategori sammanställdes frågor för att belysa följande områden:

- skolhälsovårdspersonalens samarbete,
- kontakter mellan skolhälsovårdspersonalen och övriga befattningshavare i skolan,
- elevvårdskonferenserna,
- kontakter mellan elever/föräldrar och skolhälsovårdspersonalen,
- kontakter med grupper och institutioner utanför skolan,
- sekretess och tystandsplikt,
- skolhälsovårdspersonalens syn på sina arbetsuppgifter och anställningsförhållanden,
- vidareutbildning och fortbildning av skolhälsovårdspersonalen,
- allmänna synpunkter på skolhälsovårdens funktion samt förslag till förbättring.

Från ett riksrepresentativt urval av 80 kommuner (se sid 1 i DsU 1976:3) drogs slumpmässigt 200–300 befattningshavare inom varje kategori för att ingå i undersökningen. För kategorin lärare omfattade undersökningen 258 personer varav 21 procent tjänstgjorde på lågstadiet, 28 procent på mellanstadiet, 40 procent på högstadiet och 26 procent på gymnasjestadiet. Totalt utsändes 1 290 enkäter.

Vid databearbetningen har det totala materialet indelats i fyra grupper med avseende på kommunernas storlek:

- Göteborg (58 784 elever).
- De 9 största kommunerna utom Göteborg (8 000 elever eller fler).
- De 11 minsta kommunerna (1 000 elever eller färre).
- Övriga 59 kommuner.

En mer detaljerad beskrivning av bakgrundsdata, enkätfrågornas exakta formulering samt den fullständiga redovisningen av enkätresultaten ges i delbetänkandet DsU 1976:3. Resultaten sammanfattas i det följande.

3.2.1 Skolhälsovårdspersonalens samarbete

Flera former av informationsutbyte förekom speciellt i stora kommuner. Bland skolläkarna var det vanligast med personliga kontakter mellan enskilda läkare. De flesta skolläkare och skolsköterskor ansåg dock att konferenser var den effektivaste formen för utbyte av information. Dessa var vanligast i de större kommunerna där läkarna uppgav antalet skolläkarkonferenser till en per termin, varvid medicinska frågor och vaccinationer var de ämnen som oftast diskuterades. Bland skolsköterskorna förekom konferenserna tätare och en tredjedel uppgav att de förekom minst en gång per månad. Två tredjedelar av skolsköterskorna uppgav att även skolläkaren tämligen regelbundet deltog i deras konferenser.

Såväl skolläkare som skolsköterskor ansåg att de väsentligaste frågorna att ta upp vid gemensamma konferenser var medicinsk information och information till föräldrar och olika befattningshavare.

Samarbetet mellan skolläkare och skolsköterska fungerade tillfredsställande enligt de flesta skolsköterskor. De gånger samarbetet var bristfälligt, ansåg man tidsbrist för skolläkaren vara främsta orsaken. Hälften av skolsköterskorna var av den uppfattningen att de tillfredsställande hann vidarebefordra information från lärarna till skolläkaren. En fjärdedel av skolsköterskorna hann sällan diskutera elevärenden med skolläkaren och en tredjedel fick sällan eller aldrig någon medicinsk handledning av denne.

Tabell 10. Skolläkares och skolsköterskors bedömning av vilka frågor som är mycket väsentliga att ta upp på gemensamma konferenser. Frågorna rangordnade efter svarsprocenten för respektive alternativ.

Skolläkare	Procentandel	Rang	Skolsköterskor	Procentandel	Rang
Medicinsk information	50	1	Medicinsk information	80	1
Information till föräldrar och befattningshavare inom skolan	36	2	Planering och samordning av skolhälsovården i kommunen	63	2
Rutiner vid olika arbetsuppgifter	34	3	Information till föräldrar och befattningshavare inom skolan	60	3
Organisationsfrågor	32	4	Diskussioner ang tolkningar av anvisningar för skolhälsovården	58	4
Fortbildning genom t.ex. gästföreläsare	32		Forbildningsfrågor	55	5
Referat från möten eller kurser	22	5	Vaccinationer	45	6
			Gränsdragning mellan hälso- och sjukvård	39	7
			Årskursundersökningar	27	8
			Förberedelser för läkarundersökning	21	9
			Rekvision av medicinskt material	20	10

3.2.2 Kontakter mellan skolhälsovårdspersonal och övriga befattningshavare i skolan

Skolläkarna och skolsköterskorna fick ange i vilken utsträckning ("Sällan, Ibland, Ofta") de hade behov av att ta kontakt med olika befattningshavare i skolan. Andelen svar på alternativen "Ofta" och "Ibland" framgår av figur 3.

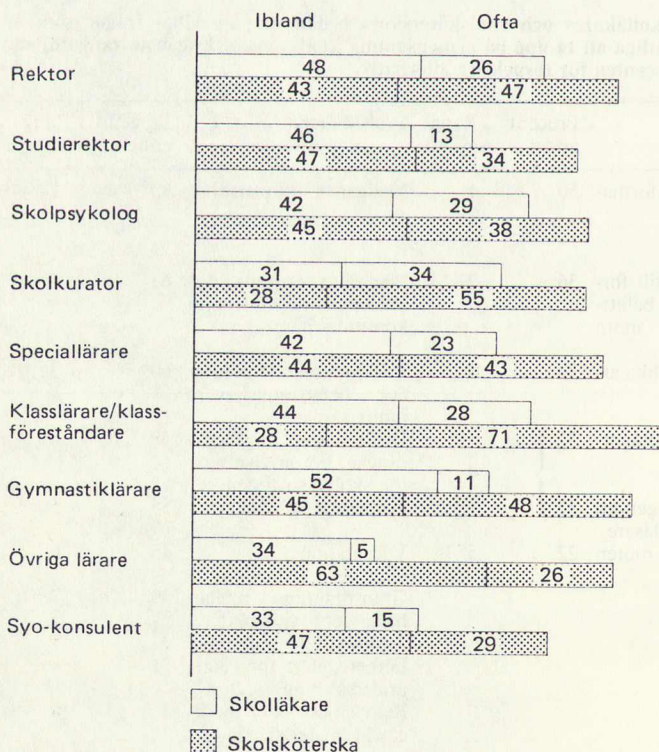
Fler skolsköterskor än skolläkare hade behov av att ofta ta kontakt med annan skolpersonal. Skolsköterskorna hade i första hand ofta behov av att ta kontakt med klasslärarna/klassföreståndarna medan skolläkarna på motsvarande fråga uppgav att de ofta främst behövde kontakt med skolkuratorn.

Skolhälsovårdspersonalens tid och möjligheter att få tillfredsställande kontakt med övriga befattningshavare illustreras i figur 4.

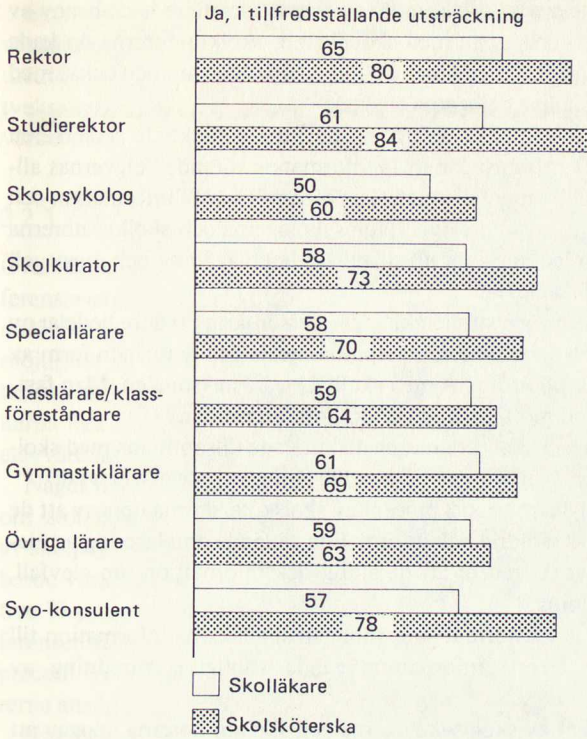
Hälften eller mer av såväl skolläkare som skolsköterskor ansåg att de hade tid och möjlighet att kontakta andra befattningshavare i skolan i önskad utsträckning.

Skolläkarna uppgav störst behov av att ofta ta kontakt med skolkuratorn, därefter med skolpsykologen och klasslärarna/klassföreståndarna (Se figur 3). Skolpsykologen var dock den befattningshavare man i minst utsträckning hade tillfredsställande kontakt med.

Skolsköterskorna hade i första hand behov av att ofta ta kontakt med klasslärare/klassföreståndare och därefter med skolkurator (Se figur 3). 64



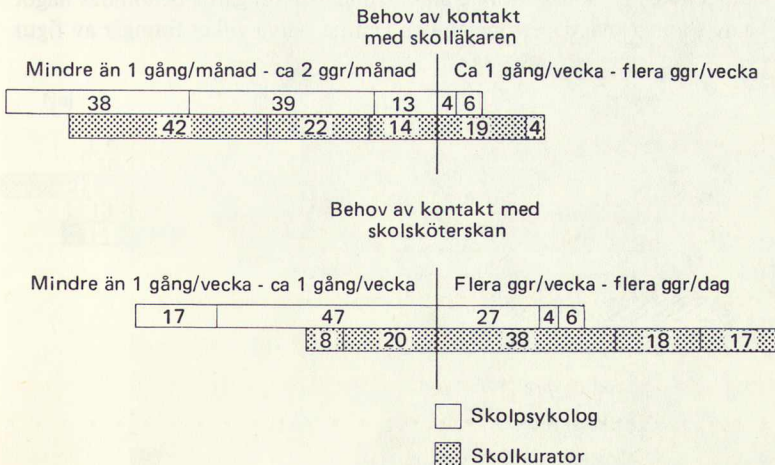
Figur 3 Skolläkarnas och skolsköterskornas uppfattning om i vilken utsträckning de hade behov av att ta kontakt med andra befattningshavare i skolan. Procentuell fördelning på svarsalternativen "Ibland" och "Ofta".



Figur 4 Skolläkarnas och skolsköterskornas svar på huruvida de i önskad utsträckning hade tid och möjlighet att ta kontakt med andra befattningshavare i skolan. Procentandel som svarat "Ja, i tillfredsställande utsträckning".

och 73 procent av skolsköterskorna hade tillfredsställande kontakt med klasslärare/klassföreståndare respektive skolkurator.

Övriga tillfrågade befattningshavare i skolan fick i sina enkäter likaledes uppgi i vilken utsträckning de önskade kontakt med skolläkaren respektive skolsköterskan. Allmänt uttrycktes ett större behov av kontakter med skolsköterskan än med skolläkaren. Skolpsykologernas och skolkuratorernas svar illustreras i figur 5.



Figur 5 Skolpsykologernas och skolkuratorernas uppfattning om hur ofta de hade behov av att ta kontakt med skolläkaren respektive skolsköterskan. Procentuell fördelning på samtliga svarsalternativ.

Såväl skolpsykologer som skolkuratorer ansåg att de oftare hade behov av kontakt med skolsköterskan än med skolläkaren. Skolkuratorerna önskade emellertid tätare kontakter med i första hand skolsköterskan men också med skolläkaren än vad skolpsykologerna önskade.

Anledningen till att de olika befattningshavarna kontaktade skolläkaren och skolsköterskan var främst för att få information rörande "elevernas allmänna hälsotillstånd", "mentalhygieniska problem" samt "information och råd vid behandling av enskild elev". Skolpsykologerna och skolkuratorerna uppgav även som anledning "för att diskutera handläggning och eventuell behandling av enskilda elevfall".

Hälften av rektorerna och studierektorerna och omkring två tredjedelar av skolpsykologerna och skolkuratorerna uppgav att de deltog i någon form av gemensam planering tillsammans med skolhälsovårdspersonalen. Man fastställde då i första hand mottagningstider och konferenstider.

Skolpsykologerna och skolkuratorerna diskuterade tillsammans med skolhälsovårdspersonalen även rutiner vid handläggning av speciella elevfall.

16 procent av skolläkarna och 8 procent av skolsköterskorna uppgav att de från rektor/studierektor aldrig fick information gällande omplacering av elever och 12 respektive 5 procent att de aldrig fick information om elevfall, som var under utredning.

Skolsköterskorna gav i större utsträckning än skolläkarna information till rektor/studierektor. Denna information gällde vanligtvis utredning av enskilda elever.

Omkring 60 procent av skolpsykologerna och skolkuratorerna uppgav att de fick tillräcklig information i fråga om sådant som framkom vid årskursundersökningarna.

73 procent av både skolläkarna och skolsköterskorna uppgav att de kallade klasslärarna/klassföreståndarna till information i samband med årskursundersökningarna. Endast 27 procent av lärarna uppgav att de kallades, vilket troligen beror på att man bara kallar lärarna när det gäller de lägre årskursernas hälsoundersökningar.

I årskurs 1 var enligt skolhälsovårdspersonalen drygt 70 procent av lärarna närvarande. Lärarnas närvarofrekvens sjunker emellertid för varje årskurs.

Värdet av lärarnas närvaro vid årskursundersökningarna bedömdes något olika av skolhälsovårdspersonalen och lärarna själva vilket framgår av figur 6.



Figur 6 Skolläkarnas, skolsköterskornas och lärarnas bedömning av huruvida lärarnas närvaro vid årskursundersökningarna var värdefull eller ej. Procentuell fördelning på de extrema svarsalternativen "Nej" och "Ja".

Skolhälsovårdspersonalen och då i första hand läkarna bedömde det som värdefullt att lärarna var närvarande vid årskursundersökningarna i högre utsträckning än lärarna själva. En dryg tredjedel av lärarna var emellertid tveksamma till att deras närvaro vid årskursundersökningarna skulle vara värdefull.

3.2.3 Elevvårdskonferenserna

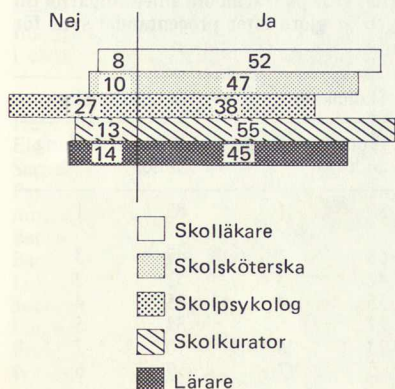
Övervägande delen av skolläkarna (64 procent) kallades ej till elevvårdskonferenserna och 8 procent av skolsköterskorna kallades sällan eller aldrig. Av de läkare som blev kallade hade knappt hälften (45 procent) sällan eller aldrig möjlighet att närvara, medan 90 procent av de kallade skolsköterskorna alltid var närvarande. 7 procent av skolsköterskorna och 13 procent av skolläkarna fick sällan eller aldrig information om vad som skulle avhandlas vid elevvårdskonferensen.

Något mindre än hälften av rektorerna tyckte att det skulle vara värdefullt om skolläkaren vore närvarande på flertalet elevvårdskonferenser. 9 procent av skolpsykologerna och 16 procent av skolkuratorerna ansåg att skolläkarna borde vara närvarande vid samtliga elevvårdskonferenser medan 88 respektive 79 procent tyckte att skolläkaren borde vara närvarande på sådana konferenser där det krävs medicinsk och social-medicinsk kunskap. Omkring 90 procent av skolpsykologerna, skolkuratorerna och rektorerna/studierektorerna ansåg att skolsköterskan alltid borde närvara vid elevvårdskonferenser.

Nästan samtliga rektorer ansåg att skolsköterskan gav elevvårdskonferensen värdefulla upplysningar som ledde till lämpliga åtgärder för enskilda elever.

Skolpsykologerna ansåg i något mindre utsträckning (65 procent) än skolkuratorerna (82 procent) att de fick den medicinska information de behövde för att man vid elevvårdskonferensen skulle komma fram till lämpliga åtgärder för eleven.

På frågan om man ansåg att elevvårdsfallen respektive besluten vid elevvårdskonferenserna följdes upp i tillfredsställande utsträckning fördelade sig svaren på alternativen "Ja" respektive "Nej" enligt figur 7.



Figur 7 Samtliga tillfrågade befattningshavares inställning till huruvida elevvårdsfallen respektive besluten vid elevvårdskonferenserna följdes upp tillfredsställande. Procentuell fördelning på de extrema svarsalternativen "Nej" och "Ja".

Ungefär hälften av samtliga tillfrågade befattningshavare tyckte att uppföljningen var tillfredsställande. 27 procent av skolpsykologerna svarade dock "Nej" på frågan.

3.2.4 *Kontakter mellan elever/föräldrar och skolhälsovårdspersonalen*

Det är endast vid årskursundersökningarna i grundskolans första årskurs som föräldrarna kallas i någon större utsträckning.

Totalt uppgav 70 procent av skolläkarna att föräldrarna alltid kallades till denna årskursundersökning. Drygt hälften av skolläkarna och skolsköterskorna uppgav att de flesta föräldrarna också var närvarande vid årskursundersökningen under elevernas första skolår.

Ju yngre barnen var desto oftare tog föräldrarna kontakt med skolhälsovårdspersonalen. Procentuellt fler skolsköterskor i Göteborg än i övriga kommungrupper uppgav att föräldrarna ofta tog kontakt med dem.

De vanligaste anledningarna till att föräldrarna tog kontakt med skolhälsovårdspersonalen var för att få upplysning om eller behandling för sina barn vid akut sjukdom.

Skolsköterskorna hade i första hand behov av kontakt med föräldrarna till barnen på lågstadiet, men omkring hälften ansåg att de också ofta behövde ta kontakt med föräldrar till elever på mellan- och högstadierna. Endast en tredjedel tyckte dock att tiden räckte till för dessa föräldrakontakter.

Skolläkarna och skolsköterskorna angav olika anledningar till att eleverna uppsökte dem på deras mottagningstid. Dessa har rangordnats och redovisas i tabell 11.

Den vanligaste anledningen till att eleverna tog kontakt med skolläkare och/eller skolsköterska var för behandling av akut sjukdom. I detta sammanhang kan också nämnas att tre fjärdedelar av skolsköterskorna ansåg att eleverna på högstadiet ofta sökte dem på grund av mental-hygieniska problem. Motsvarande andelar för låg- och mellanstadiet eleverna var 11 respektive 22 procent. Skolsköterskorna i Göteborg ansåg i betydligt större utsträckning än man gjorde i övriga kommungrupper att mentalhygieniska

Tabell 11. Skolläkarnas och skolsköterskornas svar på frågan om anledningarna till att eleverna kontaktade dem. Rangordningen är gjord efter procentandel svar för varje alternativ.

Anledning till att eleverna tar kontakt	Skolläkare		Skolsköterska	
	Procentandel	Rang	Procentandel	Rang
För behandling av akut sjukdom	80	1	83	1
För efterkontroll av tidigare vidtagna åtgärder	58	2	47	3
För rådgivning i medicinska frågor	42	3	52	2
För hälsokontroll	35	4	35	4
För mental-hygienisk rådgivning	27	5	33	5
För vaccinering	23	6	10	7
För rådgivning i allmänna hälsofrågor	5	7	19	6

problem var anledning till elevbesök och majoriteten av skolsköterskorna i Göteborg uppgav också att de ofta hade besök av elever från högstadiet på grund av denna anledning. Motsvarande andelar för elever på låg- respektive mellanstadierna var i Göteborg 39 och 56 procent.

Antal besök p. g. a. mentalhygieniska problem har ökat under senare år på samtliga stadier enligt skolsköterskorna. Endast 12 procent ansåg sig hinna tala med eleverna om deras problem i den utsträckning eleverna hade behov av.

3.2.5 Kontakter med grupper och institutioner i eller utanför skolan

Till skolhälsovårdspersonalen samt skolpsykologer och skolkuratorer ställdes frågan hur värdefullt man ansåg det vara att ha god kontakt med olika grupper och institutioner i eller utanför skolan. Befattningshavarna uppgav de grupper och institutioner som det var "mycket värdefullt" att ha god kontakt med och svarsprocenten redovisas i tabell 12¹.

Kontakten med PBU bedömdes i stor utsträckning som mycket värdefull av samtliga befattningshavare. En jämförelsevis stor andel av skolläkarna och skolsköterskorna ansåg det som mycket värdefullt att hålla god kontakt även med barnsjukvården och lokala sjukvårdsinrättningar, medan skolpsykologerna värderade kontakten med förskolan särskilt högt. Tidsresurserna för skolhälsovårdspersonalen var dock knappa och tre fjärdedelar av skolläkarna samt en tredjedel av skolsköterskorna ansåg att tiden inte räckte till för kontakter i den utsträckning de skulle önska.

3.2.6 Sekretess och tystnadsplikt

Mer än 90 procent av skolläkarna och skolsköterskorna ansåg att förvaring och behandling av hälsokorten sköttes på ett tillfredsställande sätt. Hälften av skolsköterskorna tyckte att man vid elevvårdskonferensen hade möjlighet att ge tillräcklig information trots tystnadsplikten. 65 procent av skolpsykologerna och 82 procent av skolkuratorerna uppgav också, vilket tidigare

¹ Procenttalen för skolläkare och skolsköterska är beräknade på samtliga som besvarat enkäten. Procenttalen för skolpsykologer och skolkuratorer är beräknade på antal befattningshavare som uppgett att respektive institution eller grupp förekommer på skolan eller i kommunen. Se vidare särskild tabellbilaga.

Tabell 12. Olika befattningshavares åsikt om vilka institutioner eller grupper i eller utanför skolan som det är mycket värdefullt att ha god kontakt med. Procenttal

Institution eller grupp i eller utanför skolan	Mycket värdefullt			
	Skolläk	Skolsköt	Skolpsyk	Skolkur
Hem och Skola föreningen	16	14	8	26
Elevrådet	6	14	11	41
Samarbetsnämnden	3	15	4	27
Psykiska barn- och ungdomsrådgivningsbyrån (PBU)	44	64	75	73
Barnvårdscentralen (BVC)	29	43	22	6
Barnsjukvården	48	55	—	—
Lokala sjukvårdsinrättningar	41	71	9	7
Sociala centralnämnden	18	36	44	71
Förskolan	22	33	85	29
Fritidsverksamheten	—	—	30	48
Polisen	5	11	3	18

redovisats, att de vid elevvårdskonferenser erhöll den medicinska information som behövdes för att man där skulle kunna föreslå lämpliga åtgärder. Däremot uppgav 36 procent av lärarna att skolläkarens och skolsköterskans tystnadsplikt lade hinder i vägen för att de skulle få den information de var i behov av vid elevvårdskonferenserna.

Informationsproblem på grund av tystnadsplikten uppstår enligt skolläkarna endast i enstaka fall vid kommunikation med andra befattningshavare samt då kontakt behöver tas med föräldrar men eleven motsatt sig sådan kontakt.

3.2.7 Skolhälsovårdspersonalens syn på sina arbetsuppgifter och anställningsförhållanden

De arbetsuppgifter som finns i de nuvarande anvisningarna för skolläkare och skolsköterskor, bedömdes av dessa befattningshavare ur två aspekter, dels om de ansåg respektive arbetsuppgift viktig, dels om de tillfredsställande hann täcka den. En jämförelse mellan hur stor procentandel av skolläkarna och skolsköterskorna som ansåg respektive arbetsuppgift viktig samt den andel som tillfredsställande hann täcka denna redovisas i tabellerna 13 och 14.

Tabellerna visar att de arbetsuppgifter som av flertalet skolläkare och skolsköterskor betraktades som viktiga inte täcktes tillfredsställande i motsvarande utsträckning. Att undersöka och följa upp kontrollelever har ansetts som en viktig arbetsuppgift av nästan samtliga läkare (94 procent). Endast tre fjärdedelar ansåg emellertid att denna arbetsuppgift kunde genomföras tillfredsställande. Att ge vårdhänvisning och lämna råd och anvisning för behandling ansåg 91 procent vara en viktig uppgift men bara 69 procent tyckte att den täcktes tillfredsställande. Endast en dryg tredjedel av skolläkarna hann i tillfredsställande utsträckning lämna rektorer, lärare och föräldrar råd rörande elev med påfallande psykisk särart eller andra svårigheter samt avge utlåtande om sådan elev.

Samtliga skolsköterskor ansåg att den viktigaste uppgiften var att hänvisa elever med påfallande psykisk särart, klena elever, sjuka eller sjukdomshotade elever till läkare. Vid en jämförelse mellan arbetsuppgifterna med avseende på om skolsköterskorna hann täcka dessa tillfredsställande kom denna arbetsuppgift först på åttonde plats.

Enligt läkarnas egna uppfattning skulle, om resurserna ökades, arbetsuppgifterna även kunna innefatta undervisning och upplysning rörande alkohol, narkotika och tobak, sexualfrågor samt kost och motion. Lärarna önskade att skolläkarna och skolsköterskorna deltog i undervisningen främst när det gällde information om alkohol, narkotika och tobak samt hygien.

Många skolläkare önskade också bedriva sjukvård i den utsträckning som vederbörandes utbildning och skolans hälsovårdsmottagning tillät. Mer än hälften av skolläkarna ansåg det värdefullt att kunna bedriva sjukvård för eleverna. Denna sjukvård bör enligt tre fjärdedelar av läkarna bedrivas på skolhälsovårdsmottagningen och enligt en fjärdedel på distriktsläkarmottagningen. Hälften av skolläkarna bedrev redan sjukvård i "stor" eller "ganska stor" utsträckning. Denna sjukvård skedde vanligtvis på skolhälsovårdsmottagningen men i viss utsträckning även på distriktsmottagningen.

Tabell 13. En jämförelse mellan den procentandel läkare som bedömt varje arbetsuppgift som "viktig" respektive den andel som ansåg sig "tillfredsställede" hinna med denna. Rangordningen av arbetsuppgifterna är gjord efter procentandel läkare som markerat respektive svarsalternativen "viktig" och "täcks tillfredsställede".

Arbetsuppgifter enl. anvisningar för skolläkare	Procentandel läkare som be- dömde arbets- uppgiften som "viktig"	Rang	Procentandel läkare som "tillfredsstäl- lande" ansåg sig hinna med arbets- uppgiften	Rang
Undersöka och följa upp kontrollelever	94	1	74	5
Ge vårdhänvisning och lämna råd och anvisningar för behandling	91	2	69	8
I samarbete med skolsköterskan planlägga och organisera den hälsovårdande verksamheten	90	3	70	7
Tillse att hälsokort förs för varje elev i skolan och att de förvaras på betryggande sätt	89	4	91	
Genomföra föreskrivna vaccinationer	86	5	91	1
Lämna rektor, lärare och föräldrar råd rörande elev med påfallande psykisk särart eller andra svårigheter samt avge utlåtande ang sådana elever	85	6	39	14
Hålla regelbundet återkommande möttagningar	82	7	73	6
Vidtaga erforderliga åtgärder till förebyggande och hindrande av smittsam sjukdom	82		59	10
Begära upplysningar från sjukhus, läkare och föräldrar om elev som antas lida av smittsam sjukdom	72	9	58	11
Ge medicinsk yrkesvägledning	65	10	89	3
Genomföra föreskrivna undersökningar	66	11	33	16
Ta kännedom om skolans gymnastikundervisning, meddela hel- eller delvis befrielse från gymnastikundervisningen	60	12	54	12
Besiktiga skolanläggningarna en gång om året och lämna skolstyrelsen råd i hygieniskt avseende rörande skolanläggningarna	52	13	46	13
Avge årsberättelse över verksamheten	46	14	69	8
På kallelse av rektor delta i kollegier och konferenser	45	15	12	18
Avge av skolstyrelsen begärt yttrande angående skolbyggnadsfrågor	41	16	35	15
Införa läkarintyg i arbetsbok för elev	39	17	77	4
Undersöka skolmåltidspersonalen varje läsår	37	18	26	17

De sjukvårdande åtgärder som skolläkarna kunde vidtaga var framför allt förskrivning av läkemedel (89 procent) och efterkontroller av blodvärde och sänka (73 procent).

Av rektorerna tyckte 62 procent att det vore önskvärt att skolläkarna och skolsköterskorna bedrev viss sjukvård för eleverna. Så gott som samtliga rektorer hade uppfattningen att skolhälsovårdsmottagningen bör vara lokaliserad till skolan och 90 procent menade att det skulle uppkomma olägenheter om en eventuell elevsjukvård medförde att skolhälsovårdsmottagningen placerades på en öppenvårdsmottagning utanför skolan.

Tabell 14. En jämförelse mellan den procentandel skolsköterskor som bedömt varje arbetsuppgift som "viktig" respektive den andel som ansåg sig "tillfredsställande" hinna med denna. Rangordningen av arbetsuppgifterna är gjord efter procentandel skolsköterskor som markerat svarsalternativen "viktig" respektive "täcks tillfredsställande".

Arbetsuppgifter enl. anvisningar för skolsköterskan	Procentandel skol- sköterskor som be- dömde arbetsuppgif- ten som "viktig"	Rang	Procentandel skol- sköterskor som "tillfredsställan- de" ansåg sig hin- na med arbetsuppgift- en	Rang
Hänvisa elever med påfallande psykisk särart, klena elever, sjuka eller sjukdoms- hotade elever till läkare	99	1	74	8
Meddela föräldrar iakttagelser vid läkar- undersökning och med anledning därav föreslagna åtgärder	96		83	5
Förbereda och biträda skolläkarens klass- undersökningar och regelbundet åter- kommande skolmottagningar	96	2	89	2
Medverka till att eleverna erhåller och erbjuds vaccinationer	95	4	89	
Lämna tillfällig hjälp och vårdhänvisning vid olycksfall och plötslig sjukdom	94	5	81	6
Vidtaga tillämpliga åtgärder för hind- rande av smittsam sjukdom	93	6	67	9
Förvara och arkivera hälsokort på betryg- gande sätt	91	7	92	1
Ge vederbörande lärare motsvarande uppgifter om iakttagelser vid läkar- undersökning	90	8	77	7
Utreda hem- och skolmiljön för elever med påfallande psykisk särart, klena elever och sjuka eller sjukdomshotade elever och ägna uppmärksamhet åt att givna råd följs	85	9	24	14
Vid behov, för inhämtande av upplys- ningar och avgivande av råd i hälsovår- dande syfte, göra hembesök	83	10	36	13
Deltaga i klasskonferenser och kollegie- sammanträden	80	11	67	9
Förmedla behövlig kontakt mellan sko- lan och samhällets organ på de medicinska och socialmedicinska områdena	79	12	45	11
Medverka vid utarbetandet av årsberät- telse	72	13	88	4
Ägna uppmärksamhet åt skollokaler- nas hygien och meddela skolläkare och rektor gjorda iakttagelser	63	14	38	12

65 procent av skolläkarna upplevde anställningsförhållandena som tillfredsställande. Hälften av skolläkarna tyckte sig inte heller ha några problem angående det delade huvudmannaskapet. En fjärdedel menade dock att ett delat huvudmannaskap inte var tillfredsställande.

När det gällde en eventuell förändring av arbetsuppgifterna för skolsköterskan ville tre fjärdedelar främst ha ökad tid för samtal med enskilda elever.

Upplysningsverksamhet och medverkan i undervisningen rörande hygieniska frågor såväl individuellt som i grupp skulle också kunna ingå i skolsköterskans arbetsuppgifter, enligt knappt hälften av skolsköterskorna.

Rutiner för remittering och vårdhänvisning fungerade tillfredsställande enligt de flesta. I de fall där det inte fungerat har det främst berott på långa väntetider vid klinikerna.

De flesta skolsköterskorna tyckte inte att arbetsbördan skulle underlättas om en skrivhjälp tog över en del av skrivbordsarbetet trots att 63 procent upplevde just detta arbete som "betungande" eller "mycket betungande".

Skolläkarna och skolsköterskorna fick även i två s. k. "öppna" frågor (utan givna svarsalternativ) ange vad de upplevde som mest negativt respektive mest positivt i skolhälsovårdsarbetet.

I svaren på dessa frågor framkom att det man upplevde som mest negativt var tidsbristen på grund av det stora elevantalet per skolläkare och skolsköterska. Detta går ut över framför allt de mentalhygieniska insatserna.

Bland såväl skolläkare som skolsköterskor var det inte ovanligt att man uttryckte missnöje med vissa arbetsuppgifter särskilt de av rutinkaraktär. Brist på och täta byten av skolläkare upplevdes också av många skolsköterskor som mycket negativt.

Kontakten med barn och ungdom, samarbetet med skolpersonalen, det hälsovårdande arbetet samt de kurativa och mentalhygieniska arbetsuppgifterna upplevdes som mest positivt av både skolläkare och skolsköterskor.

3.2.8 Vidareutbildning och fortbildning av skolhälsovårdspersonalen

Läkarna uppgav att den lämpligaste specialistutbildningen för skolläkare var allmänmedicin eller pediatrik (57 respektive 58 procent). En knapp tredjedel menade att psykiatri var en lämplig specialistutbildning. Ett behov av speciell fortbildning för skolläkare förelåg enligt många läkare. Önskemål om "särskild skolläkarutbildning innefattande utbildning om skolförhållanden" uppgavs av 70 procent och "utbildning i ungdomsmedicin" av 44 procent.

De flesta skolläkarna tyckte att regelbundet återkommande kurser för skolläkarna var den bästa formen för de heltidsanställda skolläkarna för att hålla kontakt med annan hälso- och sjukvård.

Samtliga skolsköterskor upplevde behov av fortbildning. Endast 3 procent ansåg dock att utbudet av kurser var tillfredsställande. Majoriteten av skolsköterskorna upplevde behov av fortbildning främst i medicinska frågor, men även kurser i pedagogik och psykologi samt faktakurser i t. ex. kost, hygien, preventivmedelsrådgivning och sexualupplysning önskades.

3.2.9 Allmänna synpunkter på skolhälsovårdens funktion samt förslag till förbättringar

Enligt 71 procent av rektorerna får skolans befattningshavare tillräcklig information om skolhälsovårdens organisation och funktion. Av lärarna har dock 58 procent svarat att de inte har tillräckliga kunskaper om skolhälsovården. Merparten lärare var nöjda med informationen angående årskursundersökningarna, medan man i mindre utsträckning var nöjd med informationen angående vaccinationer eller planerade hälsoundersökningar.

Enligt rektorerna och lärarna är skolhälsovårdens främsta funktion att vara förebyggande. Det var även den funktion som de flesta lärarna skulle önska prioriterades, om skolhälsovården fick ökade resurser. Rektorerna men även många lärare ville i detta fall prioritera de mental-hygieniska hälsovårdsinsatserna.

Enligt lärarna är skolläkarens främsta uppgift att undersöka och remittera medan skolsköterskan i första hand har en rådgivande funktion.

Mer än hälften av rektorerna och tre fjärdedelar av lärarna tyckte det vore önskvärt att viss sjukvård bedrevs för eleverna i skolan. Främsta fördelen med denna, enligt lärarna, var att det skulle innebära större trygghet för eleverna och dem själva.

Många befattningshavare har gett förslag till förbättringar av skolhälsovården. Ett slumpmässigt urval av dessa förslag från respektive kategori befattningshavare med uppdelning på kommundel finns ordagrant redovisat i delbetänkandet DsU 1976:3.

Förslagen har främst rört följande områden:

- anställnings- och tjänstgöringsförhållanden
- utbildning och fortbildning
- skolhälsovårdens utformning och innehåll
- samarbete inom elevvården och skolan

De flesta förslagen från samtliga befattningshavare har gällt skolsköterskornas och skolläkarnas anställnings- och tjänstgöringsförhållanden. Förslagen har huvudsakligen rört ökade tidsramar för såväl skolläkaren som skolsköterskan genom bl. a. sänkt elevantal. Fler del- eller heltidsanställda skolläkare har önskats och skolsköterskan har föreslagits vara tillgänglig i skolan dagligen. Skriv- eller extrahjälp för att underlätta det administrativa arbetet har också föreslagits som en förbättring av skolsköterskans arbetssituation.

Många förslag rörde utbildning, såväl grundutbildning för skolläkarna som fort- eller vidareutbildning för samtlig elevvårdspersonal. I förslagen från skolläkarna återkom ofta önskemål om en speciell grundutbildning för skolläkare med pediatrik och allmänmedicin som specialistutbildning. Grundutbildningen föreslogs även innehålla utbildning i barnpsykiatri, familjeterapi, grupp-psykologi och samtalsteknik.

Fortbildning av skolsköterskor och övriga elevvårdare, även lärare, har föreslagits av flera kategorier. Framför allt upplever skolsköterskorna, som förut nämnts, stort behov av fortbildning inom flera tidigare angivna områden men även för att få sådana kunskaper att man kan göra elementära kurativa insatser. Fortbildning av skolhälsovårdspersonalen tillsammans med skolpsykolog och skolkurator framkom som önskemål liksom fortbildning av lärare i ämnet elevvård.

Angående skolhälsovårdens utformning och innehåll framkom i flera förslag en önskan om en förskjutning av arbetsuppgifterna från somatiska rutinkontroller till en mera barnpsykiatriskt eller mentalhygieniskt hälsovårdande insats främst i förebyggande elevvårdssyfte. Man önskade också en bättre uppföljning av kontrollelever med såväl medicinska som psykiska sjukdomar eller problem. Förslagen har även gällt en viss samordning av hälso- och sjukvård inom skolan med bland annat regelbundna mottagningar i skolan och huvudvikten då lagd på sjukvård – i mindre omfatt-

ning även för skolans personal. Från lärarhåll har kommit förslag att skolhälsovårdspersonalen i större utsträckning än hittills borde ges ökade möjligheter att undervisa i klasserna över ämnet hälsovård – bl. a. sexologi, hygien, alkohol, narkotika och tobak. I något fall har t. o. m. obligatorisk undervisningsskyldighet i årskurserna 7 och 9 föreslagits för skolläkaren.

Några av förslagen har rört samarbetet såväl inom skolan och elevvården som med institutioner utanför skolan. Bättre samarbete mellan skolhälsovården och övrig elevvårdande personal respektive BVC och distriktsvården har också föreslagits. Från kuratorshåll har man önskat samma förutsättningar till naturliga kontakter med de elever man arbetar med som t. ex. skolsköterskorna och syo-konsulenterna har. Från lärarhåll föreslogs en bättre och utökad information till såväl elever och föräldrar som till skolans personal. Denna skulle omfatta olika undersökningar, hygien och föräldrakontakter.

I mängden av alla förslag till förbättringar av skolhälsovården var det dock ett som ideligen dök upp och kan illustreras med följande rader; ”Det kan inte nog understrykas att den viktigaste personen är skolsköterskan. Se till att hon får ordentligt med tid att ägna sig åt de elever, som spontant uppsöker henne.”

4 Aktuella utredningar m m inom eller med anknytning till skolhälsovården

4.1 Allmänt

Under de senaste åren har ett antal statliga utredningar arbetat med och framlagt förslag som berör samhällets barnomsorg i vid bemärkelse. I det följande lämnas en kortfattad redogörelse för de olika utredningsförslagen. Redogörelsen har begränsats till att omfatta de utredningar som mer påtagligt berör skolans elevvård och skolhälsovård.

4.2 Utredningen om skolans inre arbete (SIA)

Utredningen om skolans inre arbete (SIA) lade hösten 1974 fram huvudbetänkandet Skolans arbetsmiljö (SOU 1974:53). Häri betonades nödvändigheten av väsentliga strukturförändringar i skolans inre arbete, vilka skall ge skolan möjligheter att bättre svara mot aktuella och kommande krav. Enligt SIA-utredningen är det viktigt för skolan att få mer flexibla möjligheter att hjälpa elever med svårigheter. Det lokala intresset för och de lokala möjligheterna till att utveckla skolans inre arbete genom en probleminriktad resursanvändning måste ökas, förklarar utredningen.

I februari 1976 överlämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag i dessa frågor (prop 1975/76:39). Propositionen är för närvarande föremål för riksdagens behandling varför dess huvudsakliga innehåll redovisas helt kort.

Förslagen kan sammanfattas i följande punkter:

- Samlad skoldag. För de två första årskurserna bör skoldagen omfatta fem timmar och för övriga årskurser kan den omfatta sex till åtta timmar. Vikten av varvning mellan timplanebunden undervisning och annan verksamhet under skoldagen framhålls.
- Viss förändring av läroplanen. SÖ föreslås få i uppdrag att se över mellanstadiets timplan med avseende på innehåll och omfattning.
- Ökad kontakt skola-arbetsliv. Den praktiska yrkesorienteringen bör förnyas genom förlängning och breddning av verksamheten. 1.
- Nya arbetssätt och arbetsformer. Grundskolan bör i större utsträckning tillämpa det arbetssätt och de arbetsformer som under senare år har börjat användas inom förskolan. Undervisningen bör också mer anpassas till eleverna och deras förutsättningar. Särskild vikt bör läggas vid färdighetsträningen.

- Fritidsverksamhet i anslutning till skoldagen. Ökat samarbete med föreningslivet föreslås, liksom också en ökad samordning med fritidshemmen.
- Friare resursanvändning. Ett nytt statsbidragssystem föreslås, vilket innebär att skolstyrelsen dels får en basresurs som beräknas efter antalet klasser i skolenheten, dels en förstärkningsresurs. Denna beräknas efter antalet elever i kommunen och fördelas av skolstyrelsen.
- Nya beslutsformer inom skolan. I propositionen betonas vikten av en ökad decentralisering av beslutsfattandet i skolfrågor. Eleverna bör i ökad omfattning få deltaga i planering och genomförande av undervisningen. Frågan om skolornas lokala ledning bör utredas ytterligare liksom också frågan om förtroendevaldas inflytande över skolans verksamhet.
- En omfattande fortbildning och information till skolans anställda föreslås.

4.3 Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågorna i undervisnings- och upplysningsarbetet (USSU)

USSU framlade 1974 sitt slutbetänkande om sexual- och samlevnadsfrågorna (SOU 1974:59). Betänkandet innehåller bl. a. förslag till mål och riktlinjer för sexual- och samlevnadsundervisningen i skolan samt ett förslag till lärarhandledning i sexualundervisning.

De mål och riktlinjer som USSU föreslår innebär enligt utredningen att undervisningen kommer att omfatta tre huvudområden:

- Sexualanatomi och sexulfysiologi
- Sexuallivet i dess olika yttringar
- Samlevnadsfrågor som har att göra med känslor, relationer, värderingar, normer och samhällsförhållanden.

USSU framhåller att den starka betoningen av samlevnadsfrågorna innebär ökade uppgifter för ämnena samhällskunskap, religionskunskap, hemkunskap, barnkunskap och svenska.

USSU framhåller också att alla elever bör underrättas om de möjligheter till individuell rådgivning i sexual- och samlevnadsfrågor som finns inom och utom skolan på orten. Utredningen uttalar sin tillfredsställelse över att särskilda rådgivningsbyråer för ungdom upprättas på allt fler orter, och nämner särskilt den organisationsmodell som tillämpas i Borlänge.

En utökning av skolläkarnas uppgifter så att han eller hon fyller en väsentlig del av behovet av rådgivning i sexual- och samlevnadsfrågor har inte av USSU bedömts som realistisk. Det skulle kräva en förändrad grundprincip för skolläkarnas verksamhet, ökad grundutbildning och fortbildning samt en betydande ökning av deras tjänstgöring och därmed även ökning av antalet skolläkare.

En oumbärlig person för ungdomarna utgör emellertid skolsköterskan. Utredningen framhåller att skolsköterskan i stor utsträckning och sedan länge tillvunnit sig elevernas förtroende även när det gäller behovet av att tala med någon om sexual- och samlevnadsfrågor. Det förekommer också, menar USSU, att skolsköterskan deltar i sexualundervisningen, företrädesvis

när undervisningen omfattar menstruationshygien och preventivmedel.

USSU betonar att det är allmänt erkänt att skolsköterskorna på det här aktuella området gör en viktig insats av betydelse för många elever. Denna ordning bör enligt USSU:s mening bestå och inte rubbas av den utveckling i fråga om rådgivning utanför skolan som äger rum och som även bör främjas. Eleverna behöver någon inom sin egen skola som de kan vända sig till utan föregående tidsbeställning.

Regeringen uppdrog 1975-12-18 åt skolöverstyrelsen att, med beaktande av utredningens betänkande, inkomna synpunkter över detsamma samt att med ledning av en inom utbildningsdepartementet upprättad promemoria, utforma mål och riktlinjer för samlevnadsundervisningen i grundskolan och gymnasieskolan samt lärarhandledning för denna.

4.4 Socialutredningen

Socialutredningen presenterade i juni 1974 principbetänkandet Socialvården – mål och medel (SOU 1974:39). Betänkandet behandlar de principiella målfrågorna samt medel för att förverkliga målen. Utredningen skisserar en kommunal socialvård som har ett övergripande primärt ansvar för den sociala välfärden.

Sociala problem har ofta samband med den grundläggande samhällsstrukturen och med den allmänna samhällsutvecklingen, framhåller socialutredningen. Socialvården måste därför medverka i samhällsplaneringen.

Socialvården har ett förebyggande syfte som främst uppnås genom uppsökande verksamhet och rådgivning samt genom påverkan av yttre förutsättningar.

För att påverka miljöer och mekanismer som tenderar att stöta ut människor med sociala problem rekommenderar utredningen bl. a.

- stöd till olika organisatioer,
- fritidsverksamhet,
- stöd till ungdomsgrupper i riskzon,
- samarbete med bl. a. skolan i syfte att skapa större förståelse och socialt ansvarstagande för människor med sociala problem.

Socialutredningen framhöll vidare att flera undersökningar har redovisat behov av ökade elevvårdsinsatser i skolan. Ungdomarnas svårigheter kommer inte till uttryck uteslutande i skolmiljön. Problemen visar sig i betydande utsträckning också under fritiden i form av exempelvis missbruk av beroendeframkallande medel, lagstridigt beteende etc. Skolans elevvård måste därför betraktas som en del av kommunens totala barna- och ungdomsvård. Oavsett vem som har det primära ansvaret finns ett ömsesidigt behov av samarbete, vilket bl. a. bör syfta till att åstadkomma helhetspräglade bedömningar och lösningar.

Socialutredningen bedömde det som väsentligt att skolan i det dagliga, löpande arbetet har tillgång till social expertis. Dessa personer måste betraktas som naturliga medarbetare i skolans arbete. Detta förutsätter att huvuddelen av deras tjänstgöring förläggs till skolan. En sådan inordning av funktionen framstår således som nödvändig även i fortsättningen, oavsett vilket kom-

munalt organ som får till uppgift att tillhandahålla erforderliga resurser. Utredningen ansåg inte att de kunde ta ställning till den organisatoriska anknytningen av skolans socialkurativa personal. Denna anknytning hänger i hög grad samman med skolans arbetsformer och organisation, frågor, som vid tiden för socialutredningens överlämnande var föremål för övervägande inom SIA. Principiellt ansåg dock utredningen att samarbetet mellan socialvården och skolan bör präglas av ett sådant ömsesidigt informationsutbyte att båda organisationerna kan handlägga gemensamma ärenden med tillgång till bästa möjliga faktaunderlag.

De sociala tjänsterna bör, framhöll utredningen vidare, medverka till att främja jämställdhet i samhället i fråga om materiell levnadsstandard och personliga utvecklingsbetingelser, och bör omfatta insatser inom bl. a. följande områden:

- stöd för barns omvårdnad och utveckling genom barnomsorg, social hemhjälp, rådgivning till föräldrar och fritidsverksamhet,
- åtgärder som främjar umgänge, aktivitet och samverkan genom fritidsgårdar och föreningsstöd.

Socialutredningen räknar med att vissa omhändertaganden utan den enskildes samtycke kommer att behövas i vissa undantagsfall.

- När det gäller barn bör omhändertagande kunna ske endast i de situationer då förhållandena innefattar risker för barnets liv eller hälsa.
- Omhändertaganden av ungdomar under 18 år skall kunna ske vid omfattande missbruk av beroendeframkallande medel eller allvarlig kriminalitet. Åtgärden bör bestå i ett kortvarigt omhändertagande.
- Omhändertagande av vuxna skall kunna ske när den enskilde till följd av missbruk av alkohol, narkotika eller därmed jämförbara tekniska preparat är i trängande behov av vård, och personen till följd av missbruket antas vara ur stånd att själv bedöma sitt vårdbehov.
- Beslut om omhändertaganden skall i fråga om ungdom och vuxna omfatta högst tre månader.

4.5 Barnstugeutredningen

Barnstugeutredningen framlade 1972 förslag om förskoleverksamhetens utbyggnad organisation och innehåll.

I den därpå följande propositionen om förskoleverksamhetens utbyggnad och organisation (prop 1973:136) anförde departementschefen bland annat: "Enligt barnstugeutredningens uppfattning bör landstingens barnavårdscentraler svara för den fysiska hälsovården vid förskolorna. Utredningen konstaterar att barnavårdscentralerna redan idag har ansvar för hälsovården även för barn som är inskrivna vid förskolan. Både landstingsförbundet och kommunförbundet har ställt sig positiva till utredningens förslag. Det torde därför finnas goda förutsättningar att nå en tillfredsställande lösning av denna fråga".

4.6 Studerandehälsovårdsutredningen

Studerandehälsovårdsutredningen framlade 1975 betänkandet Framtida studerandehälsovård (SOU 1975:7) vilket innefattar förslag om hälsovården för postgymnasiala studerande.

Utredningen anser, att de riskmoment som finns i studiemiljön och som är klart relaterade till studiesituationen innebär att det även i fortsättningen finns ett otvetydligt behov av särskilda resurser för en studerandehälsovård. Denna hälsovård skall på längre sikt få en i jämförelse med nuvarande förhållanden mer utpräglad hälsovårdande karaktär med kraftigt markerade inslag av sociala/kurativa insatser. Den offentliga hälso- och sjukvården förutsätts i takt med sina ökande resurser inom området helt överta ansvaret för täckande av de studerandes behov av såväl somatisk som psykiatrisk akut och icke akut sjukvård.

4.7 Barnomsorgsgruppen

Arbetsgruppen för samhällets barnomsorg (barnomsorgsgruppen) framlade i september 1975 betänkandet Samverkan i barnomsorgen (SOU 1975:87).

Utredningen slår fast att vuxensamhällets och hemmets inställning och sätt att bemöta barnet sätter beständiga spår i barnets framtida personlighet. Utredningen understryker alla barns rätt till en god uppväxtmiljö. En uppväxtmiljö som ger alla barn möjlighet att utvecklas till mångsidiga och självständiga personligheter, så att de i gemenskap med andra kan utforma sin tillvaro i enlighet med våra demokratiska mål.

Barnomsorgsgruppen framhåller vidare att mödravård, förlossningsvård och barnhälsovård idag försiggår helt eller delvis åtskilda vilket försvårar en önskad kontinuitet. En samordning av dessa verksamheter skulle bl. a. underlätta ett samarbete på fältet med andra samhällsorgan, menar utredningen. Den framhåller också att arbetet bör bedrivas som ett lagarbete mellan socialvård och mödra- och barnhälsovård. Ett arbetslag med flera yrkesområden representerade får en större bredd och kompetens än vad dagens uppdelade yrkesfunktioner ger möjlighet till.

Samarbete mellan socialvård och mödra- och barnhälsovård syftar till att genom förebyggande arbete stödja blivande föräldrar och barnfamiljer. Detta kan ske genom en uppsökande verksamhet för att förmedla det stöd samhället kan erbjuda. Ett huvudsyfte i detta arbete är att se till att barn som av fysiska, psykiska, sociala, språkliga eller andra skäl behöver särskilt stöd från samhällets sida får sina behov tillgodosedda.

Utredningen konstaterar vidare att ansvarsuppdelningen mellan socialvården och mödra- och barnhälsovården är formellt sett klar. Socialvården har ansvaret för det socialt förebyggande arbetet och mödra- och barnhälsovården för det medicinskt förebyggande arbetet. Samtidigt är det uppenbart att mödra- och barnhälsovården har betydelsefulla sociala inslag i sin verksamhet. För att kunna fullgöra dessa sociala uppgifter har mödra- och barnhälsovården behov av ett nära samarbete med socialvården. Socialvården å sin sida har behov av mödra- och barnhälsovårdens medicinska kunskaper

och erfarenhet i det sociala arbetet. Socialvården har också behov av att få använda mödra- och barnhälsovårdens personal som kontaktvägar till familjer som är i behov av stöd.

Skall dessa syften – från socialvårdens resp. mödra- och barnhälsovårdens sida – kunna förverkligas förutsätter det enligt barnomsorgsgruppens uppfattning ett nära samarbete i form av ett lagarbete mellan socialvård och mödra- och barnhälsovård. Ett nära samarbete dem emellan har också klart praktiska fördelar. Socialvården har ett behov av att få kontakt med alla barnfamiljer vid ett par eller flera tillfällen under förskoleåldern. Denna kontakt kan ske på olika sätt men ur föräldrarnas synpunkt måste det vara praktiskt om det sker i samarbete med mödra- och barnhälsovården.

4.8 Barnmiljöutredningen

Barnmiljöutredningen lade under hösten 1975 fram delbetänkandet Barnens livsmiljö (SOU 1975:30). Utredningens främsta och huvudsakliga slutsats är att det inte går att skapa en god livsmiljö för barnen utan att skapa ett rättvist och demokratiskt samhälle för alla. Ett mer rättvist och demokratiskt samhälle är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att förändra barnens levnadssituation. De förändringar som ett alternativt samhälle kräver måste utnyttjas på ett sätt som främjar barnens livsmiljö.

Utredningen tar i sitt betänkande upp några väsentliga områden, där konkreta samhällssatsningar skulle kunna erbjuda barnen bättre uppväxtbetingelser:

- Samhället måste kunna erbjuda båda föräldrarna möjligheten att kombinera förvärvsarbete och hemarbete. Uppmärksamhet bör inriktas från samhällets sida på de problem som uppstår när föräldrar inte hinner umgås med sina barn på grund av arbets- och restider.
- En god bostad borde vara en social rättighet. Bostadsområdet ska ha utrymme både för gemenskap och avskildhet och de boende, både barn och vuxna, ska kunna påverka sin miljö.
- Utomhusmiljöerna är viktiga för barnens utveckling.
- En kvalitativt god kommunal barnomsorg är ett viktigt medel att åstadkomma en utjämning av barnens uppväxtvillkor.
- Förskolan har en viktig roll att fylla för barnens utveckling och skall inte bara stå öppen för barn till förvärvsarbetande eller studerande föräldrar utan för alla under åtminstone någon del av dagen.
- Skolan fyller en viktig roll för barnen, men behöver förändras för att ge alla barn meningsfulla och engagerande erfarenheter.
- Ökade resurser bör ges till samhällssatsningar på alternativ till den kommersialiserade barnkulturen.

Utredningen föreslår att den kommunala sociala centralnämnden bör få ett sistahandsansvar för barnens totala situation. Sociala centralnämnden bör på kommunal nivå ges en stark ställning genom bl. a. lagstadgad roll som remissinstans i kommunens allmänna planering. Kommuner och landsting skulle dessutom kunna införa en särskild bevakning av barnens intressen inom varje nämnd genom att utse en tjänsteman som är särskilt

ansvarig för att dessa intressen tillvaratas.

Utredningen föreslår vidare att det även på regeringsnivå bör finnas en samordnande grupp, "barnmiljödelegation", som skulle bevaka barnens intressen.

Ur utredningen kan slutligen följande citeras: "Barnmiljöutredningen har visat att det inte går att bygga vattentäta skott mellan arbetsliv och familjeliv. Barnens välfärd måste skapas genom en totalsyn på deras behov och det samhälle som omger dem. Det finns egentligen inga barnfrågor, bara frågor om människor och hur de ordnar sitt liv för att alla – små och stora – skall ha det bra."

4.9 Folkhögskoleutredningen

Folkhögskoleutredningen lade våren 1976 fram betänkandet Folkhögskolan (SOU 1976:16). Utredningen anser att folkhögskolans mål i lika hög grad bör vara att främja deltagarnas personliga och sociala mål som att ge dem de kunskaper de behöver. Folkhögskolan föreslås tillgodose behov av bildning och utbildning hos enskilda grupper, grupper och organisationer och samhälle i den mån detta inte tillgodoses på annat sätt och om folkhögskolan har resurser för att genomföra utbildningen.

Utredningen föreslår att 18-årsgränser liksom hittills skall gälla för antagning till folkhögskolekurs med möjlighet för varje skola att anta ett begränsat antal elever som fyllt 16 år. Utredningen föreslår vidare att nuvarande kurslängd på vinterkurserna sänks från 21 till 15 veckor och att den nuvarande indelningen i vinter-, sommar- och ämneskurser slopas.

Utredningen konstaterar vidare att det visat sig att folkhögskolorna är beredda att göra en positiv insats för att ge de handikappade ett utbildningsalternativ som kan innebära många fördelar genom folkhögskolans speciella inriktning och dess internatkaraktär. I utredningens överväganden inbegrips därvid också de språkligt handikappade.

Utredningen behandlar inte hälsovården vid skolorna men tar upp frågan om skolkurativ verksamhet. Det konstateras att vid ungefär hälften av folkhögskolorna finns någon form av organiserad kuratorsverksamhet. Utredningen framhåller att främst under de långa kurserna finns ett stort behov av kurativ hjälp och föreslår att kuratorsresurs bör ställas till skolornas förfogande. Resursen skall kunna användas för att bekosta kurativa insatser av personer som är verksamma utom eller inom skolan.

4.10 Arbetsmiljöutredningen

Arbetsmiljöutredningen avgav i januari 1976 slutbetänkandet Arbetsmiljölag (SOU 1976:1). Utredningen konstaterar bl. a. att det alltjämt finns behov av särskilda skyddsregler för minderåriga i arbetslivet och att bestämmelser fordras för att ungdomar inte sysselsätts med göromål som inverkar negativt på deras hälsa och utveckling.

Utredningen föreslår att den allmänna regeln om minimiålder för anställning bör utformas så, att minderårig inte får anlitas för arbete före det

kalenderår som han/hon fyller 16 år och ej heller innan vederbörande fullgjort sin skolplikt. Utredningen finner det vidare lämpligt att skolungdomar i huvudsak får samma möjligheter som hittills att ta förvärvsarbete vid sidan av skolarbetet under terminerna och under ferierna. Undantag måste alltså kunna göras från den allmänna minimiåldersregeln. En undantagsreglering föreslås med sådant innehåll att den som ej fullgjort sin skolplikt men fyllt 13 år får utan särskild dispens sysselsättas i sådant lätt arbete som inte menligt inverkar på den minderåriges hälsa eller utveckling eller på hans skolgång. Föreskrifter om vilka slag av arbeten som omfattas av undantaget föreslås kunna meddelas av arbetarskyddsstyrelsen.

Utredningen föreslår vidare att arbetsmiljölagen skall innehålla bestämmelser om farligt arbete för minderåriga. Föreskrifter i detta avseende föreslås delegeras till arbetarskyddsstyrelsen.

För varje anställning av minderårig fordras arbetsbok med läkarintyg utom då arbetet är kortvarigt och medför ringa ansträngning. Arbetsmiljöutredningen har funnit att systemet med arbetsbok och läkarkontroll inte är möjligt att tillämpa i praktiken. Arbetsboken infördes också när den allmänna skolplikten var sex år och bara en mindre del av eleverna fortsatte sin skolutbildning. Den övervägande delen av ungdomarna gick ut i arbetslivet, i allmänhet vid 14 års ålder. Numera omfattas de av den allmänna skolplikten tills de fyllt 16 år och har därmed också tillgång till skolhälsovården. Utredningen anger att omkring 85 % av det totala antalet elever i grundskolans årskurs 9 fortsätter i någon gymnasial skolform och därigenom också har tillgång till hälsovård.¹ Mot denna bakgrund är det enligt utredningens mening inte rimligt att upprätthålla ett generellt system med särskilda årliga läkarundersökningar av minderåriga arbetstagare. Minderåriga anställda som går i skolan och vars anställning således avser eftermiddags- eller feriearbete bör kunna förutsättas få erforderlig tillsyn genom skolhälsovårdens försorg. Vad beträffar de minderåriga som går ut i arbetslivet direkt efter avslutad grundskola återstår endast omkring två år innan de uppnår den ålder då de inte längre är minderåriga. Många av dem omfattas därvid av företagshälsovård. För övrigt bör man även för denna tidsperiod till en del kunna förlita sig på att informationen från skolhälsovården till de minderåriga och deras föräldrar om eventuella brister i hälsotillståndet fungerat tillfredsställande, framhåller arbetsmiljöutredningen.

Det nuvarande kravet på arbetsbok är inte möjligt att upprätthålla vid åtskilliga arbeten som minderåriga utför. Särskilt vid feriearbete har det visat sig svårt att få gehör för kravet. Såväl i samband med arbete som minderåriga utför under skoltermin som vid feriearbete måste behovet av arbetsbok vara mycket litet med hänsyn bl. a. till den kontroll som skall ske via skolhälsovården. Väsentligen måste bestämmelserna om arbetsbok i dessa sammanhang te sig rent formella. Samtidigt ger de upphov till ett icke obetydligt merarbete för skolläkare, skolsköterskor m. fl..

Inte heller med avseende på de elever som går ut i arbetslivet direkt efter grundskolans slut kan det vara rationellt att behålla arbetsboken. De uppgifter som arbetsboken skall uppta om den minderåriges ålder o. d. finns numera tillgängliga på annat sätt. Behov finns inte heller av arbetsboken som kontrollinstrument för att minderårig fullgjort sin skolplikt, menar arbetsmiljöutredningen, som föreslår att arbetsboken slopas.

Utredningen anser också att elevers arbetsmiljö bör falla under arbets-

¹ Inför läsåret 1974/75 var det 79 procent av alla behöriga sökande som påbörjade gymnasieutbildning (Ur SÖ:s petita för budgetåret 1976/77).

miljölagen. Detta bör dock inte gälla eleverna i de lägre årskurserna i grundskolan utan i de åldrar där det kan vara aktuellt med förvärvsarbete dvs. från och med åk 7 i grundskolan. Arbetsmiljöutredningen förordar alltså att arbetsmiljölagen görs tillämplig på allt elevarbete, såväl teoretiskt som praktiskt, fr. o. m. grundskolans högstadium. Beträffande arbetsmiljölagens regler om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare konstaterar utredningen att det är betydelsefullt att eleverna redan i skolan vänjer sig vid att medverka i skyddsarbetet. Utredningen förutsätter därför att skolmyndigheterna meddelar anvisningar om samverkan på elevområdet som i möjlig utsträckning ansluter sig till arbetsmiljölagens regler.

4.11 Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet

Socialstyrelsen har i oktober 1975 redovisat ett principprogram rörande vårdstrukturen inom hälso- och sjukvården (Stencil 1975-10-02). Programmets tidsperspektiv är 10–15 år men socialstyrelsen framhåller att programmet vid lämpliga tidpunkter kommer att bli föremål för en samlad översyn och att en rullande revidering av detsamma kommer att göras.

Principprogrammet innebär i korthet att hälso- och sjukvården byggs upp på tre huvudelement, som benämns primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Vartdera av dessa har ansvar för en särskild del av sjukvården.

- Primärvården ansvarar primärt för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet betjäningssområde.
- Länssjukvårdens ansvar omfattar patienter med livshotande tillstånd och andra sjukdomstillstånd, vilka kräver tillgång till personella och tekniska resurser, som av olika skäl måste koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus inom varje sjukvårdsområde.
- Regionsjukvården ansvarar för det fåtal patienter, som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning, som är dyrbar eller svårskött.

Socialstyrelsen betonar att i skolhälsovård, studerandehälsovård etc. ingår bland flera komponenter också en medicinsk del. En naturlig följd av primärvårdens ansvar för hälsan hos alla innevånare i ett område oavsett ålder och verksamhet är därför, enligt socialstyrelsen, att den också bör svara för den medicinska delen av bl. a. skolhälsovården. I och med att uppgifter av detta slag tillföres primärvården vid sidan av sjukvårdsuppgiften får primärvården också en hälsopolitisk inriktning vilket är nödvändigt om den skall kunna påläggas ansvaret för hälsotillståndet hos befolkningen i primärvårdsområdet.

Socialstyrelsen menar också att det är önskvärt och också möjligt att för den övervägande delen av befolkningen organisera barnens hälso- och sjukvård med särskilda distriktsbarnläkare. Distriktsbarnläkaren knyter naturligt samman hälso- och sjukvård i alla dess former för barnen i ett visst område. Det framhålls att deras medverkan bör vara lika viktig i skolhälsovården, oavsett vem som är huvudman för verksamheten, samt att man under gynnsamma betingelser kan få en kontinuitet i hälsokontrollen av

de yngre åldersgrupperna. Vidare poängteras att en organisation med distriktsbarnläkare ger bättre förutsättningar för en fortsatt integrering av de handikappade barn som behöver särskild omsorg i förskola och grundskola.

I strukturmodellen till det redovisade programmet har stor tyngd lagts på primärvården bl. a. med avsikten att erbjuda en geografiskt lättillgänglig vård av god kvalitet. Detta har emellertid också skett till följd av insikten om nödvändigheten att samordna hälso- och sjukvården med den socialvård som bedrivs av primärkommunerna samt med skolans, arbetsvårdens och försäkringskassans verksamhet. Socialstyrelsen betonar också nödvändigheten av att sammanfatta och utvärdera den försöksverksamhet med samarbete mellan olika samhällsorgan inom socialsektorn, som pågår på många håll. Därigenom skulle möjligheter skapas för att utarbeta lämpliga modeller för samarbete mellan i första hand hälso- och sjukvården men också med t. ex. försäkringskassan, arbetsvården och skolans elevvård.

4.12 Tystnadspliktskommittén

Tystnadspliktskommittén (TK) har bl. a. haft i uppgift att klarlägga vilka tystnadsplikter för offentliga funktioner som gällde innan den nya regeringsformen trädde i kraft och att överväga i vilka hänseenden tystnadsplikt för dessa bör gälla i framtiden samt att utarbeta förslag till författningsbestämmelser på grundval av den nya regeringsformen. I sitt betänkande "Tystnadsplikt och yttrandefrihet" (SOU 1975:102) föreslår TK vissa regler som återverkar på tystnadspliktsreglerna också inom skolektorn.

TK:s förslag innebär att en i princip sammanhållen lag om tystnadsplikt för hela den offentliga sektorn skapas samtidigt som olika specialförfattningar alltjämt kommer att innehålla vissa regler om tystnadsplikt. Delvis hänger detta samman med att den föreslagna lagen om offentliga funktionärs tystnadsplikt (LOFT) i vissa avseenden har karaktär av ramlag. TK:s förslag baserar sig vidare på en uppdelning av bestämmelserna efter skyddsintressen, medan det nuvarande systemet med reglering i respektive specialförfattning snarare kan beskrivas som en uppdelning efter olika förvaltningsområden och verksamhetsgrenar, i den mån tystnadsplikten över huvud har reglerats.

Enligt TK:s mening är en tystnadspliktsbestämmelse för skolans elevvårdande verksamhet påkallad. Såväl skolpsykolog och skolkurator som lärare – särskilt klassföreståndare – får ofta del av ömtåliga personliga uppgifter om elevs eller dennes nära anhörigas förhållanden. Samarbete med de sociala nämnderna försvåras av att man inte kan räkna med samma tystnadsplikt på ömse sidor. Uppgifter om elevs studieprestationer och vitsord bör undantagas från tystnadsplikten. Sedan vitsorden införts i allmän handling blir de automatiskt offentliga, och inte heller den löpande bedömningen finns det tillräckliga skäl att hemlighålla.

Enligt TK:s förslag skulle i 9 kap. skollagen (1962:319) således insättas en ny paragraf, 50 a §, som skulle reglera tystnadsplikten för befattningshavare inom skolväsendet. Därmed skulle författningsmässiga bestämmelser komma att gälla för all elevvårdspersonal.

TK:s förslag har remissbehandlats och är f. n. föremål för överväganden inom vederbörande departement. LOFT och ändringarna i speciallagstiftningen förutsätts träda i kraft den 1 januari 1977.

5 Skolhälsovården inom andra skolformer

5.1 Allmänt

I detta kapitel lämnar utredningen en allmän översikt över skolhälsovården inom andra skolformer än grundskolan och gymnasieskolan. Utredningen har därvid valt att begränsa redogörelsen till att omfatta skolhälsovården inom särskolan, specialskolan, kommunal vuxenutbildning och folkhögskolan.

5.2 Särskolan

Undervisningen av barn och ungdom, som omfattas av den speciella lagstiftningen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda (omsorgslagen), meddelas i särskola. För psykiskt utvecklingsstörda, som har svårt att anpassa sig till verksamheten i särskolan, eller för vilka det krävs särskilda anordningar för undervisningen meddelas specialundervisning i särskolan eller undervisning i specialsärskola. Den som på grund av rörelsehinder eller långvarig sjukdom eller liknande omständigheter inte kan delta i särskolans undervisning skall ha särskild undervisning. Undervisningen i särskolan har i allmänhet ett starkare samband med skolans övriga omsorger än vad fallet är i grundskolan. Särskolan tar i ökande omfattning ansvar för personlig omvårdnad av eleverna bl. a. genom utbyggd elevvård. I denna medverkar lärare, psykologer, kuratorer och skolhälsovårdspersonal m. fl.. Principiellt föreligger här ingen skillnad mellan särskola och grundskola, men det behövs större insatser per elev inom särskolan.

Särskolan lokalintegreras i allt större utsträckning med grundskolan. Detta har bl. a. inneburit att landstingskommunerna i ökad omfattning låter primärkommunerna tillhandahålla skolhälsovård för särskolans elever. Parallellt med lokalintegreringen har sarskoleenheter tillkommit i ett ökat antal kommuner. I nuläget finns sarskolor i nära hälften av landets kommuner.

Enligt omsorgslagen är landstingskommun och primärkommun som inte tillhör landsting huvudman för sarskolan. Huvudmannaskapet för sarskolan utreds f. n. av utredningen om skolan, staten och kommunerna (SSK-utredningen).

SÖ är tillsynsmyndighet för undervisningen och därmed sammanhängande omsorger. I medicinskt hänseende står verksamheten dock under tillsyn av socialstyrelsen. Enligt stadgan angående psykiskt utvecklingsstörda skall

skolhälsovården i särskola ha till ändamål att "bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem" (29 §). Ändamålet är alltså detsamma som för skolhälsovården i grundskolan.

Enligt samma paragraf i omsorgsstadgan skall skolhälsovården i särskolan "främst vara av förebyggande natur men även omfatta annan hälso- och sjukvård som kan meddelas vid särskolan". Enligt skollagen (25 a §) skall skolhälsovården inom grundskolan främst vara av förebyggande natur men ej avse egentlig sjukvård. Om man således strikt utgår från gällande bestämmelser skulle innehållet i skolhälsovården inom särskolan vara ett annat än inom grundskolan. Vad i övrigt gäller innehållet i skolhälsovården inom särskolan är följande att notera.

Läkarundersökning skall ske snarast möjligt efter det elev inskrivits eller mottagits på försök. Undersökning skall därefter utföras minst en gång per år och vid avgång från skolan. Ytterligare undersökningar skall också ske av elev som hänvisats till skolläkaren av särskolchefen, rektor, lärare, skolköterska, vårdnadshavare eller förmyndare.

Sammanfattningsvis finner skolhälsovårdsutredningen att skolhälsovården inom särskolan har samma mål som grundskolans hälsovård men att innehållet, med utgångspunkt i gällande bestämmelser, är vidare än vad som gäller för grundskolan.

5.3 Specialskolan

Enligt skollagen (5 kap., 23 §) har barn som på grund av syn-, hörsel- eller talskada ej kan följa undervisningen i grundskola rätt till undervisning i specialskolan. Dessutom undervisas i specialskola utvecklingsstörda med tilläggshandikapp i form av grava syn- och/eller hörselskador.

Staten är huvudman för specialskolan. Huvudmannaskapet för specialskolan utreds f. n. av SSK-utredningen. Specialskolan står under tillsyn av SÖ. Specialskola finns på 8-9 orter i landet men specialskolorna har i stigande omfattning inrättat externa klasser i en rad kommuner. Vissa specialskoleenheter har hela landet som elevområde. För undervisningen av de hörselskadade är landet uppdelat i fem upptagningsområden.

Specialskolan har under det senaste decenniet tillförts ökade resurser inte bara för undervisningen utan även för elevvården. I övrigt kännetecknas specialskolan under senare år av en strävan att inrätta externa klasser och individuellt integrera specialskoleelever i grundskoleklasser. En faktor av betydelse är att specialskolan har ett vidare ansvar för sina elever än grundskolan. Specialskolan skall nämligen inte bara svara för undervisningen utan också för elevernas boende och deras fritid.

Specialskolans skolhälsovård innefattar såväl hälsovård som sjukvård. Elev skall snarast efter intagningen i skolan genomgå fullständig läkarundersökning, varvid den särskilda skada som föranlett intagningen skall undersökas av specialist. Elev bör genomgå allmän läkarundersökning minst två gånger per läsår och undersökas av specialist när det är nödvändigt. I övrigt gäller för skolhälsovården inom specialskola samma bestämmelser som för grundskolan.

Sammanfattningsvis finner skolhälsovårdsutredningen således att skol-

hälsovården inom specialskolan har ett annat och bredare innehåll än vad som gäller för grundskolan.

5.4 Kommunal vuxenutbildning

Kommunal vuxenutbildning omfattar utbildning som motsvarar utbildning enligt läroplanerna för grundskolans högstadium och gymnasieskolan samt särskild yrkesinriktad utbildning. Huvudman för utbildningen är antingen primär- eller landstingskommun. Tillsynsmyndighet är SÖ.

Utbildningen regleras av en särskild förordning om statlig och kommunal vuxenutbildning. Enligt denna har eleverna inte tillgång till skolhälsovård. Vissa kommuner anordnar dock, enligt vad utredningen inhämtat, skolhälsovård också för elever inom kommunal vuxenutbildning. Utredningens enkätundersökning visade att ca 3 200 elever i 32 kommuner hade tillgång till skolhälsovård vårterminen 1974. I en kommun hade vuxeneleverna endast tillgång till konsultationer men inte rutinundersökningar.

5.5 Folkhögskolan

Folkhögskolans uppgift är "att meddela allmän medborgerlig bildning". I enlighet med sin målsättning utformar varje folkhögskola sitt arbetssätt. Vid folkhögskolorna anordnas vinter- och sommarkurser samt ämneskurser. Huvudmän för folkhögskolorna är främst landstingen och de olika folk- rörelserna.

Vad gäller skolhälsovården vid folkhögskola anges i 17 a § folkhögskoleförordningen att huvudmannen skall anordna hälsovård för elev i kurs som omfattar minst 21 veckor. Detta innebär att huvudmannen enbart har skyldighet att anordna skolhälsovård för elever i vinterkurser. Skolhälsovården i folkhögskolan skall – i likhet med i grundskolan – främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.

För att få en uppfattning om skolhälsovårdens omfattning tillställde utredningen samtliga folkhögskolor en enkät hösten 1975. Genom denna kartlades skolhälsovårdens omfattning våren 1975. Enkätformulär tillställdes således samtliga 114 folkhögskolor och enkätsvar inkom från 107 skolor (93,3 procent). Av enkätsvaren kan i huvudsak följande utläsas.

Våren 1975 hade de 107 folkhögskolorna totalt 48 311 elever, varav 11 369 elever (23,5 procent) i kurser om minst 21 veckor och 36 942 elever (76,5 procent) i kurser kortare än 21 veckor.

22 skolor uppgav att de hade tillgång till skolläkare minst en timme i veckan. Denna läkarresurs omfattade 2 604 (22,9 procent) av de 11 369 eleverna på längre kurs. 5 552 elever (48,8 procent) hade tillgång till skolläkare endast någon gång under studietiden medan 3 213 elever (28,3 procent) saknade skolläkare. 18 skolor hade avtal med landstinget om tillhandahållande av skolläkare. Av dessa hade dock eleverna i 3 skolor inte haft något som helst läkarbesök under kurs tiden.

72 skolor hade tillgång till skolsköterska minst en timme i veckan. Denna resurs omfattade 8 072 elever (70,9 procent) av de 11 369 eleverna på längre

kurs. 1 994 elever (17,6 procent) hade tillgång till skolsköterska mindre än en timme i veckan. 1 303 elever (11,5 procent) hade ingen tillgång till skolsköterska.

Vid de 72 folkhögskolor som hade tillgång till skolsköterska minst en timme i veckan hade sköterskorna ansvar för i genomsnitt 24,7 elever per timme, vilket omräknat till heltidstjänst motsvarar 988 elever per skolsköterska. Här har då inte inräknats de besök elever från kortare kurser gör hos skolsköterskan. 18 skolor har avtal med landstinget om tillhandahållande av skolsköterska och samtliga skolor hade också tillgång till skolsköterska i önskad omfattning. Av enkäten kan slutligen utläsas att 826 elever vid 12 folkhögskolor inte hade tillgång till vare sig skolläkare eller skolsköterska.

Sammanfattningsvis finner skolhälsovårdsutredningen att skolhälsovården inom folkhögskolan inte har någon enhetlig utformning. Det synes dock bli mera vanligt att folkhögskolorna vill anknypa sin skolhälsovård till den allmänna hälso- och sjukvården eller primärkommunens skolhälsovård.

6 Skolhälsovården i några andra länder

Utredningen har ansett det vara värdefullt att som bakgrund och bedömningsunderlag även ge en kortfattad orientering om skolhälsovården i några andra länder. Det har då fallit sig naturligt att i första hand ge korta översikter beträffande skolhälsovården i våra nordiska grannländer Norge, Danmark och Finland. I övrigt har utredningen valt att ge kortfattade redogörelser för skolhälsovårdens uppbyggnad och organisation i England och Sovjetunionen. Utredningen har också genomfört ett studiebesök i Sovjetunionen.

Utredningen har valt att endast beskriva skolhälsovården och att utelämna skolsystemets uppbyggnad i samtliga länder utom i Sovjetunionen. Orsaken till detta är att övriga länders skolsystem är välkända i Sverige men också att redovisningen av den skolhygieniska forskningen i Sovjet måhända skulle bli en smula ofullständig om inte vissa fakta om skolan är kända.

6.1 Norge

Skolhälsovårdsarbetet i Norge är bestämt i lag och det är den enskilda kommunens hälsomyndighet som har ansvaret för verksamheten. I det följande skall särskilt skolhälsovårdsarbetet i Oslo belysas.

Lagen om hälsoarbetet i skolan tar sikte på:

att övervaka elevernas hälsa

att skydda eleverna mot fysiska och psykiska skador och smittsamma sjukdomar

att vägleda eleverna och deras vårdnadshavare om hälsomässiga förhållanden av betydelse för skolgång, levnadssätt, tillväxt och utveckling samt för val av yrke

att tillse att de hygieniska förhållandena är tillfredsställande i byggnader och på områden som utnyttjas av eleverna i samband med skolgång.

Hälsovårdsarbetet tar sikte på hälsoskydd och hälsoövervakning av eleverna, hälsofostran samt medicinsk omsorg om miljön i skolan. Detta gäller förutom grundskolan en rad påbyggnadsskolor, där den väsentliga omsorgen gäller de skolor till vilka eleverna i 16 års åldern fortsätter direkt efter den obligatoriska skolan. I Oslo gäller detta ca 85 procent av eleverna.

Skolhälsovården i Oslo har följande befattningshavare:

Skolläkare

skolsköterska, arbetande i varje enskild skola

specialläkartjänster för syn och hörsel (centralt placerade) fysioterapeuter

specialtjänst i fysikalisk medicin för skador i rörelseapparaten. Tjänsten är centralt placerad. Denna läkare lägger tillsammans med fysioterapeuten upp det medicinska förebyggande programmet för fysisk fostran och skolergonomi.

Den medicinska koordinationen för de nämnda aktiviteterna i den enskilda skolan är var enskild skolas angelägenhet.

Skolläkarna är till stor del anställda på heltid. De har kvalifikationer, intressen och erfarenhet inom begreppet "skolmedicin", där socialmedicinska och mental-hygieniska aspekter är dominerande och där hela familjesituationen kommer in i bilden. Samarbetet med pedagoger, skolpsykologer och skolkuratorer är mycket väsentligt och samarbete med barnpsykiatriker/vuxenpsykiatriker är ibland nödvändigt.

En medicinsk kommitté lade 1973 fram förslag till riktlinjer för den medicinska målsättningen med hälsoarbetet i skolorna i Oslo. Dessa riktlinjer innehåller fyra huvudpunkter, efter vilka man arbetar

- skolmiljön,
- hälsofostran,
- hälsoövervakning,
- individuellt inriktade åtgärder i förhållande till påvisat behov.

Skolmiljöfrågor innefattar skolhygien och ergonomiska frågor men även mentalhygienisk skolmiljö.

Hälsofostran inriktas på fyra områden nämligen: fysisk fostran, kostvanor, beroendeframkallande medel och sexual- och samlevnadsrådgivning.

Hälsoövervakning, hälsoskydd och individuella åtgärder för barn och ungdom i 7-16 års ålder är inte präglad av somatiska problem i ett urbaniserat samhälle som Oslo. Problematiken gäller i stället de mental-hygieniska, socialmedicinska och familjemässiga områdena. Man ser inte omsorgen om barnens hälsa begränsad till skolmiljön, utan till deras totala situation.

Huvudområden med påträngande behov i skolåldern är:

- syn och hörsel,
- mentalhygien och socialmedicin,
- brister i rörelseapparaten med behov av tidiga hjälpinsatser.

Vid skolstarten undersöker läkaren alla barn, som en bas för senare uppföljning. Läkarens uppgift är att söka värdera barnets totala situation ur somatisk, mentalhygienisk och socialmedicinsk synpunkt. Detta kräver nära samarbete med framför allt pedagoger och skolpsykologer. Man sammanträder regelbundet och det är bl. a. vid dessa konferenser den senare uppföljningen av eleverna äger rum och icke som tidigare vid de rutinmässiga läkarundersökningarna.

Syn- och hörselundersökningar görs i årskurs 1 av ambulerande särskilt utbildad personal. Den medicinska omsorgen för syn och hörsel ingår för övrigt i den vidare hälsoövervakningen vid tvärsnittundersökningar på bestämda högre årskurser. Resultaten integreras i skolläkarens uppföljning av barnens totala hälsotillstånd.

Några barn visar sig vid undersökningen i årskurs 1 vara i behov av

observation av en eller annan orsak. Dessa barn betraktas som observationsbarn, till dess vidare övervakning medicinskt sett inte anses nödvändig. Under skoltiden tillkommer nya observationselever:

- de elever vars föräldrar söker hjälp hos skolpersonalen eller elever som själva söker hjälp,
- de elever, där de årliga klasskonferenserna med lärare anser att läkar-konsultation bör komma till stånd,
- de elever med problem som tagits upp i elevvårdskonferensen och där denna anser att läkar-konsultation bör komma till stånd,
- de elever, som vid skolsköterskans årliga "screening", hänvisas till läkar-konsultation,
- "screening med läkarkontakt" av alla elever i årskurs 7.

De problem som eleverna söker hjälp för hos medicinsk personal, kan ofta – eller oftast – icke lösas om de icke ses och tas upp i relation till hela familjesituationen. Samarbetet med föräldrarna är här väsentligt. Det är naturligt och nödvändigt att skolhälsovården har den centrala översikten över och ansvaret för elevens hälsotillstånd. Detta är praktiskt möjligt då alla barn går i skolan och man genom detta har lätt att nå barnens föräldrar.

6.2 Danmark

Köpenhamns kommun var den första kommunen i Danmark som införde skolläkare. Detta skedde år 1900. En kommission från 1919 framhöll att skolläkare vore önskvärda, men det skulle komma att dröja till 1946 innan man fick den första lagen om skolläkare i Danmark. Hörnstenen i 1946 års lag var den årliga läkarundersökningen av alla elever. Fram till 1972 då en ny skolläkarlag trädde i kraft, fanns i Danmark omkring 400 skolläkare, varav omkring 10 procent var heltidsanställda och hade tillsyn över mer än 4 000 barn. Genomsnittligt var elevantalet per skolläkare 1 850 elever.

Den nya skolläkarlagen från 1972 reducerade antalet hälsundersökningar till fyra under skolgången, nämligen i årskurs 1, 2, 5 och då skolplikten upphör i årskurs 9. Skälen till detta var att ge skolläkaren, utan nedskärning av arbetstiden, mer utrymme för socialt-medicinskt arbete. Den höjda levnadsstandarden hade gjort en nedskärning av de årliga hälsundersökningarna försvarlig, samtidigt som det i skolan fanns ett allt större antal elever med fysiskt, psykiskt och socialt handikapp. Den tid man vann genom ett mindre antal hälsundersökningar, skulle enligt den nya instruktionen användas till uppspårning av och hjälp till de elever som var i särskilt behov av sådan hjälp. Skolläkaren skulle också ägna tid åt konferenser och kontakter med lärare och psykologer.

Utöver de nyss nämnda årskursundersökningarna, görs hälsundersökningar då skolläkare, skolsköterska, föräldrar, lärare eller psykologer finner det påkallat. Alla elever som får någon form av specialundervisning undersöks exempelvis varje år. I årskurs 3, 4, 6 och 7 undersöks alla elever med avseende på längd, vikt, syn och hörsel.

Den första undersökningen av barnet kan äga rum i förskolan då denna är integrerad i den vanliga skolan, eller i årskurs 1. Skolläkaren skall då

inte enbart undersöka barnets hälsotillstånd utan också skaffa sig fylliga upplysningar om barnets förutsättningar och dess miljö. I barnets hälsokort finns specificerade frågor angående barnets utveckling och genomgångna sjukdomar som ska ifyllas av skolläkaren efter samtal med elevens föräldrar eller vårdnadshavare. Dessa bör vara närvarande vid den första hälsoundersökningen. Skolläkaren ska rutinmässigt rekvirera hälsokorten från de praktiserande läkarnas profylaktiska barnundersökningar. Då eleven har varit inlagd på sjukhus ska skolläkaren även rekvirera utskrivningskortet därifrån.

Utifrån dessa upplysningar från föräldrar, från de praktiserande läkarnas hälsokort och från sjukhus, kompletterat med egna undersökningar, kan skolläkaren skaffa sig en god bild av barnet och dess situation. Skolläkarnas uppgift är främst av förebyggande karaktär, men de har möjlighet att ta sig an akuta skador och sjukdomsfall samt att vaccinera och avlusa. Skolläkarna har genom lagen 1972 fått rätt att hänvisa elever med syn- och hörseldefekt direkt till specialläkare. Man har också fått rätt att ge gymnastikbefrielse och ska om så begärs ge orientering – inte undervisning – om hälsofrågor och stödja skolans sexualundervisning.

I ett cirkulär om den nya skolläkarlagen finns fastställda arbetstider för skolläkaren. Till skolor med över 800 elever ska skolläkaren komma en gång i veckan, på skolor med 250–800 elever en gång per månad. Är elevantalet under 250 skall skolläkaren komma tre gånger per år, fördelat på hela läsåret. Man räknar med att en heltidsanställd skolläkare kan ha tillsyn över högst 5 000–5 500 elever.

Genom en social reform 1971 övertog inrikesdepartementet tillsynen över all medicinsk och social vård, inkluderande också skolhälsovården. Denna hade tidigare tillhört utbildningsdepartementet. Skolhälsovården är en primärkommunal angelägenhet och från och med 1971 administreras den av social- och hälsoförvaltningarna.

6.3 Finland

Skolhälsovården, som en del av elevvården med skolan som huvudman, blev lagstadgad 1944. Från och med 1972 övergick den till att bli en del av folkhälsoarbetet. Enligt folkhälsolagen skall varje kommun ge skolhälsovård till eleverna i alla folk- och medborgarskolor, grundskolor, gymnasier och allmänna yrkesskolor inom kommunen. Skolhälsovården blir därigenom en del av folkhälsoarbetet och ingår i hälsovårdscentralernas verksamhet. Den är underställd Medicinalstyrelsen och är avgiftsfri för eleverna. Hälsovårdscentralerna får statsunderstöd för anläggnings- och driftskostnader för allt folkhälsoarbete, inklusive skolhälsovården.

Skolhälsovården kan betraktas som arbetsplatshälsovård eftersom den ges på elevens "arbetsplats". Utanför denna hälsovård hamnar en grupp jämnaåriga ungdomar, som redan har slutat skolan. Hälsovårdscentralerna har att upprätthålla hälsorådgivning också för dessa ungdomar. Inom skolhälsovården, liksom inom den övriga hälsovården upprättas en femårsplan som kompletteras årligen och justeras vid behov. Denna femårsplan, eller verksamhetsplan, skall grundas på en riksplan. Den riksomfattande planens uppgift är att jämnt fördela utbudet av hälsovårdstjänster i hela landet. Detta

skall garantera en utveckling av skolhälsovården i de små, avlägset belägna kommunerna, där skolhälsovården var nästan obefintlig innan folkhälso-lagen trädde i kraft. I de större kommunerna däremot där den kommunala skolhälsovården hade nått rätt långt, anses det att utvecklingen bromsats.

Inom skolhälsovården tjänstgör läkare och hälsovårdare (hälsosystrar). Man strävar efter att till viss del kunna rationalisera skolhälsovårdsarbetet genom att överlåta en del screeningundersökningar samt kansliarbete åt hälsocentralbiträden. Det hälsokort (journal) som används följer barnet från födelsen till dess skolgången är avslutad. Under skoltiden förvaras det på skolhälsovårdsmottagningen.

Enligt Finlands hälsovårdsprogram utbildas för närvarande tillräckligt antal läkare, men däremot har man brist på hälsovårdare. De flesta läkare arbetar endast ett år inom hälsovårdscentralen – en obligatorisk del av specialistutbildningen inom de flesta grenar av medicinen – vilket minskar deras möjlighet att fördjupa sig i skolhälsovården.

Skolhälsovårdens uppgift är

- elevhälsovård,
- sådana specialistundersökningar, som är nödvändiga för att man skall kunna bedöma elevens hälsotillstånd,
- övervakning av sanitära förhållanden.

Huvudvikten har lagts på individuell förebyggande vård men kommunerna har möjlighet att också ge sjukvård även om detta inte är föreskrivet. Som exempel kan nämnas att i Helsingfors var i februari 1975 i vissa gymnasier 20 procent och i vissa folkskolor 35 procent av hälsovårdarnas kontakter med eleverna orsakade av sjukdomsfall. Vaccinationsprogrammet, som är frivilligt sedan 1951, genomförs huvudsakligen före skoltiden. I skolan fullföljes som regel endast polio vaccineringsen.

Läkarundersökningar, med i stort sett samma innehåll som i Sverige, har begränsats till skolstarten och till avgången från skolan. Därigenom har givits möjlighet att koncentrera mellanliggande screeningundersökningar till att omfatta elever som tillhör riskgrupper och så att dessa undersökningar motsvarar elevens behov av hälsovård. De resultat som skolhälsovården når utnyttjas också vid läkarundersökningen inför värnplikts-tjänstgöringen.

Till skolhälsovården hör också undersökningar utförda av ögon- och öronläkare, psykiater samt psykolog. Undersökningarna skall göras på sjukhus-polikliniker ledda av specialistläkare, i hälsovårdscentraler eller hos privatläkare. Sjukhusväsendet har föreslagit, att skolhälsovårdens ögon- och öronläkarundersökningar skall utföras på distriktssjukhus och mera fordrande specialistläkarundersökningar på universitetssjukhusens polikliniker. I de flesta kommuner utförs skolhälsovårdens öron- och ögonläkarundersökningar emellertid på sjukhusens polikliniker. Detta anses ändamålsenligt då laboratorie- och röntgenundersökningar samt vård- eller rehabiliteringsåtgärder kan utföras i omedelbar anslutning till läkarundersökningen.

Utöver ovan lagstadgade specialistläkare anses behov också föreligga av andra specialister, såsom t ex barnläkare och hudläkare. Enligt en statistisk uppgift från 1973 gällande hela Finland var dock endast 10,6 procent av eleverna i behov av undersökningar utförda av specialistutbildade läkare.

Av dessa drygt 10 procent gällde 62 procent elever med synfel. Samtidigt anses det dröja många år innan behovet av speciallistläkarverksamheten är fyllt, framför allt i glesbygderna.

Hälsovårdspersonalens medverkan inom skolans program för hälsofostran är inte klarlagd. Diskussion pågår om personalen skall biträda lärarna i undervisningen eller själva undervisa i t. ex. sexualkunskap.

Någon utvärdering har inte genomförts men skolöverläkaren i Helsingfors, Anja Hleve, har i *Nordisk Medicin* nr 3/1976 påpekat att en märkbar fördel med inordnandet av skolhälsovården i folkhälsoarbetet är att skolhälsovården kan utvecklas likvärdigt i alla skolor och att man i skolhälsovården kan använda hälsovårdcentralens personal med dess samlade kunskap och erfarenhet. En betydande brist anges vara, att skolhälsovården inte är sammankopplad med skolväsendet och därmed inte infogad i undervisningsprogrammen. Lärarna har inte heller tid avsatt för elevvård något som försvårar samarbete med hälsovårdspersonalen.

6.4 England

Hälso- och sjukvården i England har sedan 1948 organiserats i ett system – the National Health Service (NHS). NHS erbjuder medborgarna bl. a. familjeläkarvård, sjukhusvård, ersättning för läkemedelskostnader och glasögon, hembesök av specialist, tandvård samt viss förebyggande vård och hälsovård. Funktionsmässigt bygger systemet på tre enheter, nämligen sjukhusvården, den öppna sjukvården och den öppna hälsovården.

Till den öppna hälsovården räknas den förebyggande vården och därmed närstående verksamheter såsom omgivningshygien och kontroll av smittsamma sjukdomar, skolhälsovård, mödravård, barnavård, omsorg om åldringar, handikappade och mentalt utvecklingsstörda m. m..

Skolhälsovården kom att mera fast och målinriktat inbyggas i det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet (NHS) genom en reorganisation i april 1974. Skolhälsovården svarar för organiserad medicinsk och odontologisk undersökning och uppföljning av barnen i skolåldern.

Skolhälsovården i England skiljer sig från de andra länder utredningen valt att beskriva. Genom den uppbyggnad sjukvården har, med basen i ett familjeläkärsystem, styrs skolhälsovården också av detta, liksom också av den lokala skolstyrelsens eller skolans önskemål.

Läkarna arbetar samtidigt inom både barnhälsovården och skolhälsovården, med ett underlag på 4 000–5 000 barn. Inom varje region (county) finns en skolstyrelse (Education Committee), till vilken överläkaren, vilken samtidigt är skolöverläkare, är adjungerad.

Skolhälsovårdens uppgift är i första hand att vara hälsokontrollerande och den är därför relativt fristående från skolans arbete i övrigt och från elevens skolsituation. Undersökningar liknande våra årskursundersökningar förekommer i allmänhet inte utom i fråga om nybörjarna som genomgår en undersökning liknande den eleverna i årskurs 1 i grundskolan genomgår. Andra undersökningar utförs om så anses nödvändigt av läkare eller sjuksköterska eller efter begäran av lärare eller föräldrar. Skolan medverkar också i undersökningar inför yrkesval, delvis en motsvarighet till vår medicinska

studie- och yrkesorientering.

Hälsoundersökningarna förbereds av en assisterande skolsköterska (school nurse assistant). Denna har treårig grundutbildning till sjuksköterska och har inte självständiga arbetsuppgifter. Skolsköterska med vidareutbildning i den form och med de uppgifter vi har i Sverige förekommer inte allmänt i England.

Genom att man har ett familjeläkarsystem kommer skolläkarens roll att bli ganska ringa. Gjorda fynd och iakttagelser måste alltid meddelas familjens läkare och denne skall godkänna remitteringar till specialistundersökningar eller till sjukhus. När undersökningarna är klara flyttar assistenten till nästa skola och förbereder undersökningarna där. Läkarna besöker skolorna för de nämnda undersökningarna och för vaccinationer. Läkarnas besök blir i genomsnitt några gånger per termin. Deras engagemang i övrigt inriktas på barnhälsovård och på handikappade barn inom olika institutioner och i särskilda skolor för handikappade. Arbetet inom dessa institutioner och skolor är omfattande och inbegriper också vad vi menar med deltagande i elevvårdsarbetet.

Vaccinationsprogram finns liknande det i Sverige. Vaccinationerna utförs av vaccinationspatruller. Motsvarande förfarande finns för syn- och hörelundersökningar.

En av skolhälsovårdens uppgifter är att svara för hälsofostran (Health Education). Rektor, eller styrelsen för skolan, avgör omfattningen och innehållet i denna undervisning. Inom den lokala hälso- och sjukvårdsförvaltningen svarar en särskild funktionär för denna utbildning (Principal Health Officer). Undervisningen riktar sig till alla åldrar men särskilt material finns med tanke på skolans behov. Undervisningen i skolan tar i första hand upp personhygieniska frågor men i de avslutande klasserna behandlas också familjebildning, barnskötsel och samlevnad.

Skolhälsovårdens allmänna roll i England blir inte i första hand att vara en del av elevvården utan att, i samråd med familjeläkaren, följa upp barnets hälsa och utveckling.

6.5 Sovjetunionen

De sakkunniga och utredningens sekreterare hade sensommaren 1975 möjlighet att genom en studieresa besöka Moskva för att där studera skolhälsovården. Genom välvilligt tillmötesgående av SÖ och Socialstyrelsen kunde också två av utredningens experter medfölja, nämligen skolöverläkaren Karin Eek-Fock, SÖ och docent Tage Möller, Socialstyrelsen. Besöket kom att omfatta hälsovårdsministeriet, forskningsinstitutet för skolhygien, en barnpoliklinik och två skolor.

6.5.1 Allmänt

Från och med hösten 1975 är tioårig skolplikt införd. Skolgången börjar som i Sverige vid sju års ålder. Årskurserna 1-3 benämns lågstadiet och årskurserna 4-10 mellanstadiet. På lågstadiet har man klasslärar- och på mellanstadiet ämnesläraresystem. Dessa ämneslärare har ettämnesutbildning

vilket innebär att varje elev på mellanstadiet möter betydligt fler lärare än vad våra högstadieelever gör. En av mellanstadielärares lärare utses till "kurator", vilket närmast motsvarar vår klassföreståndare.

Klasserna omfattar 35–40 barn, i lågstadiet kan antalet elever gå ner till 30–35. En av de årskurser 1 som besöktes innehöll 40 barn. Eleverna bär skoluniform. Detta är frivilligt men det är, enligt utsago, mycket ovanligt att eleverna bär någon annan klädsel och då uteslutande i de sista klasserna.

Lågstadiet har 45 minuters lektioner mellan 8.30 och 12.00 och mellanstadiet mellan 8.30 och 14.20 och man arbetar med sexdagarsvecka. På grund av att allt fler föräldrar dubbelarbetar finns möjlighet för barnen att kvarstanna i skolan till 18.00. Den förlängda skoldagen utökas bl. a. med några lektioner men i gengäld har barnen då inga hemuppgifter. Cirka 60–70 procent av barnen på lågstadiet utnyttjar den förlängda skoldagen medan det i årskurserna 4–6 är cirka 15–20 procent. De äldre barnen deltar inte.

Skollunch serveras till alla barn, liksom middag för de barn som har förlängd skoldag. Middagen är kostnadsfri medan skollunchen kostar 13 kopek (75 öre). Avsikten med avgiften är att lära barnen förstå värdet av ett mål lagad mat. Mjölken som serveras är gratis upp t. o. m. årskurs 4.

Man försöker hålla skolorna inom rimlig storlek. 800 elever, menar man, är lagom, men skolor med upp till 1 200 elever förekommer.

Internatskolor finns för elever med speciella handikapp t. ex. för syn- eller hörselretarderade elever. På landsbygden finns internatskolor där barnunderlaget inte medger att den egna byn har en egen skola för mellanstadiets elever. Dessutom finns idrottsgymnasier och andra specialskolor i form av internat.

Schemat omfattar som en viktig del ämnet fysisk fostran. Målet var att varje elev skulle ha minst två timmars fysisk fostran varje dag men tydligtvis var det för närvarande endast möjligt att – fr. o. m. årskurs 2 – genomföra en timme per dag. Den fysiska fostran ingår som naturlig del i friskvårdsbegreppet och de som inte kan delta får i stället sjukgymnastik.

6.5.2 *Skolhälsovårdens uppbyggnad*

Eleven omfattas av följande omvårdnad:

- Skolhälsovård med skolläkare, skolsköterska, skoltandläkare och skoltandsköterska. Skolhälsovården står under tillsyn av en barnpoliklinik.
- Barnpoliklinik med läkare ansvarig för ett visst antal elever samt poliklinikens specialister inkluderande också tandvårdsviden. Ytterst ansvarig är överläkaren.
- Rådjongssjukhus med barnavdelning. För vissa sjukdomar finns speciella sjukhus, jfr våra infektionssjukhus.
- Sanatorium, vilka är konvalescenthem för elever i behov av mer än två månaders eftervård eller vila. Undervisning ges i den utsträckning elever orkar med.
- Pionjärsanatorier för elever som behöver mindre än två månaders eftervård eller vila och för "lättare" sjukdomar.
- Sanitärcenter vilkas uppgift är att svara för individernas sanitära livs-

villkor.

- Pionjrläger. Sommarläger för skolbarn. Sommarlovet omfattar hela månaderna juni, juli och augusti och flertalet barn deltar hela eller delar av sommaren.

På central statlig nivå ansvarar hälsovårdsministeriet för skolhälsovården men i nära samarbete med utbildnings- och socialministerierna men också i samarbete med Röda korset och andra organisationer som har anknytning till skola och hälsovård. Mellan t. ex. hälsovårds- och utbildningsministerierna finns därför kollegier där man diskuterar den medicinska uppläggningsen, kostfrågor och fysisk fostran. Hälsovårdsministeriet utfärdar direktiv som de 15 republikerna är skyldiga att efterleva. Till ministeriets hjälp med att ta fram dessa anvisningar finns ett forskningsinstitut för skolhygien. Den lokala uppbyggnaden i republikerna följer den statliga modellen och det finns ca 70 lokala institut som svarar för utvärdering och bearbetning av skolhälsovårdens innehåll och struktur.

6.5.3 *Det hälsovårdande arbetet*

Arbetet med barnen vilar på vetenskaplig grund, framhölls vid utredningens besök. Forskningsinstitutet för skolhygien i Moskva sysselsätter cirka 250 personer varav 110 forskare. Man utför forskning inom sex avgränsande områden, nämligen:

- Hygien i undervisning och uppfostran.
Till området hörde frågeställningar om barnens arbetsförmåga, orsaken till deras trötthet, undervisningens omfång, lektionernas och rasternas längd och deras förläggning under dagen.
- Arbetshygien för ungdom.
Man bedriver forskning inom yrkesutbildningen både vad gäller de teoretiska och de praktiska momenten i utbildningen. Hit hörde också yrkesorienteringen.
- Hygienen i och utrustning av nybyggda skolor.
- Fysisk fostran och idrott.
- Barnens hälsotillstånd.
Den främsta uppgiften är att finna metoder för massundersökning av barn.
- Formandet av identiteten.
Nervsystemets utveckling och dess betydelse för skolarbetet. Graden av uttröttnings studeras genom arbetstester.
Hit hörde också psykohygien, vilket uttyddes som forskning om varför barnen inte "hänge med" i skolan.

Den grundläggande vården baseras på barnpolikliniker och på barnsanatorierna. Den direkta sjukvården ges på barnsjukhusen.

Skolhälsovården handhas av heltidsanställda skolläkare och skolsköterskor. En skolläkare har ansvaret för ca 2 500 barn, medan skolsköterskan har ett underlag på ca 700 elever. Eftersom inte bara skolläkaren ansvarar för barnet utan också en läkare på barnpolikliniken kan man påstå att två läkare är direkt insatta i varje skolbarns hälsotillstånd. Det överordnade ansvaret åvilar överläkaren på polikliniken. Poliklinikens ansvar räcker till

barnets femtonde levnadsår. Årskurs 9 och 10 tillhör man vuxenpoliklinik. Skolläkaren och skolsköterskan har ansvaret för den förebyggande vården och de ger också viss medicin. Fördjupade hälsokontroller görs i årskurserna 1, 4, 7, 8 och 10 förutom att barnen undersöks åtminstone med avseende på vissa sjukdomar varje år.

De fördjupade hälsokontrollerna, vilka motsvarar våra klassundersökningar, görs på polikliniken av samtliga de experter som finns där. Skolläkaren utför de undersökningar som är årligen återkommande. För varje barn finns ett hälsokort och på detta förs upp inte endast det som skolläkaren och skolsköterskan finner, utan också specialisternas fynd och de rekommendationer som specialisterna gör. Med utgångspunkt i detta gör man sedan upp en plan för barnets hälsovård. Kortet förvaras på skolan men är icke sekretessbelagt. Den som har bruk för kortet eller dess uppgifter kan tydligtvis också utnyttja det.

Sammanfattningsvis kan man säga att skolläkaren har ansvar för tre saker:

- den förebyggande vården,
- för kostfrågor med avseende på näringssammansättning och dietmat,
- för den fysiska fostran ur medicinsk synpunkt.

Skolsköterskan har fem ansvarsområden:

- kontrollera det sanitära på skolan,
- kontrollera matens kvalitet,
- vaccinering,
- profylaktiskt och uppföljande hälsovårdsarbete,
- den medicinska tillsynen under barnens fritid i skolan.

Skolläkaren tjänstgör under sommaren – frånsett från fyra veckors semester – oftast på pionjärlägren men ibland också på polikliniken. Skolsköterskan är vanligen kvar på skolan för efterarbete eller förberedelse av nästa läsårs arbete.

Det framkom vid utredningens besök att skolläkaryrket inte var speciellt populärt. För att göra arbetet mer stimulerande hade man försöksvis prövat att införa sjukvård inom skolhälsovården. En annan modell som prövades var att låta en poliklinikläkare ha ansvaret för endast 500 barn (mot regelmässigt 800) och utöver detta arbeta halvtid som skolläkare.

På landsbygden var det ibland svårt att finna någon skolläkare och där utfördes dennes uppgifter till viss del av så kallade fältskärer. Dessa har en utbildningsnivå som enklast kan beskrivas som liggande mellan sjuksköterskans och läkarens.

All kontakt från skolhälsovården till föräldrarna går genom klassföreståndaren som på detta sätt hålls informerad om barnets hälsotillstånd. Lärarna är å sin sidan skyldiga att meddela vad de vet om barnets hälsa till skolläkaren. En detalj i sammanhanget är att lärarna i början av varje läsår undersöker eventuell synnedläggning hos barnen med hjälp av bokstavstavlor. I lärarnas grundutbildning finns också en viss utbildning i anatomi, fysiologi och hygien.

Skolläkaren och skolsköterskan skall följa upp och kontrollera barnets hälsa och de skall göra en karaktäristik över barnen som ges till lärarna, till målsmän och skolledning för att man med utgångspunkt i denna skall

kunna ge barnen den rätta vården. Vissa av de uppgifter som fanns i karaktäristiken överförs sedan till klassboken för att lärarna lättare skall kunna se vilka som behöver sitta långt fram, vilka som av hörselskäl behöver placeras på särskilt sätt.

6.5.4 *Det medicinska innehållet*

Mycket kort kan sägas att innehållet i skolhälsovården uteslutande är inriktat på den fysiska hälsan och utvecklingen. Psykiska avvikelser anses, enligt vad som framkom vid utredningens besök, vara föranledda av sen mognad, eller ha neurologiska orsaker, varför man i de senare fallen kan behandla dem som vilken somatisk åkomma som helst.

Varje barn undersöks efter fyra kriterier:

- a) Utvecklingsnivå. Hit räknas alltså endast fysisk utveckling, man mäter bl. a. längd, vikt och bröstorgans omfång.
- b) Kroniska symtom.
- c) Nivån på de fysiska funktionerna. Till området hör barn med hypertoni, brist på hemoglobin eller "snabb puls" dvs. till synes friska barn men med funktionsnedsättning som hindrar dem från att arbeta maximalt.
- d) Organismernas resistens mot skadliga inverkningar (immunologi).

Med utgångspunkt i dessa fyra kriterier delas barnen upp i fem grupper:

- a) Helt friska barn (ca 30 %)
- b) Till synes friska barn, men försenade i utvecklingen, ofta längre (men inte oftare) sjuka än andra barn. Gruppen betecknas som den viktigaste eftersom det är barnen i denna grupp som inte "hänger med" i skolan (ca 30 %).
- c) Kroniskt sjuka barn. Sjukdomen kan hållas under kontroll och kompenseras. Hit hör barn med allergier, kronisk halsfluss, diabetes. Barnen går som vanligt i skolan (ca 35 %).
- d) Kroniskt sjuka barn, där sjukdomen inte kan kompenseras helt. Dessa barn är ofta sjuka och vistas ibland på sanatorium (ca 4,5 %).
- e) Svårt sjuka barn. Dessa är så sjuka att de ständigt vistas i hemmet eller på sjukhus (ca 0,5 %).

Vaccinationsprogrammet är obligatoriskt och har i princip samma innehåll och uppbyggnad som i Sverige, men rubellavaccination (vaccination mot röda hund) utförs ej.

Sammanfattningsvis torde kunna sägas att innehållet i övrigt inte skiljer sig markant från vad vi är vana vid i Sverige.

Den största skillnaden torde ligga i de metoder som används och självfallet också i den annorlunda synen på barnets psykiska hälsa och utveckling.

Genom att varje barn redan från födelsen "tilldelas" en läkare på en barnpoliklinik och genom den ringa omflyttning av de anställda i Sovjet, har barnen kontinuerlig tillsyn av en och samma läkare upp till femtonårsåldern. Denna läkare är då ansvarig för barnets hälsa och kan utnyttja poliklinikens specialister vid behov. En sådan poliklinickläkare har det direkta ansvaret för ca 800 barn och är den läkare som gör nödvändiga hembesök.

Samtidigt med detta konstaterande förtjänar det också nämnas att den medicinska vetenskapen också har en direkt funktion i det miljövårdande

arbetet. Förutom att den medicinska forskningen ger vissa data om t. ex. färgsättning, belysning, akustik eller lämplig temperatur i klassrummen, deltar läkare aktivt i utformandet av läroböcker, vid framtagandet av hjälpmedel samt hur dessa metodiskt skall användas med ett samtidigt maximalt skyddande av barnens hälsa osv. Av samma skäl deltar läkarna vid utarbetandet av läsårsplanering och vid bearbetning av läroplanerna. Varje skola har ett pedagogiskt råd där skolläkaren ingår som självklar medarbetare. Vidare kan konstateras att läkaren har en viktig uppgift i samband med yrkesorientering och placering av elever i praktik och arbetsliv. Detta arbete sker i stor utsträckning genom framtagande av medicinska data om den enskilde eleven, som därigenom kan avrådas från visst arbete eller typ av arbete.

III Överväganden och förslag

7 Avgränsning av utredningens uppdrag

I utredningens direktiv anges att "De sakkunniga bör vara oförhindrade att ta upp frågan om behovet av skolhälsovård på folkhögskolor och inom kommunal vuxenutbildning".

Med utgångspunkt i direktiven och efter kontakt med de enheter inom SÖ som har ansvar för folkhögskola och kommunal vuxenutbildning, har utredningen stannat för att begränsa sitt uppdrag till att enbart omfatta skolhälsovården vid grund- och gymnasieskolan samt folkhögskolan. Utredningens beslut har föregåtts av samråd med folkhögskoleutredningen.

I avsnitt 8 återfinns utredningens överväganden och förslag vad gäller skolhälsovården inom grund- och gymnasieskolan.

I avsnitt 9 redovisas utredningens överväganden och förslag avseende skolhälsovården i folkhögskolan.

Skälen till att utredningen stannat för att inte ta upp skolhälsovården för elever inom kommunal vuxenutbildning i sina överväganden och förslag kan i korthet sammanfattas sålunda.

Det bakgrundsmaterial utredningen tagit del av genom SÖ visar att det övervägande antalet studerande inom kommunal vuxenutbildning, åldersmässigt och i övrigt, har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som rimligen bör sökas utanför den för grund- och gymnasieskolan uppbyggda skolhälsovården. Enligt utredningens mening bör de hälsoinsatser som de vuxenstuderande inom kommunal vuxenutbildning kan ha behov av lösas i särskild ordning, i princip genom någon form av organiserad samverkan med den decentraliserade öppna vården t. ex. vårdcentraler. Förslagen i utredningen om framtida studerandehälsovård skulle i vissa hänseenden kunna utgöra mönster.

Utredningen vill också gå in något närmare i frågan om skolhälsovård inom sarskolan och specialskolan. I kapitel 5 har lämnats en översiktlig redogörelse bl. a. för skolhälsovården inom nämnda skolformer. Av denna redogörelse framgår att skillnader föreligger mellan innehållet och utformningen av hälsovården i grundskolan och i sarskolan. Särskilda problem av organisatorisk art kan konstateras redan i dag som en följd av sarskolans integration i det allmänna skolväsendet.

Utredningen har inte haft tidsmässiga möjligheter att i detalj analysera förhållandena inom specialskolornas hälso- och sjukvård. Utredningen har dock haft kontakt med företrädare för specialskolans skollärare och läkare. Med utgångspunkt i omsorgen om eleverna har därvid några problemområden framförts som väsentliga.

De olika specialskolorna är av pedagogiska skäl inriktade på ett huvudsakligt handikapp hos barnen såsom hörselskada, synskada eller vissa angivna kombinerade handikapp. Ur medicinsk synpunkt är en sådan gränsdragning mycket svår att göra. Så har t. ex. cirka 50 procent av barnen på Birgittaskolan i Örebro (hörselskadade elever) tilläggshandikapp av somatisk och psykisk art. I detta sammanhang bör också beaktas att den ökade integreringen av handikappade barn i vanlig skolgång för med sig att den kvarvarande elevgruppen inom specialskolan som helhet har gravare handikapp. Behovet av medicinska omsorger kan därför inte göras med hänsyn till de olika skolorna utan med hänsyn till eleverna inom varje skola. Det är alltså en sådan analys som skall läggas till grund för beräkning av medicinskt-personella resurser.

Från specialskolorna har det framförts önskemål om att SÖ skall avgöra behovet av läkartimmar och att skolläkaren som ansvarar för barnens hälso- och sjukvård skall vara barnläkare. Man önskar också att skolläkaren knyts närmare skolan än vad som varit fallet. Han bör t. ex. vid behov närvara vid elevvårdskonferenser.

En barnläkare som har utbildning och erfarenhet framför allt inom barnneurologi och rehabilitering samt eventuellt också inom barnpsykiatri torde på ett tidigt stadium kunna diagnostisera och behandla förekommande sjukdomar m. m. och på så sätt minska det antal konsultationer, som annars skulle behövts. Han tar med andra ord hand om de barn han eljest skulle få på remiss.

Utredningen som tagit del av de när nämnda förhållandena föreslår med utgångspunkt i elevernas behov av medicinska omsorger att SÖ i samråd med socialstyrelsen får i uppdrag att se över hälso- och sjukvården vid särskolorna och specialskolorna.

8 Skolhälsovården i grundskola och gymnasieskola

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom eller skröplighet.”

Ur Världshälsoorganisationens definition av hälsa.

8.1 Mål och innehåll

8.1.1 Nuläge

Målet för skolan anges i skollagens 1 § på följande sätt:

”Den genom samhällets försorg bedrivna undervisningen av barn och ungdom har till syfte att meddela eleverna kunskaper och öva deras färdigheter samt i samarbete med hemmen främja elevernas utveckling till harmoniska människor och till dugliga och ansvarskännande samhällsmedlemmar.”

Om elevvården anges i Lgr 69 bl. a. följande:

”Allmänt innebär elevvård, att skolan skall söka hjälpa varje elev att lära känna sig själv, att på egen hand bilda sig en uppfattning om de uppgifter, som skola och samhälle ställer, att komma tillrätta med personliga problem, att så långt möjligt utveckla sina olika egenskaper. I denna vidare mening är elevvård alltså inte enbart ett antal särskilda anordningar eller åtgärder, som skolan kan tillgripa, när svårigheter av skilda slag uppträder. Det är snarare fråga om en anda och de arbetsformer, som allmänt bör prägla det dagliga arbetet i skolan. Elevernas egen aktiva medverkan har i detta sammanhang en avgörande betydelse liksom den samhörighet och den samverkan mellan alla dem som deltar i skolarbetet och som är väsentliga villkor för att skolan skall kunna utföra sin uppgift med framgång.”

Gymnasieskolans elevvård bygger på grundskolans och har enligt Lgy 70 samma mål som grundskolans elevvård.

Målet för och innehållet i skolhälsovården anges i skollagens 25 a § enligt följande:

”Skolhälsovården har till ändamål att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Den skall främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.”

Världshälsoorganisationens definition av hälsa som ett tillstånd av ”fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande” understryker betydelsen av att man inom elevvården beaktar elevernas totala situation och relationerna mellan fysiska, psykiska och sociala komponenter.

Det mål som gäller för skolhälsovården innebär att skolhälsovården, tillsammans med elever, hemmen och skolans personal skall verka för att

bevara och förbättra elevernas hälsa såväl i ett kortare som i ett längre tidsperspektiv.

8.1.2 *Förändrat mål – förändrat innehåll*

I föregående avsnitt har utredningen återgett det mål som enligt skollagen gäller för skolhälsovården och det innehåll skolhälsovården förutsätts ha. Utredningen har dessutom refererat andra mera generella och övergripande målsättningar av betydelse för skolhälsovården.

Innan utredningen tar upp frågan om behovet av ett ändrat mål och ett ändrat innehåll för skolhälsovården vill utredningen kortfattat ange några väsentliga drag i den utveckling som ägt rum och som direkt eller indirekt har betydelse för det mål som bör läggas fast för skolhälsovården och vilket innehåll skolhälsovården bör ha i framtiden.

Skolhälsovårdens mål och innehåll har i princip varit oförändrade sedan 1944. Efter den tidpunkten har samhället undergått en snabb utveckling och människornas materiella levnadsvillkor har förbättrats avsevärt. Den utveckling som ägt rum har medfört en ökad geografisk rörlighet med ökad befolkningskoncentration som följd. Sverige har blivit ett invandrarland. Familjestrukturen har förändrats. Familjerna har i dag färre barn. Ett markant inslag i utvecklingen är också att det blivit allt vanligare att båda föräldrarna förvärvsarbetar.

Inom skolans område har en rad stora reformer genomförts. Folkskolan har via enhetsskolan utvecklats till en nioårig grundskola för alla. Den integrerade gymnasieskolan har införts. I grundskolan finns med få undantag alla barn och ungdomar mellan 7 och 16 år. Ungefär 85 procent av årskullen 16-åringar påbörjar antingen direkt efter grundskolan eller senare en ett-till fyraårig utbildning i gymnasieskolan.

Den utveckling som ägt rum, har dock ej enbart haft positiva effekter. Många barn och ungdomar känner otrygghet i sin familjesituation och/eller skolsituation. Invandrarbarnen möter till följd av språkhinder och förändrat kulturmönster speciella problem. Undersökningar visar en markant ökning av psykiska och sociala problem bland barn och ungdomar, ofta med psykosomatiska besvär och missbruksproblem som följd.

Den genom samhällets försorg bedrivna hälso- och sjukvården har kontinuerligt byggts ut och tillförts ökade resurser. Som ett viktigt led i den förebyggande hälsovården före skolåldern ingår hälsokontroller för blivande mödrar och för barn i förskoleåldern.

De undersökningar av eleverna som sedan följer inom skolhälsovården är att se som ett led i den kedja av återkommande hälsokontroller som erbjuds barn och vuxna. Som vuxna får vi del av en förebyggande hälsovård genom företagshälsovården och genom särskilt för vissa sjukdomar inriktade hälsoundersökningar. Hälsokontrollernas inriktning styrs av föränderligheten i de sjukdomar som är mest förekommande i olika åldersgrupper och de riskfaktorer som finns i samhälle, skola och arbetsliv.

Den förebyggande mödrahälsovården har haft stor betydelse för minskningen av antalet sjukdomar under graviditet och av komplikationsrisker i samband med förlossning. Dessutom har mödrahälsovården bidragit till att minska frekvensen medfödda missbildningar samt sjukdomar under ny-

födhetstiden. Barnhälsovården bedriver, som delvis antytts ovan, en hälsoövervakande och handikappuppspårande verksamhet i fråga om alla barn från födelsen upp till skolåldern. Denna verksamhet har väsentligt medverkat till tidig upptäckt av rubbningar i barnens fysiska och psykiska utveckling samt av tillstånd och sjukdomar, som medför eller kan medföra handikapp. Detta har i sin tur inneburit att barnen i tidigt skede kunnat få både medicinsk och social hjälp.

Under de senaste årtiondena har sjukdomspanoramat undergått betydande förändringar (Se rapport nummer 2 från Barnmiljöutredningen. Barns hälsa SOU 1975:32). Detta gäller inte minst barn- och ungdomsårens sjukdomar. Dessa förändringar har delvis påverkat skolhälsovården främst vad avser medel och metoder för verksamheten.

Genom medicinska och tekniska framsteg och hjälpmedel har det i ökad utsträckning blivit möjligt att till livet rädda nyfödda barn med bl. a. medfödda sjukdomar och förlösningsskador som i många fall vållar framtida men och handikapp. Ett ökat antal handikappade – även svårt handikappade – integreras numera i vanliga skolor, vilket bl. a. återverkar på skolhälsovården och dess insatser både kvantitativt och kvalitativt.

Utredningen finner att de nu berörda förändringarna i samhället inom skolan och inom den allmänna hälso- och sjukvården motiverar ett förändrat mål och ett förändrat innehåll för skolhälsovården.

Enligt utredningens mening bör skolhälsovårdens mål vara att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och att verka för sunda levnadsvanor hos dem.

När det gäller skolhälsovårdens innehåll anser utredningen att skolhälsovården även i fortsättningen främst skall vara av förebyggande natur men att den även kan innefatta en till sin form och sitt innehåll enklare sjukvård. Med sådan sjukvård avses endast enklare medicinska åtgärder inom ramen för befintliga resurser på skolhälsovårdsmottagningen samt första hjälpen vid olycksfall och akuta insjuknanden i skolan. Vidare bör ingå att vid behov remittera elev för utredning och behandling inom den allmänna sjukvården. Sjukvården får inte ta sådan omfattning att den inkräktar på tid och kapacitet avsedda för den förebyggande vården som är skolhälsovårdens primära uppgift.

8.2 Medel och metoder

8.2.1 Allmänt

Skolhälsovården arbetar huvudsakligen på tre sätt, nämligen med

- uppsökande verksamhet,
- förebyggande verksamhet,
- behandling och åtgärder.

En förutsättning för en väl fungerande skolhälsovård är att ett nära och förtroendefullt samarbete kan etableras inte bara med eleven själv utan också med målsmän, lärare och andra berörda i och utanför skolan.

Uppsökande verksamhet innebär särskilda krav på aktivitet och initiativ

från skolhälsovårdens sida och sker bl. a. genom återkommande hälsokontroller, fortlöpande kontakter med skolans personal och med målsmän samt genom att skolhälsovårdsmottagningen som regel står öppen och kan nås under skoltid även utan föregående tidsbeställning.

Skolhälsovårdens förebyggande verksamhet är dels av allmän och dels av elevinriktad karaktär. Till den allmänt förebyggande verksamheten hör skolhälsovårdspersonalens medverkan när det gäller att förbättra den fysiska och psykiska skolmiljön. Till den elevinriktade delen av verksamheten hör råd, stöd och information till enskild elev eller till grupp av elever liksom andra mer speciella medicinska åtgärder. En viktig del av den elevinriktade verksamheten är skolhälsovårdens medverkan i studie- och yrkesorienteringen (medicinsk syo). Den medicinska syon kan omfatta såväl information om speciella hälsokrav som upplysning om eventuella hälsorisker vid val av studieväg eller yrkesområde.

Enklare medicinsk behandling ingår som ett naturligt led i den förebyggande verksamheten. Åtgärder baseras på den kunskap skolhälsovårdspersonalen har om den enskilde eleven. När denna kunskap inte är tillräcklig får kompletterande medicinsk utredning göras utanför skolhälsovårdens ram efter information till och i samråd med eleven och dennes föräldrar. Mentalhygieniska insatser, t. ex. stödjande samtal, ingår i det förebyggande arbetet och betraktas här ej som medicinsk behandling. Dock gäller även här att resurser utom skolhälsovårdens ram vid behov måste tas i anspråk.

Mot bakgrund av vad nu och tidigare under avsnitt 8.1 (8.1.1–8.1.2) anförts skulle riktlinjerna för skolhälsovården i korthet kunna sammanfattas på följande sätt.

Skolhälsovårdens huvudsakliga uppgift är att i samarbete med framför allt eleven men även med målsman, lärare och andra berörda

- med utgångspunkt i kända fakta bredda och fördjupa kännedomen om eleven och dennes situation,
- därutöver med olika undersökningar bedöma elevens hälsotillstånd och behov ur medicinsk synpunkt samt vidta behövliga åtgärder även med hänsyn till studie- och yrkesval,
- följa elev med brister i hälsotillståndet,
- vid utredning om elev med skolsvårigheter bidra till en allsidig bedömning av eleven och bidra med förslag till åtgärder,
- till rektor och/eller elevvårdskonferensen föreslå stödåtgärder inom skolans ram,
- med hälsoupplysning söka förebygga sjukdom och verka för goda och hygieniska levnadsvanor och god arbetshygien,
- medverka till en generellt god arbetsmiljö inom skolan,
- stimulera eleven till att aktivt medverka till en gynnsam fysisk och psykisk utveckling.

I den mera ingående analys av skolhälsovårdens medel och metoder som följer i de följande avsnitten anknyter utredningen till de ovan punktvis angivna uppgifterna för skolhälsovården.

8.2.2 Fördjupning av elevkännedomen

Skolläkare och skolsköterska måste ha god kännedom om elevens hälsotillstånd och därmed sammanlänkade faktorer av psykisk och social art som grund för de bedömningar och åtgärder vilka kan behöva göras i samverkan inom skolan och i samverkan med enskilda elever och föräldrar.

Skolhälsovården får information genom barnhälsovårdsjournalerna vilka regelmässigt överförs till skolan (MF 39:1969). Väsentliga uppgifter förs över till journalen beträffande ärftliga faktorer, pre- och perinatale faktorer (dvs. inträffade skeenden före och omkring födelsen), resultat av utredning och behandling hos läkare, sjukhusvistelser m. m..

Viktiga medicinska data om eleven kan också vid behov inhämtas från sjukhus och vårdcentraler, från den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU) samt från personalen vid förskola och fritidshem.

Föräldrar och elever ger upplysningar bl. a. genom de frågeformulär som sänds till hemmen. Frågeformulären skall ses som möjlighet – inte tvång – att få meddela det som föräldrar/elever finner viktigt att skolläkaren och skolsköterskan känner till. Utredningen har givit förslag till utformning av frågeformulär avpassade för årskursundersökningar i årskurs 1, 4 och 8 samt årskurs 1 i gymnasieskolan (se bilaga 3). Utredningen har bedömt det som värdefullt att ha ett för hela landet enhetligt formulär. Det bör alltid stå öppet för föräldrar och elever att muntligt komplettera frågeformuläret.

Lärare och annan skolpersonal tillför också skolhälsovården information om eleverna vilken skall vägas in i den slutliga bedömningen.

Anamnesen, dvs. i detta sammanhang uppgifter om förhållanden som kan vara av betydelse för elevens hälsa, är av mycket stort värde. För skolans hälsovård byggs anamnesen upp på det sätt som beskrivits här. Av detta framgår också att det är i elevens arbets- och fritidsmiljö som de flesta vägledande observationerna har gjorts.

I anslutning till anamnesen görs undersökningar som också de kan tillföra viktiga upplysningar. Dessa undersökningar kan leda till att speciella utredningar bör utföras. Den slutliga bedömningen görs utifrån anamnes och undersökningsresultat varefter eventuell behandling planeras och genomförs.

Skolhälsovårdens arbetsmetoder bygger på att samråd sker med elever, föräldrar, lärare, skolledare och övriga elevvårdsfunktionärer. Detta samråd bör ske både inom och utom elevvårdskonferensens ram.

Utredningen vill understryka hur viktig föräldrars närvaro och medverkan vid undersökningarna är för barnet, för hemmet och för skolan. Det är ett stöd för alla parter om föräldrar följer barnet och är med vid undersökningen i framför allt första årskursen. Skolhälsovården å sin sida bör göra föräldrar mer medvetna om möjligheterna att närvara även vid andra tillfällen. Särskilt kan nämnas vikten av personligt samråd vid behov av enskild medicinsk yrkesvägledning.

Utredningen understryker värdet av att utveckla ett förtroendefullt samarbete med hemmen. Detta samarbete kan skapas bl. a. genom

"med utgångspunkt i kända fakta bredda och fördjupa kännedomen om eleven och dennes situation"

- ett klargörande av skolhälsovårdspersonalens tystnadsplikt och de sekretessbestämmelser som gäller exempelvis elevhälsovårdsjournalen och dess hantering,
- att skolhälsovårdspersonalens informationskanaler till övrig skolpersonal fungerar när det gäller elever med brister i hälsotillståndet som t. ex. barn med allergier, barn med behov av särskild kost m. m.,
- information om skolhälsovårdens del i utredningsarbete vid t. ex. uttagning till specialundervisning,
- en öppen redovisning av det samarbete som äger rum mellan skola och exempelvis socialförvaltning, psykisk barn- och ungdomsvård och inom skolan mellan olika befattningshavare
- upplysningar om vilka kontakter som kan komma att tas från skolhälsovårdspersonalens sida för hembesök, för att inhämta upplysningar om smittsamma sjukdomar etc.,
- ett klarläggande av vad som är obligatoriskt för eleven, såsom t. ex. årskursundersökningar och vad som är ett erbjudande, såsom t. ex. vaccination,
- information om förekommande rådgivning i sexual- och samlevnadsfrågor, undersökningar och praxis när det gäller samarbetet med hemmen i dessa frågor,
- väl utvecklade rutiner i kontakten mellan lärare, skolhälsovård och hemmen vid sjukdom hos eleven, vare sig sjukdomen upptäckts hemma eller i skolan,
- information till föräldrarna om hur långt skolans ansvar sträcker sig vid olyckshändelser och sjukdom,
- upplysning om att det är sörjt för att yngre elever under skoltid alltid åtföljs av vuxen till t. ex. sjukhus om föräldrarna inte kan medfölja,
- en väl tillrättalagd service för invandrare (tolkhjälp etc).

I skolan är det framför allt lärarna som har den fortlöpande kontakten med eleverna och kännedom om deras situation. De har därför goda möjligheter att iaktta eventuella förändringar i elevernas hälsotillstånd. Genom utredningens enkätundersökning till olika befattningshavare i skolan framkom att klasslärare/klassföreståndare var den kategori befattningshavare i skolan som skolsköterskorna hade störst behov av att ta kontakt med. Enkätundersökningen visar dock att möjligheterna att ta denna önskade kontakt med lärarna inte är tillfredsställande. I enkäterna uppges flera orsaker till detta, bl. a. bristande tidsmässiga resurser för skolhälsovårdspersonalen och skolhälsovårdsmottagningarnas placering i skolan ofta långt från lärarrum och expeditiionslokaler. Alltför ofta saknas ett förtroendefullt samarbete mellan skolhälsovårdspersonal och lärare bl. a. på grund av bristande information om skolhälsovårdens funktion och arbete.

För att skapa ett gott och förtroendefullt samarbete mellan skolhälsovårdspersonalen och lärarna vill utredningen understryka följande:

- Skolhälsovårdsmottagningen i skolan bör placeras så att den inte bara lätt kan nås av eleverna utan också av lärarna, psykologerna och kuratorerna samt så att skolhälsovårdspersonalen lätt skall kunna besöka skolpersonalens uppehållsrum,
- Gemensam planering bör ske med lärarna av den del av skolhälsovårds-

arbete som berör dessa, liksom utarbetandet av rutiner som rör gemensamma elevärenden. Som exempel på vad som bör planeras gemensamt kan nämnas årskursundersökningar och vaccinationer, hälsofrågor t. ex. om kost och motion eller alkohol- narkotika- och tobaksfrågor, rutiner för anmälan om frånvaro eller för uttagning till samordnad specialundervisning bl. a. i gymnastik.

Skolhälsovårdspersonalen bör inhämta information om eleverna från lärarna före årskursundersökningarna samt efter dessa meddela lärarna eventuellt gjorda iakttagelser, som kan ha betydelse för undervisningssituationen och den enskilde elevens skolsituation. Gymnastiklärarna har därvid goda möjligheter till och erfarenhet av att bedöma elevernas fysiska status. Gymnastiklärarna har också stort behov av att få kännedom om iakttagelser som kan ha betydelse för eleven i gymnastikundervisningen. Vid all kontakt mellan skolhälsovården och annan skolpersonal förutsätts givetvis att elevernas integritet respekteras.

Fördjupat samarbete mellan skolhälsovårdspersonal, skolpsykolog, skolkurator och syofunktionär är en förutsättning för att få en allsidig belysning av elevens situation. Enkätundersökningen till befattningshavare i skolan visar också att det föreligger ett behov av ökad kontakt från samtliga elevvårdares sida. Som exempel kan nämnas att skolläkarna uppgav störst behov av att ofta ta kontakt med skolkurator och skolpsykolog, medan dessa var de befattningshavare man i minst utsträckning hade "tillräcklig" kontakt med.

Skolhälsovårdsutredningen föreslår följande åtgärder för att öka förutsättningarna för ett konstruktivt samarbete:

- Gemensam planering av elevvården bör ske kontinuerligt både när det gäller långsiktig planering och en kortsiktig bedömning av åtgärder för enskild elev.
- Skolhälsovårdspersonal, skolpsykolog och skolkurator bör planera sina arbetstider så att man har möjlighet att träffas på en skola i rektorsområdet samtidigt. Detta innebär att man bör ha mottagningslokalerna placerade i närheten av varandra för att underlätta kommunikationen för både elever och elevvårdspersonal.
- Gemensamt utarbetande av rutiner och arbetsformer när det gäller behandling av enskild elev och de kontakter som behöver tas med föräldrar, skolans övriga befattningshavare och institutioner utanför skolan. Utredningen föreslår därför i kap. 8.2.3 att en behandlingsplan bör upprättas för elever med hälsoproblem.

Utredningen förutsätter att man i elevvårdsarbetet tar tillvara olika personalkategoriernas kunskaper och erfarenheter. Gemensamt bör man söka de bästa lösningarna för elever med svårigheter varvid den befattningshavare som har den bästa kontakten med eleven också bör vara beredd att ta på sig ansvar för uppföljningen av eleven.

Befattningshavare såsom skolmåltidspersonal, vaktmästare, skolvärdinna och fritidsassistent gör i sin verksamhet erfarenheter och iakttagelser som kan bidra till att ge en allsidigare bild av elevernas skolmiljö, kamratkontakter m. m. Ökade kontakter även med dessa befattningshavare bör

möjliggöras. Detta kan ske som en del i skolans program för samarbete i t. ex. allpersonalkonferenser – eller genom initiativ från antingen skolhälsovården eller andra elevvårdare.

Skolhälsovårdspersonalen är de enda befattningshavare i skolan som har lagstadgad tystnadsplikt. Detta förhållande ger skolläkaren och skolsköterskan en unik ställning i skolan. Enligt utslag i Regeringsrätten (1975-06-04, dnr 2914-74, 3011-74, 3030-74 och 3001-74) har endast skolläkare och skolsköterska rätt att handha elevhälsovårdsjournaler och är därmed också de enda befattningshavare som har tillgång till de uppgifter som finns där. Justitieombudsmannen har genom utlåtande 1975-02-06 (dnr 168/75) fastställt elevs rätt att ta del av sin journal. Sammanfattningsvis kan följande citeras ur detta utlåtande ” . . . eleven endast äger rätt att ta del av uppgifter som rör hans egna personliga angelägenheter. Därest föräldrar eller annan lämnat uppgifter angående t. ex. elevens anhöriga eller förhållanden inom familjen eller släkten äger han sålunda icke utan de berördas medgivande ta del av vad därvidlag finns antecknat om deras personliga förhållanden. Sådan del av hälsokortet får således inte utan vidare utlämnas till eleven . . . En fråga som i detta sammanhang tilldrar sig intresse är vilken ålder elev skall ha uppnått för att kunna själv utan målsmans medverkan begära att få ta del av sitt hälsokort. Härom lämnas inte något svar vare sig i tryckfrihetsförordningen eller annan lag eller författning. Av allmänna rättsgrundsatser får emellertid anses följa att eleven skall ha rätt att få ta del av sitt hälsokort om han uppnått erforderlig mognad. Som jämförelse i fråga om vilken ålder och mognad ett barn skall ha uppnått för att dess egen viljeförklaring skall tillmätas betydelse kan nämnas följande bestämmelser i föräldrabalken. I 4 kap. som handlar om adoption stadgas i 5 § att utan eget samtycke får den som fyllt 12 år ej adopteras. I 21 kap., som handlar om verkställighet av dom eller beslut rörande vårdnad m. m., stadgas i 4 § att om barnet fyllt 15 år, får verkställighet icke ske mot dess vilja, utan att länsrätten finner det nödvändigt till hänsyn till barnets bästa. Det samma gäller även om barnet ännu ej fyllt 15 år men nått sådan mognad att dess vilja bör beaktas på motsvarande sätt. Vidare gäller enligt bestämmelserna i barnavårdslagen att underårig som fyllt 15 år äger föra talan i mål eller ärende enligt denna lag.

Som allmän grundsats torde kunna anges att den underåriga skall ha ett visst mått av omdömesförmåga i det individuella fallet för att hans talan skall beaktas. En handling från den underåriges sida kan medföra ej förutsatt verkan om inte den underåriga förstår innebörden av handlingen.”

En fråga i sammanhanget är vilka uppgifter som kan utlämnas till övriga befattningshavare i skolan. Uppgifter om t. ex. nedsatt syn eller hörsel kan ha pedagogiska konsekvenser och är av den karaktären att föräldrar eller eleven knappast kan ha invändningar mot att de utlämnas. Däremot kan givetvis finnas noteringar som, även om de har betydelse för elevens skolsituation, av eleven själv kan bedömas vara av den art att de inte får utlämnas. Skolläkaren och skolsköterskan har själva att avgöra från fall till fall vilken information som är lämplig att ge. I alla sådana fall skall enligt utredningens mening medgivande ha givits av eleven eller i förekommande

fall av föräldrar. I det vardagliga arbetet bereder dock inte tystnadsplikten några större svårigheter efter vad utredningen inhämtat.

8.2.3 Undersökningar och åtgärder

De olika undersökningar och därav föranledda åtgärder, som kan företagas inom skolhälsovårdens ram, kan schematiskt delas in på följande sätt:

- årskursbundna undersökningar,
- andra undersökningar som föranleds av att elev har brister i hälsotillståndet eller har svårigheter i skola eller annan miljö,
- övriga undersökningar föranledda av t. ex. en begäran om sådan av eleven själv, av målsman eller av annan elevvårdande personal eller i samband med studie- och yrkesorientering,
- undersökningar föranledda av akut insjuknande eller av olycksfall,
- vaccinationer samt för- och efterarbete vid dessa.

"därutöver med olika undersökningar bedöma elevens hälsotillstånd och behov ur medicinsk synpunkt samt vidtaga behövliga åtgärder även med hänsyn till studie- och yrkesval"

Årskursundersökningarna

Syftet med de årskursbundna hälsoundersökningarna är att tidigast möjligt finna elever med sjukdom, annat handikapp, skolleda eller liknande. Undersökning utförd av både skolsköterska och skolläkare, föreslås av utredningen förlagda till årskurserna 1, 4 och 8 i grundskolan samt till årskurs 1 i gymnasieskolan.

De metoder man använder sig av i det diagnostiska arbetet är upptagande av anamnes, klinisk undersökning samt vissa laboratoriemetoder för screening (undersöka med avseende på viss sjukdom).

Hälsokontrollen i gymnasieskolan bör föregås av information till eleverna om undersökningens syfte och uppläggning. Den kan underlättas om eleverna avlämnar skriftlig hälsodeklaration. Vid undersökning i gymnasieskolan beaktas särskilt sambandet studie/yrkesval och hälsa. Det är viktigt att i samband med alla undersökningarna tillfälle ges till samtal med såväl elev, föräldrar som lärare och annan elevvårdspersonal.

ANAMNESEN är, som tidigare nämnts i avsnitt 8.2.2, det viktigaste medlet för att kunna upptäcka handikapp och sjukdom av fysisk och psykisk art. Den kommer också att utgöra ett viktigt medel då det gäller att diagnostisera och behandla psykosociala störningar och skolproblem.

UNDERSÖKNINGAR görs av såväl skolsköterska som skolläkare.

Utredningen föreslår följande riktlinjer för undersökningarna. Skolsköterskan undersöker eleverna med avseende på längd, vikt, kroppsbyggnad, eventuell ryggförändring, syn, färgsinne, hörsel, proteinuri samt bakteriuri (äggvita resp. bakterier i urinen), i en omfattning som anges i det följande.

I skolsköterskans arbete ingår också att komplettera anamnesen, förbereda och organisera läkarundersökningen och kontakten mellan lärare och läkare.

Skolläkare bedömer fynd och iakttagelser som skolsköterskan gjort och de fynd som görs vid den egna undersökningen. Undersökningen omfattar det som anges nedan men kan behöva utvidgas med hänsyn till vad som framkommit i anamnesen.

Allmäntillstånd och utveckling

hud

ögon

öron

svalg, näsa

tänder

sköldkörtel

lymfkörtlar

hjärta, cirkulation

lungor

buk

genitalia

rygg

extremiteter

nervsystem

psykisk utveckling och beteende i samband med undersökningen
tal

Allmäntillstånd och kroppsutveckling – innebär en helhetsbedömning av eleven och innefattar kroppslig utveckling. Längd/viktmätningar görs i årskurs 1, 2, 4, 6 och 8 i grundskolan samt årskurs 1 i gymnasieskolan. En grov bedömning av pubertetsutvecklingen bör göras men behöver ej rutinmässigt markeras i tillväxtkurvan. Pubertetsutveckling stadium 2 enligt Tanner före 9 års ålder hos flickor och före 10 års ålder hos pojkar eller avsaknad av sådan hos flickor vid 13 år och pojkar vid 14 år bör uppmärksammas och bedömas för eventuell åtgärd. (Tanner, J. M.: Growth at adolescence, second edition. Oxford: Blackwell Sci. Publ. 1962)

Hud – undersökning med avseende på hudförändringar och hudsjukdomar.

Ögonundersökning – synskärpeprövning och yttre inspektion i grundskolans årskurs 1, 2, 4, 6 och 8 samt i gymnasieskolans årskurs 1.

Översynhetstest i grundskolan årskurs 2.

Färgsinnesprövning utförs i grundskolans årskurs 6.

Framtagande av anamnestiska data hos elever med subjektiva besvär vid läsning eller annat närbete samt bedömning av dessa med avseende på synfunktionens eventuella roll som orsak till besvären.

Remittering till ögonläkare eller leg. optiker enligt vissa grundprinciper. (Bilaga 4).

Öronundersökning – inspektion av hörselgång och trumhinnor i åk 1 i förekommande fall.

Hörselundersökning med hjälp av audiometer i åk 1, 4, 8 i grundskolan och gymnasieskolans åk 1.

Remittering till hörselprov/öronläkare enligt vissa grundprinciper. (Bilaga 4).

Svalg – inspekteras och näspassage bedöms.

Tänder – en grov bedömning av tänder, bett och tandgenombrott. Detaljbedömning och behandling åvilar folktandvården.

Sköldkörteln – bedöms framför allt hos flickor i årskurs 8.

Lymfkörtlar – palperas (känna med handen).

Hjärta, cirkulation – hjärtat auskulteras (lyssnas på). Femoralispulsarna (ljumskpulsar) palperas i årskurs 1 i grundskolan. Blodtrycksmätning behöver ej rutinmässigt utföras men bör göras vid befarad blodtryckssjukdom. Det gäller både grundskola och gymnasieskola.

Lungor – lungauskultation (andningen avlyssnas) bör göras vid anamnes på hosta eller andningsbesvär.

Buk – bukorganen palperas. Eleverna undersöks på förekomst av bråck i stående ställning; i flertalet fall kan diagnosen ställas enbart på typisk bråckanamnes.

Genitalia – i årskurs 1 i grundskolan kontrolleras att testiklarna finns i pungen eller kan föras ned där utan stramning samt att urinrörsmynningen finns på rätt plats. Undersökning av förhuden kan göras redan i årskurs 1 och 4. Åtgärd behöver ej insättas förrän i årskurs 8 om förhuden då ej kan dras tillbaka.

Ryggen – inspekteras. Eleven undersöks något framåtböjd för att man lättare ska kunna påvisa förekomst av skolios (snedrygg). I vissa fall kan den idiopatiska skoliosen (snedrygg vars orsak är okänd) förväntas uppträda vid den kraftiga tillväxten mellan 4:e och 8:e årskurserna, varför ryggen även bör undersökas av skolsköterskan i åk 6.

Extremiteterna – undersöks på förekomst av felställningar.

Nervsystem – om ej anamnesen ger anledning till mer ingående neurologisk bedömning låter man eleverna gå raskt fram och tillbaka i undersökningsrummet. Därvid studeras gångsätt och symmetri, armarnas medrörelser, fotens isättande och avveckling, eventuell hälta samt precision vid vändning. Växelhopp och hopp på ett ben i sänder kan komplettera gångbedömningen.

Psykisk utveckling och beteende – här noteras om något anmärkningsvärt framkommit vid undersökningstillfället eller vid komplettering av anamnes från elever, föräldrar, lärare och annan skolpersonal.

Tal – här noteras vad man vid undersökningen finner bl. a. då anamnesen givit misstanke om talrubbing.

LABORATORIEMETODER: Morgonurinen prövas på förekomst av äggvita hos pojkar och flickor i årskurs 1 i grundskolan. Flickornas morgonurin undersöks på förekomst av bakterier i årskurs 1 i grundskolan. Vid övriga årskursbundna kontroller undersöks endast elever med anamnes på tidigare urinvägsinfektion.

Hemoglobinhalt ("blodvärde") och sänkningsreaktion (i dagligt tal kallad "sänka") bör vid behov kunna bestämmas men dessa undersökningar göres ej rutinmässigt.

Med hänsyn till anamnes, undersökningsresultat och därmed jämställda förhållanden upprättas en behandlingsplan, respektive uppföljningsplan, för eleven.

För samtliga undersökningar gäller att föräldrar meddelas anmärkningsvärda resultat. Skolsköterskan har ansvar för att föräldrar vid behov meddelas gjorda iakttagelser och eventuella förslag till åtgärder. Lärare och annan berörd skolpersonal informeras om sådant som är av betydelse för elevens skolsituation. Elever som kräver hjälp utöver vad skolhälsovården och elevvårdsteamet kan ge remitteras vidare för behandling.

Vissa sjukvårdsinsatser kan bli aktuella. Omfattningen av dessa styrs bl. a. av skolläkarens och skolsköterskans utbildning och tilldelad tid för arbetet

i skolan. Den sjukvårdsinsats som görs inom ramen för skolhälsovården är kostnadsfri för eleven. Direkt insatt behandling av vissa symtom m. m. bidrar till att minska onödigt långa avbrott i undervisningen och kan vara till hjälp för föräldrar som kan ha svårt att ta ledigt från arbetet för besök med sina barn på sjukvårdsmottagning med de långa väntetider man där måste räkna med.

Andra undersökningar

Som angivits i avsnitt 2.2.3 kan skolhälsovården i korthet sägas omfatta tre huvudgrupper av elever

- samtliga elever inom ramen för årskursundersökningarna,
- elever som p. g. a. brister i hälsotillståndet är i behov av extra hälsokontroller. Utredningen behandlar denna fråga i avsnitt 8.2.4,
- andra elever som besöker mottagningen för personliga problem eller befarad sjukdom.

Antalet elever, som söker tillfälligt (kallade ströelever), har enligt samstämmiga uppgifter ökat de senaste åren. Bland dessa finns elever med akuta somatiska åkommor men också många oroliga och kontaktsökande elever, som oftast inte blir föremål för någon undersökning utan främst är i behov av en vuxenkontakt eller tid för ett samtal. Utredningen anser det utomordentligt viktigt, att skolsköterskan ges rimliga möjligheter att ägna just denna kategori besökare den tid de behöver. En stunds vila, ett samtal, ett tillfälle att tala ut om aktuella problem kan ibland räcka för att eleven skall känna sig motiverad att återvända till undervisning eller andra aktiviteter.

Akuta insjuknanden eller olycksfall

De akuta insjuknande eller olycksfall som inträffar i skolan under tider då skolläkare och/eller skolsköterska finns närvarande föranleder ofta en första preliminär undersökning för att avgöra om skolhälsovården själv kan ge vård eller behandling eller om hänvisning måste ske till lokal sjukvårdsinrättning. Det är i det senare fallet viktigt, enligt utredningens mening, att samarbetet med dessa sjukvårdsinrättningar är så gott att direktkontakt kan erhållas för att eleven vid behov skall kunna få omedelbar vård eller behandling. Skolläkare/skolsköterska bör också få meddelande från sjukhus-/vårdcentral om vad som i fortsättningen bör iaktas med hänsyn till t. ex. genomgången sjukdom, olycksfall eller konvalescens i övrigt.

Annorlunda ställer det sig de gånger akuta insjuknanden eller olycksfall inträffar i skolan på tider när skolhälsovårdspersonalen inte tjänstgör. Utredningen understryker betydelsen av att skolläkaren och skolsköterskan i samverkan med övrig personal och föräldrarepresentanter utarbetar rutiner för hur den icke medicinskt skolade personalen skall kunna hjälpa eleverna vid dessa tillfällen. Det är därvid av stor vikt att skriftliga instruktioner ges varje anställd och att dessa instruktioner är så utformade att även tillfälligt anställda vikarier vet hur de skall handla vid t. ex. olycksfall och akuta insjuknanden. Utredningen vill också påpeka lämpligheten av att även

eleverna bör ha information och kunskap om hur de vid sådana tillfällen bäst skall hjälpa sina kamrater.

Övriga undersökningar

Undersökningar utförda av skolläkare eller skolsköterska kan också bli aktuella på grund av t. ex. en begäran om sådan av eleven själv eller av förälder. Dessa undersökningar kan vara medicinskt betingade men kan också gälla den pedagogiska situationen. Beroende på arten av begärd undersökning, disponibel tid samt lokala bestämmelser avgör skolläkaren eller skolsköterskan om de själva kan utföra undersökningen eller om de skall hänvisa eleven till annan vårdinstans. Som exempel kan nämnas att hörselprov kan behöva göras på elever som varit hemma på grund av t. ex. öroninflammation eller övre luftvägsinfektioner med ansvällning av halsmandlar eller körtel bakom näsan. Vidare bör skolhälsovården ges tid till att bedöma elever med allmänna symtom såsom t. ex. trötthet och aptitlöshet. Utredningen vill i detta sammanhang påpeka vikten av en god samverkan med eleverna och hemmen. Den enskilda skolan bör varje läsår informera hemmen om de rutinåtgärder som bör vidtagas vid inträffad sjukdom och om de efterkontroller skolhälsovården kan utföra.

Utredningen finner det angeläget att den medicinska yrkesvägsledningen förstärks och förbättras. Syftet med denna vägledning är att bevaka sambanden mellan hälsa och val av studieväg eller yrkesområde. Den skall utvecklas jämsides med och i nära samarbete med skolans studie- och yrkesorientering.

Elever, som bedöms vara i behov därav, skall vid varje valtillfälle, liksom vid praktisk yrkesorientering (pryo) eller annan praktikverksamhet, upplysas om de eventuella hälsorisker som bedöms föreligga. Detta gäller i första hand för elever som från grundskolan går över till fortsatta studier i gymnasieskola, liksom också för elever som avbryter studierna i grundskola eller gymnasieskola. Skolhälsovården har ett särskilt ansvar för uppföljningen av de elever som intagits på de olika yrkesinriktade studievägarna i gymnasieskolan. Denna uppföljning bör vara inriktad på att ha beredskap för att redan i ett tidigt skede kunna vidtaga erforderliga åtgärder.

Initiativ till medicinsk yrkesvägledning åvilar i stor utsträckning skolhälsovården, men också syokonsulent/yrkesvalslärare, föräldrar och elever. Utredningen vill därför understryka betydelsen av lagarbete inom elevvården även inom detta område. Utredningen finner vidare att en ökad informationsverksamhet om sambandet mellan hälsa och val av studieväg eller yrkesområde är önskvärd. Därigenom bör bland annat antalet felval till gymnasieskolan minskas och antalet studieavbrott i gymnasieskolan minska men framför allt ges den enskilde eleven större trygghet och möjlighet till korrekt val.

Med anknytning till detta vill skolhälsovårdsutredningen ta upp frågan om arbetsboken, dess funktion och framtid. Som refererats i avsnitt 4.10 har arbetsmiljöutredningen föreslagit att arbetsboken skall slopas.

Arbetsboken infördes när den allmänna skolplikten var sex år och bara en mindre del av eleverna fortsatte sin skolgång. Arbetsbok, försedd med läkarintyg, fordras för varje anställning av minderårig arbetstagare. Som

minderårig räknas ungdom från 13 till 18 år. Arbetsboken har inneburit en avsevärd arbetsbelastning för skolsköterskor och skolläkare om dessa tjänstgjort på främst högstadiet men också i gymnasieskolan. Detta skall ses mot arbetsmiljöutredningens konstaterande att "systemet ej varit möjligt att tillämpa i praktiken".

Skolhälsovårdsutredningen vill framhålla att merparten av ungdomarna i aktuell ålder har kontinuerlig tillsyn i skolhälsovårdens regi. Information till enskilda elever liksom eventuella kontakter med företagshälsovårdens läkare eller motsvarande syns ligga inom det medicinska yrkesvägledningsarbetet. Utredningen finner i likhet med arbetsmiljöutredningen inte skäl att bibehålla arbetsboken, men föreslår att den ersätts av annan form av informationssystem. Detta kan t. ex. ha formen av ett medicinskt meddelande som överlämnas till eleven i samband med den enskilda medicinska yrkesvägledningen.

De elever som inte går vidare till fortsatta studier direkt efter grundskolan eller inte finner någon anställning, är idag föremål för viss uppsökande verksamhet från skolans sida. Skolhälsovårdsutredningen finner det naturligt att den hälsovård som kan bli aktuell i samverkan med skolans uppsökande syso-verksamhet bör kunna ges inom skolhälsovårdens ram anpassad efter behovet i varje enskilt fall.

Vaccinationer

De vaccinationer som nu erbjuds skolans elever är vaccination mot polio, difteri, stelkramp, smittkoppor, tuberkulos samt röda hund. Under utredningens gång har socialstyrelsen fattat beslut om ett tidsbegränsat allmänt anstånd med den obligatoriska ympningen mot smittkoppor av barn. I samråd med skolöverstyrelsen har även beslutats att den frivilliga revaccinationen i skolhälsovårdens regi skall upphöra i och med vårterminen 1976.

Poliovaccinering utförs under skoltiden enligt gällande rekommendationer.

Vaccination mot stelkramp/difteri utföres i allmänhet i grundskolans årskurs 2.

Smittkoppsvaccination görs tills vidare inom de vårdinriktade studievägarna.

Eleverna på högstadiet, företrädesvis i årskurs 8, tuberkulinprövas och de negativt reagerande tillråds BCG-vaccination. För elever inom vårdinriktade studievägar och för elever inom livsmedelsteknisk studieväg gäller särskilda bestämmelser. I övrigt bör efter skolläkarens bedömmande t. ex. invandrarfamiljers barn och adoptivbarn från utlandet oavsett årskurs tuberkulinprövas och vid behov erbjudas vaccination.

Vaccination mot röda hund erbjudes samtliga flickor i årskurs 6. Syftet med vaccinationen är att förhindra fosterskador försakade av sjukdomen röda hund under en framtida graviditet.

Utredningen finner inte anledning att mer gå in på vaccinationsprogrammets innehåll eller omfattning.

Utredningen har bl. a. vid konferenser och studiebesök funnit belägg för att eleverna känner trygghet i att injektionerna ges av någon de känner

väl. Utredningen har också funnit att det ligger ett stort värde i att just skolsköterskan sköter detta arbete. Hon får nämligen på så sätt ett naturligt tillfälle att närma sig varje enskild elev under vissa årskurser och lär då känna inte bara denne utan också många gånger vårdnadshavaren. Denna kontakt kan också innebära att eleven ser ett tillfälle att tala med skolsköterskan eller skolläkaren om eventuella problem som annars kanske inte skulle kommit fram. Utredningen föreslår därför ingen förändring i fråga om genomförandet av vaccinationerna.

8.2.4 Elever i behov av särskild hälsokontroll

Skolläkaren och skolsköterskan skall avgöra vilka elever som har sådana brister i hälsotillståndet att de bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Dessa elever skall följas kontinuerligt och med tätare tidsintervaller än vad årskursundersökningarna medger. Uttagning till dessa extra undersökningar görs av skolläkaren och skolsköterskan. Antalet barn som kan ges denna förmån varierar givetvis från skola till skola och är beroende av den tid skolläkaren och skolsköterskan har till sitt förfogande. Utvecklingen har visat att antalet elever som är i behov av extra hälsokontroller har ökat de senaste åren, en utveckling som av allt att döma kommer att fortgå. Främst två skäl talar härför – dels den ökande integrationen av handikappade barn i vanliga skolor och klasser, dels den ökning av antalet elever som kontaktar skolhälsovården på grund av mentalhygieniska problem. Enligt den enkätundersökning som utredningen genomfört anger skolsköterskorna att antalet besök på grund av mentalhygieniska problem har ökat under senare år på samtliga stadier. En del barn genomgår under skoltiden perioder med psykosomatiska besvär, som också kan sammanhånga med utvecklingskedan och sociala mognadsprocesser. Det är skolans och skolhälsovårdens uppgift att så långt möjligt ge dessa elever stöd. Dessa elever har inte så ofta behov av somatiska undersökningar, men väl behov av att få tala med en vuxen. En av skolhälsovårdens uppgifter i detta sammanhang är att analysera symtomangivelserna noggrant för att ej förbise somatisk sjukdom. De vidgade tidsramar som utredningen föreslår bör bl. a. användas till att ägna ökad omsorg åt de elever som är i behov av tätare undersökningar än vad årskursundersökningarna medger. Inte minst gäller det att skapa ökad trygghet åt de handikappade elever som integreras i grund- och gymnasieskolan.

Skolhälsovårdsutredningen vill också fästa särskild uppmärksamhet på inackorderade elever, inbegripet elever på elevhem, långresande elever samt dubbelarbetande elever, dvs. elever som förutom skolarbete även har annat arbete, t. ex. anställning vardagskvällar eller över helgerna. Dessa elever bör med uppmärksamhet följas av skolhälsovården och uppföljningen ingå som ett naturligt led i samarbetet med skolkurator.

"följa elev med brister i hälsotillståndet"

"vid utredning om elev med skolsvårigheter bidra till en allsidig bedömning av eleven och bidra med förslag till åtgärder."

8.2.5 *Utredningar om skolsvårigheter m. m.*

Enligt Lgr 69 skall skolhälsovårdspersonalen delta i det utredningsarbete om elever med skolsvårigheter som anses påkallat. Vid elevvårdskonferenserna skall de ge den medicinska bakgrund som är behövlig för att skapa möjligheter till en förutsättningslös diskussion och planering av åtgärder.

Utredningen vill påpeka vikten av att kontakt tas med skolläkare eller skolsköterska innan beslut fattas rörande specialundervisning, särskild undervisning, jämkad studiegång eller andra elevvårdande åtgärder. Det torde t. ex. vara naturligt, innan en elev ges undervisning i läsklinik eller extra lästråning genom samordnad specialundervisning, att kontrollera hos skolhälsovården vad den senaste ögonundersökningen gav för resultat eller om det kan vara aktuellt med en förnyad kontroll mot bakgrund av gjorda iakttagelser om lässvårigheter. Lika väsentligt är det, enligt utredningens mening, att skolhälsovården kontaktas när elever med anpassningssvårigheter är föremål för utredning. Hälsovårdsmottagningen uppfattas av många elever som en plats där man kan få ventilera sina problem och tala ut om det som irriterar. Skolsköterskan, som av tidsmässiga skäl är den som oftast samtalar med eleverna på hälsovårdsavdelningen, får på detta sätt kunskaper om de problem eleven har och ofta även om de bakomliggande faktorer som kan ha ställt problemen på sin spets. Skolsköterskan kan, i samråd med eleven, ofta fördjupa informationen om den aktuella situationen och verksamt bidra till att bygga upp ett meningsfullt behandlingsprogram.

SÖ:s anvisningar anger två modeller för utredningsförfarandet vid uttagning till specialundervisning, dels det fullständiga utredningsförfarandet, vilket i regel skall tillämpas, dels det s. k. förenklade utredningsförfarandet som endast får användas i akuta fall för att snabbt kunna ge en elev med beteendestörningar och anpassningssvårigheter samordnad observationsundervisning. Denna senare modell utgör ett led i det fullständiga utredningsarbetet och företagen åtgärd får endast vara temporär. Oavsett vilket utredningsförfarande som används bör, enligt skolhälsovårdsutredningens uppfattning, elevvårdsteamet arbeta så nära tillsammans att endast en eller två i teamet behöver ha personlig kontakt med eleven under själva utredningsperioden. De övriga i arbetslaget och också utomstående experter kan genom sina speciella kunskaper diskussionsvägen bistå den som har den direkta kontakten med eleven och hemmet. Ur integritetssynpunkt kan också den fördelen vinnas att elevvårdsteamet egentligen bör kunna arbeta utan att mer än högst ett par personer behöver veta vem eleven är.

För beslut om särskild undervisning, dvs. undervisning för elev som är handikappad, långvarigt sjuk eller motsvarande, krävs enligt skolförordningen (5 kap., 46 §) intyg av den läkare som svarar för elevens vård. Intyg skall utfärdas när läkaren bedömer att elev är förhindrad att delta i det vanliga skolarbetet under minst tre veckor efter det att undervisningen kan påbörjas. För elev som tvingas till upprepad kortare frånvaro kan särskild undervisning anordnas även under kortare frånvaro än tre veckor. Undervisning får, enligt skolförordningen, endast ges om läkaren medger det och meddelas eleven enskilt eller i grupp enligt särskilda bestämmelser. Om undervisningen inte bedrivs vid sjukhus eller annan vårdinstitution ansvarar

särskild lärare för undervisningen. Enligt utredningens mening bör denne lärare, under hela den period som den särskilda undervisningen pågår, stå i nära kontakt med skolhälsovården för att möjliggöra kontinuerlig uppföljning av om undervisningen påverkar elevens handikapp, sjukdom eller konvalescens. Härigenom underlättas en eventuell förändring i beslutat behandlingsprogram och eleven ges ökade möjligheter till förbättrad medicinsk tillsyn och undervisning.

Vissa elever kan inte delta i klassens gymnastikundervisning. Inom den samordnade specialundervisningens ram kan dessa elever få undervisning i gymnastik enskilt eller i grupp. Skolläkaren skall tillsammans med skolsköterskan, klassföreståndare och gymnastiklärare redovisa behovet av sådan specialundervisning. Enligt utredningens mening bör därvid skolläkaren och skolsköterskan bidra till utformningen av de särskilda träningsprogram som skall upprättas och föräldrarna underrättas om detta. Kunskap om den medicinska bakgrunden utgör en förutsättning för att träningsprogrammet ges en utformning som tar hänsyn till elevens svårigheter och bidrager till dennes förbättrade status både fysiskt och psykiskt.

För elever med svårigheter i gymnasieskolan bör motsvarande samråd ske med skolläkare/skolsköterska. Särskilt understryks betydelsen av samråd när det gäller elever som avser att avbryta sina studier.

8.2.6 Stödåtgärder inom skolans ram

För att belysa de olika områden inom vilka skolläkare/skolsköterska bör medverka, görs i texten en uppdelning mellan stödåtgärder av medicinsk, pedagogisk och social art. Det skall dock samtidigt understrykas att skarp gränsdragning mellan områdena ej låter sig göras.

"till rektor och/eller elevvårdskonferensen föreslå stödåtgärder inom skolans ram"

Medicinskt inriktade stödåtgärder

Stödåtgärder skall initieras och genomföras i anslutning till medicinska undersökningsresultat och bedömningar. Syftet är att stärka elevens hälsa och underlätta elevens skolsituation.

Åtgärder som kan komma i fråga är t. ex. remittering till djupgående medicinsk utredning eller att få belysning av ett särskilt sjukdomstillstånd och vad detta kräver av omsorg från skolans sida. I samma syfte kan skolhälsovården behöva ta kontakt med elevens "egen" läkare, dvs. den läkare som har det närmaste ansvaret för barnets vård. Kontakt kan behöva tas med tandvården om elever med speciell medicinering som kan ha betydelse för tandbehandlingen. Skolsköterskan kan också behöva stödja en elev inför tandläkarbesöket.

Pedagogiskt inriktade stödåtgärder

Skolläkaren och skolsköterskan ingår i skolans elevvårdsteam och utredningen vill betona betydelsen av att de också kommer att ingå i den framtida elevvårdskonferensen. Skolans arbetsmetodik förändras även mot ett mer

utpräglat lagarbete där också elevvårdsfunktionärerna förväntas ingå för att stödja elevvårdsarbetet. En väsentlig uppgift för skolhälsovårdspersonalen i detta sammanhang är att kunna ge eventuell behövlig medicinsk bakgrund när förslag lämnas till pedagogiskt inriktade stödåtgärder.

Som exempel på arbetsuppgifter kan nämnas medicinsk bedömning av elevers handikapp. Ett annat exempel är medicinskt ställningstagande till behov av särskild undervisning. Ansvaret för detta kan förväntas ytterligare öka om denna undervisning i framtiden, för elever med anpassningssvårigheter och/eller psykiska problem, i stor utsträckning skall ersättas med särskild anpassad studiegång, vilket föreslagits i regeringens proposition om skolans inre arbete. Till medicinskt-pedagogiska åtgärder hör också bedömning i samband med behov av specialundervisning, skoldaghem och skolveckohem. Medverkan bör ske under inskolningsperioder och vid studieövergångar liksom också vid utredning av frånvarorsaker.

Stödåtgärder av social art

Åtgärder av social art får för skolhälsovårdens del företrädesvis social-medicinsk karaktär. Till detta område kan räknas medansvar för att tillgodose vissa elevers behov av särskild kost och även mellanmål. Skolskjutsfrågan kan ha medicinska aspekter. Omsorg för elever utanför lektionstid och på icke skoltid ingår i mentalhygieniskt inriktad verksamhet. Det kan gälla initiativ för att få fram meningsfyllda aktiviteter utanför lektionstid, lämpligt utformad skolgård m. m. Det kan också gälla viss service åt inackorderade elever och elever på elevhem. Samverkan med hemmen inleds vid barnens skolstart och skall upprätthållas under barnens hela skoltid. Skolsköterskan och även skolläkaren bör i viss utsträckning kunna medverka på av skolan anordnade föräldramöten. Uppgiften på dessa möten bör vara information om den service skolhälsovården kan ge. Samverkan med skolkurator och/eller social centralförvaltning förutsättes.

”med hälsouppllysning söka förebygga sjukdom och verka för goda och hygieniska levnadsvanor och god arbetshygien”

8.2.7 *Hälsouppllysning m. m.*

Det övergripande målet för hälsouppllysning och hälsoundervisning är att få den växande ungdomen att tillägna sig hälsoriktiga vanor. Detta kan, enligt utredningens mening, nås genom att

- öka enskilda individers och hela gruppers faktiska kunskaper på hälsoområdet,
- ge vägledning för den enskilde individens handlande,
- utveckla ett ökat hälsomedvetenhet,
- klargöra hälsofrågornas direkta samband med samhälls- och miljöförhållanden.

Skolhälsovårdsutredningen vill peka på några områden där skolans insatser är särskilt viktiga, nämligen kost och motion, personlig hygien, sexual- och samlevnadsfrågor samt missbruksfrågor.

Kost och motion

I undervisningen i kostfrågor bör enligt utredningens mening skolhälsovårdspersonalen samarbeta med lärare i hemkunskap, biologi och gymnastik. I den praktiska verksamheten krävs samarbete med tandhälsovården, ekonomiföreståndare, skolmåltidspersonal, föräldrar och elever. Målet är att belysa betydelsen av näringsriktiga kostvanor och att skapa förståelse för värdet av matro och trivsel under måltiderna. Undervisningen bör mer ingående behandla samband mellan hälsa-kostfrågor och fysisk aktivitet.

Skolmåltiderna och den miljö i vilken dessa intages har stor betydelse för näringstillförseln och för att vänja eleverna till riktiga kostvanor. I detta inbegrips också lämpliga intervall mellan måltider beräknat efter fysiologiska grunder. Därutöver gäller att vissa elever kan behöva särskilt sammansatt kost och även extra måltid. Skolhälsovården har delansvar i att tillgodose sådana krav. Det kan gälla invandrarbarn, eller barn som av etiska eller religiösa skäl önskar särskild kost, barn med vissa ämnesomsättningsrubbingar såsom diabetes, eller elever med allergi, vegetariska kostvanor eller långresande elever m. fl. Skolhälsovårdspersonalen bör därför medverka till, liksom annan personal, att en näringsriktig och väl sammansatt kost serveras i skolan, att maten serveras under trivsamma och avstressande former samt att miljön kring måltiderna är så välordnad som möjligt för eleven.

Skolhälsovårdspersonalen och gymnastiklärarna bör samarbeta för att hos eleverna väcka intresse och förståelse för värdet av regelbunden fysisk aktivitet. Upplysning om detta är en väsentlig del av friskvården då fysisk aktivitet inte bara har gynnsam effekt på cirkulations- och rörelseapparaten, utan också har en rad goda sidoeffekter. Fysisk aktivitet kan skapa mening åt fritiden samt ge tillfällen till nya kamratkontakter, ge många glädje och självförtroende samt bredda intresset för andra hälsofrågor såsom kost, rökning m. m.

I samband med kost och motion bör också vikten av tillräcklig sömn och regelbundna levnadsvanor framhållas för eleverna.

Personlig hygien

I de kontakter som framför allt skolsköterskan har med eleverna och med lärare som meddelar hälsoundervisning kan olika hygieniska frågor tas upp till diskussion både utom och inom klassens ram, liksom individuellt.

Beroende på elevernas åldrar och olika aktuella situationer bör information lämnas beträffande personhygien såsom kroppslig hygien och smittspridningsrisker, tandhygien och tandhälsa samt klädhygien. Klädhygien kan innefatta klädernas påverkan på huden ur hygienisk synpunkt. Som exempel kan nämnas olägenheterna med att använda vaddjackor och gummistövlar inomhus.

Gymnastikundervisningen ger många tillfällen till upplysning i hygienfrågor och här kan gymnastiklärarna få gott stöd av skolhälsovårdspersonalen. Upplysning om menstruationshygien blir ofta aktuell i samband med gymnastikundervisningen. Gymnastiklärarna och skolhälsovårdspersonalen bör tillsammans med flickorna diskutera dessa frågor och komma fram till

individuella överenskommelser när det gäller deltagande i gymnastik under menstruation.

Sexual- och samlevnadsfrågor

Utredningen instämmer i USSU:s målsättning angående sexual- och samlevnadsundervisningen i skolan men vill dessutom konkretisera delar av undervisningen i följande målsättning:

att arbeta för större medvetenhet om ansvar, hänsyn och omsorg människor emellan inför sexualdebut, i sexuella relationer och samlevnad

att arbeta för god planering av föräldraskap och verka för födelsekontroll med preventiva åtgärder hellre än abort

att minska antalet aborter

att minska frekvensen av sexuellt överförda sjukdomar

Skolläkaren och skolsköterskan kan bidra till skolans sexual- och samlevnadsundervisning med sitt medicinska kunnande. I den direkta undervisningen måste möjligheterna att individualisera sexual- och samlevnadsundervisningen noga övervägas och prövas, detta inte minst med tanke på den mycket stora variationen i fråga om fysisk mognadsgrad. Enligt nyligen framtagna forskningsresultat föreligger exempelvis i årskurs 6 cirka 7 års differens mellan den tidigast mogna flickan och den senast mogna pojken. Skolhälsovårdsutredningen finner det lämpligt att skolläkare/skolsköterska deltar i planering av arbetsområden och undervisning i sexual- och samlevnadsfrågor.

I skolhälsovårdspersonalens hälsouppllysning bör ingå uppllysning till elever om könsorganens utveckling och funktion. Denna sexualuppllysning bör vara av individuell karaktär och förmedla kunskaper om kroppsutveckling och hygien som komplement till skolans samlevnadsundervisning. Den bör ge konkret information med anknytning till den enskilde eleven, till dennes fysiska och psykiska mognad och till elevens aktuella situation. En sådan individuell information bör givetvis rikta sig till både flickor och pojkar. Skolsköterskan har det största ansvaret för denna uppllysningsverksamhet. Hon utgör även en mycket viktig länk i samarbetet mellan hem och skola och understundom också mellan elev och vårdnadshavare. Den rådsökande eleven kan ibland vilja undvika att föräldrarna får vetskap om problem och svårigheter just inom detta område. Skolsköterskan kan då utgöra en länk mellan elev och föräldrar. Hennes uppgift kan därvidlag vara svår. Hon bör alltid sätta den som söker henne i förtroende främst, men samtidigt söka nå fram till samförståndslösningar med föräldrar och om en elev så önskar även direkt medverka vid föräldrasamtal. Självfallet behövs både för elevkonsultationerna och föräldrakontakterna relativt omfattande tidsresurser.

Rådgivning i sexual- och samlevnadsfrågor för skolans elever är, enligt utredningens mening, en angelägen uppgift för skolhälsovården. Innehållet i och omfattningen av denna rådgivning inom skolhälsovårdens ram styrs bl. a. av faktorer som skolläkarens och skolsköterskans utbildning, skolhälsovårdsmottagningens utrustning, tidsmässiga och ekonomiska resurser samt utformningen av lokala bestämmelser.

Skolläkaren och skolsköterskan måste även vara beredda och intresserade av att diskutera etiska, medicinska och psykologiska frågor som kan bli aktuella vid preventivmedels- eller abortrådgivning.

Individuell rådgivning till elever inom skolhälsovårdens ram ställer dessutom krav på rådgivningens organisation och standard. En förutsättning för hjälp åt eleven är att mottagningen anordnas så att eleverna får lätt att nå den rådgivande personalen vare sig rådgivningen sker på skolmottagningen eller på särskild mottagning. Rådgivningen skall ge en allsidig information om alternativa preventivmetoder och för- och eventuella nackdelar med dessa. För att rådgivaren ska kunna finna den lämpligaste metoden för varje elev ur medicinsk och psykologisk synpunkt krävs speciella kunskaper inom dessa områden och om elevens personlighet.

Efter hänsynstagande till bl. a. ovan nämnda faktorer, bör varje skolstyrelse verka för att preventivmedelsrådgivningen för skolans elever utformas så, att den svarar mot det lokala behovet.

Information om de möjligheter till individuell preventivmedelsrådgivning och graviditetstest som finns för eleverna på den lokala skolan eller orten, bör ges till elever och lärare genom skolhälsovårdspersonalens försorg. Dessa bör även informera föräldrarna på t. ex. föräldramöten om sin verksamhet i dessa frågor, men samtidigt framhålla att man har tystnadsplikt i samband med individuella konsultationer.

Beroendeframkallande medel

Undervisning angående beroendeframkallande medel såsom alkohol, narkotika och tobak ges i orienteringsämnena redan från och med lågstadiet. Skolhälsovårdspersonalen bör vara väl insatt i hur denna undervisning bedrivs och bör, då lärarna så önskar, kunna medverka i undervisningen och i gruppdiskussioner med elever och annan elevvårdspersonal. Skolhälsovårdspersonalen bör sträva efter att i nära kontakt med eleverna förebygga och förhindra att beroendeframkallande medel används som t. ex. flyktmedel i krissituationer.

Skolhälsovårdspersonalen bör ha sådana kunskaper och sådant material att man även kan ge upplysning i dessa frågor på skolhälsovårdsmottagningen då eleverna frågar efter sådan, eller då personalen finner det påkallat. Utredningen anser det också värdefullt att skolhälsovårdspersonalen kan informera vid föräldramöten om den upplysningsverksamhet som bedrivs i skolan angående beroendeframkallande medel.

Utredningen vill i sammanhanget ta upp frågan om rökning. Skolan utgör en viktig länk i arbetet med att minska tobaksrökningen och att nedbringa tobaksskadorna. Skolhälsovårdsutredningen ser det därför som viktigt att rökning i skolan inte bara ses som en ordningsfråga utan lika mycket som en hälsofråga samt att åtgärder från skolhälsovården stöttas upp genom intensifierad information och undervisning under hela skoltiden. Utredningen vill också framhålla att motsvarande problem uppkommit med anledning av det ökade nyttjandet av snus.

Skolhälsovårdspersonalen samt främst klasslärarna och lärarna i biologi och gymnastik bör tillsammans med eleverna gemensamt planera arbetet med att nedbringa bruket av tobak i skolan.

"medverka till en generell god arbetsmiljö inom skolan."

8.2.8 Arbetsmiljöfrågor

I skolhälsovårdens uppgifter ingår, förutom det direkt elevinriktade och elevvårdande arbetet, dels att delta i planeringsarbetet vid tillkomst av nya skolor, dels att kontinuerligt öva tillsyn ur medicinsk-hygienisk synpunkt. Detta innebär bl. a. att skolsköterskan skall uppmärksamma skollokalernas hygien samt att skolläkaren skall företa en årlig inspektion av skolan. Rektor skall hållas underrättad om gjorda iakttagelser. Skolläkare har vidare skyldighet att på begäran av skolstyrelse biträda denna i ärenden som rör skolhygieniska förhållanden. I analogi med den målsättning för skolhälsovården som utredningen föreslagit skall skolläkaren och skolsköterskan beakta alla förhållanden som påverkar individens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Detta innebär att arbetet inte endast omfattar rent omgivningshygieniska förhållanden utan att skolläkaren och skolsköterskan bör söka beakta elevernas totala skolsituation och de faktorer som kan ha betydelse för deras hälsa. Då dessa faktorer mycket ofta har lokal karaktär är det, i detta sammanhang, inte möjligt att göra en fullständig förteckning. Utredningen vill dock peka på vissa specifika företeelser, som, oavsett lokala förhållanden, bör ingå som del i skolhälsovårdens uppgifter.

Ny- eller ombyggnad av skolor

Det är, anser utredningen, viktigt att skolhälsovården kommer med i planeringsarbetet av en ny skola så tidigt som möjligt. Utredningen föreslår att, i kommuner med flera skolläkare och skolsköterskor, skolstyrelsen utser en ur vardera yrkeskategorin att medverka i skolbyggnadsärenden. Dessa funktionärer vinner då erfarenhet i sådana frågor och kan tillföra planeringsteamet betydelsefulla kunskap. Utredningen föreslår vidare att kontakt skall etableras med länsläkaren i dessa ärenden. Denne har speciella kunskaper inom det hygieniska området.

De punkter som bör beaktas är

- skolans inplacering i sin omgivning,
- skolstorleken,
- skoltomtens utformning,
- skolbyggnadernas utformning,
- skolans tillgänglighet för handikappade.

Skolans inplacering i sin omgivning

Skolans läge är betydelsefullt ur många olika synpunkter. Erfarenheterna av att t. ex. placera skolor i nära anslutning till eller direkt i affärscentrum är inte uteslutande positiva. Avvägningar måste här göras mellan att ha skolan centralt placerad och fördelen med en kanske lugnare miljö.

Skolan, skolgården och dess omedelbara närhet är under dagtid starkt trafikerade. Gående, cyklande och mopedåkande elever skall ta sig till och från skolan. Lärare och annan personal, ofta bilburna, skall samtidigt slussas in och ut. Dessutom förekommer leveranser av olika slag. Särskilt i skolans omedelbara närhet blir dessa trafikströmmar starkt koncentrerade. Det är

ur trafiksäkerhetssynpunkt önskvärt att en trafikseparering sker i skolans närhet, så att motorfordonstrafik och oskyddade trafikanter ej behöver blandas med varandra. En tillräckligt stor zon kring skolan fri från genomfartstrafik är också värdefull, så att spridning av eleverna medges innan de når mer trafikintensiva zoner.

Även med hänsyn till trafikbuller bör skolor inte placeras nära genomfartsleder, särskilt inte där fordonen på grund av hög hastighet, acceleration eller stigningar bullrar mer än vanligt.

När det gäller luftföreningar måste problemen angripas på ett tidigt planeringsstadium. De meteorologiska förhållandena, bl. a. förhärskande vindriktningar, bör beaktas vid skoltomtens lokalisering i förhållande till förorenande industrier. Skolans egen värmeanläggning bör utformas så att den inte åsamkar olägenheter.

Det är önskvärt att skolor lokaliseras i anslutning till grönområden och andra fritidsområden. Detta ger bl. a. möjlighet till ökad fysisk aktivitet för skolbarnen. Det är också önskvärt att man tar tillvara den naturliga topografin och vegetationen vid planering av skoltomterna.

Skolstorleken

Flera undersökningar har pekat på sambandet mellan skolstorleken och trivseln i skolan. Skolöverstyrelsen rekommenderar (i *petita* 1974/75 och 1976/77) som övre gräns för

lågstadieskola högst 200 elever,
låg- och mellanstadieskola högst 500 elever,
mellan- och högstadieskola högst 600 elever,
högstadieskola högst 700 elever,
gymnasieskola högst 1 200 elever, varvid möjligheten att dela en skolenhet med mer än 1 000 elever bör undersökas.

Givetvis är skolans storlek en faktor som har betydelse för trivseln i skolan, men utredningen vill påpeka att byggnationens utformning och planlösning också kan innebära att skolor med betydligt fler elever än de ovan rekommenderade kan kännas små och intima. Utredningen om skolans inre arbete (SIA) har fortsatt uppdrag inom detta område. Beträknade beräknas framläggas under 1976.

Skoltomtens utformning

SÖ:s anvisningar för skolbyggnader och skolplanering anger bl. a. att skoltomten bör beräknas till 1 000 m² per klass vid maximal utbyggnad av skolanläggningen.

Vid planering av skolan bör skoltomten genom byggnadernas placering delas upp på ett sådant sätt, att varje åldersstadium får sina lek- eller selsättningsbehov tillgodosedda och så att kollisioner och konflikter mellan de olika åldersgruppernas intressen i görligaste mån undviks. Detta är inte mindre viktigt än möjligheter till konstruktiv samverkan mellan grupperna.

För att skolgårdarnas funktion skall kunna bedömas bör man av planförfattaren få reda på hur många barn som samtidigt beräknas vistas på

respektive gård och hur många elever som samtidigt beräknas kunna syssla med någon aktivitet på gårdarna. Man bör också beakta behovet av arrangemang för utevistelse vid dålig väderlek samt av avskilda vrår för elever som vill ha lugn och ro under rasten för läsning, samtal eller liknande. Utredningen vill i detta sammanhang hänvisa till riktlinjer ur serien Skolhus (Liber).

Mobbing som problem vid skolor har diskuterats mycket. Av betydelse att ha i minnet vid planering av skoltomten och byggnadernas läge på denna är lärarnas möjlighet att övervaka skolgårdens olika delar.

Vid utformningen av utemiljön, exempelvis utrustning med lekmaterial, bör även olycksfallsrisker beaktas.

Skolbyggnadernas utformning

Skolbyggnaderna bör utformas och orienteras i väderstreck på sådant sätt att betingelser för ett gott inomhusklimat skapas. Både för låg och för hög rumstemperatur inverkar menligt på prestationsförmåga och trivsel. Det bör beaktas att särskild expertis kan behöva anlitas med tanke på ventilation och luftkonditionering.

Beträffande debatten om höga eller låga byggnader kan ur medicinsk synpunkt låga byggnader förordas av flera skäl. Trappor medför nästan oundvikligt högre olycksfallsrisk. Handikappanpassning av höga byggnader försvåras liksom utrymningsmöjligheterna vid brand.

Vid inredning av skollokaler finns också vissa synpunkter som från hälsovårdssynpunkt bör beaktas. Sålunda är det stora tekniska svårigheter med att ordna en artificiell belysning som är tillräckligt stark men samtidigt bländfri. Det är därför önskvärt att man antingen använder belysningsteknisk konsult eller tar vara på erfarenheter från tidigare skolbyggnader där resultatet visat sig bli fullgott.

De heltäckande mattorna innebär ur akustiksynpunkt en stor fördel. Det har diskuterats mycket huruvida de kan innebära hygieniska olägenheter, men säkra belägg för detta har ej framkommit. För vissa lokaler såsom skolmåltidslokal och hälsovårdsmottagning är dock denna typ av golvbäggning olämplig. I gymnastiklokaler har man funnit att heltäckningsmattorna har givit svåråtkäta friktionssår. I gymnastiklokaler är det också angeläget att hygienfrågor i samband med omklädningsrum, torkskåp och duschutrymmen beaktas.

Inredningen även i övrigt skall vara så utformad att varje elevs behov kan tillgodoses i så stor utsträckning som möjligt.

Skolans tillgänglighet för handikappade

Det som ur handikappsynpunkt särskilt bör beaktas är skoltomtens utformning, närhet till allmänna kommunikationer, byggnaders placering, entréernas tillgänglighet för rullstolsbundna, hissar, gångförbindelser, institutionslokalernas placering i närheten av varandra, handikapptoaletter. Det kan i äldre skolor bli fråga om att göra åtminstone vissa lokaler, samlingshallar och liknande, handikappvänliga. I skollokaler, där även hörsel-skadade elever skall vistas är det viktigt att ha en god akustisk miljö. I många lokaler måste därför installeras ljudabsorberande anordningar.

Kontinuerlig tillsyn

I 1919 års hälsovårdsstadga nämndes skolor under rubriken "samlingslokaler". Därmed kom skolorna att ligga under hälsovårdsnämndens direkta tillsyn. 1958 års hälsovårdsstadga nämner emellertid ej skolor under denna rubrik. Departementschefen har i förarbetena till denna stadga också sagt att bl. a. skolväsendet har möjlighet att ordna sin egen tillsyn i hygieniskt avseende och att hälsovårdsnämnden därför ej behöver företa regelbundna inspektioner av skollokaler. Det sägs emellertid också att ingenting hindrar att hälsovårdsnämnden ägnar uppmärksamhet åt skolorna i form av stickprovsundersökningar eller då önskemål om hjälp med tillsynen har framkommit.

Utredningen anser, att det bör ankomma på skolstyrelsen att tillsammans med företrädare för skolhälsovården och hälsovårdsnämnden besluta om lämpligt förfaringssätt.

Arbetshygien

Eleverna bör ha goda arbetshygieniska förhållanden i skolan, dvs. att de inte utsätts för olycksfallsrisker och att de inte i onödan exponeras för ämnen som kan påverka deras hälsa, t. ex. allergiframkallande medel i slöjdundervisningen, dammiga och bullriga lokaler osv. Undervisning och upplysning angående arbetshygien är en uppgift för alla lärare men även för skolhälsovårdspersonalen.

Arbetshygien kan belysas ur ergonomiska aspekter, sittriktighet, lyft- och bärriktighet, belysning, ventilation, arbetskläder, arbetarskydd.

Lokalhygien tar upp frågor som risker med smuts och damm, med djur-epitel och hästhår m. m.

I alla sammanhang kan estetiska synpunkter tas in som rena och välvårdade lokaler liksom hänsynstagande till andra när det gäller risk för smittospridning genom t. ex. dålig handhygien.

Enligt rådande anvisningar skall skolläkare/skolsköterska göra inspektion i skolans lokaler minst en gång årligen. Utredningen föreslår att man då särskilt beaktar arbetshygieniska frågor. Inspektionen bör lämpligen göras tillsammans med skolledare, lokaltillsyningsman, skyddsombud och elevrepresentanter. Skolhälsovårdspersonalen har även möjlighet att i dessa frågor anlita länsläkare och hälsovårdsnämnd.

Nya anvisningar behöver, enligt utredningens mening, utfärdas för denna inspektion, i anslutning till de konsekvenser arbetsmiljöutredningen kommer att få.

8.2.9 Elevens aktiva medverkan

Förutom att skolhälsovården har uppgifter med avseende på t. ex. undersökningar av eller information till hela klasser eller grupper har den också, som redan påpekats, direkt individrelaterade uppgifter.

Utöver de råd, det stöd och den information, som skall delges eleven bör skolhälsovårdspersonalen bidra till att eleven kan ta aktiv del i sin

"stimulera eleven till att aktivt medverka till en gynnsam fysisk och psykisk utveckling."

fysiska och psykiska utveckling. Häri ligger att eleven får kännedom om sig själv och successivt lär sig ta ansvar för sin egen och andras hälsa. Elevens aktiva medverkan är en förutsättning för att skolhälsovårdens mål att bevara och förbättra elevernas själsliga och kroppsliga hälsa såväl i ett kortare som i ett längre tidsperspektiv skall kunna uppfyllas inte bara under skoltiden utan även efter avslutad skolgång.

Ansvaret för elevens hälsa och utveckling under de första skolåren ligger i första hand hos föräldrarna i samarbete med lärarna och den särskilda elevvårdspersonalen. När eleven blir äldre och mognadsgraden ökar kommer ett allt större ansvar för den egna hälsan att vila på eleven själv. Kravet på den enskilde elevens allt större delaktighet och ansvarstagande ställer i sin tur krav på det sätt på vilket skolan kan motivera eleverna då det gäller att skapa och upprätthålla en god hälsa t. ex. genom goda kostvanor, regelbunden motion och god hygien. Formerna för hur eleverna i högre grad skall kunna aktiveras till att ta ansvar för sin egen och andras hälsa bör enligt utredningens mening bli föremål för ett kontinuerligt utvecklingsarbete.

8.3 Organisation

8.3.1 *Allmänt*

Skolhälsovårdens organisation i grundskolan och gymnasieskolan regleras genom beslut av huvudman, primär- eller landstingskommun, på grundval av bestämmelser i skollag och skolförordning samt genom anvisningar och rekommendationer från skolöverstyrelsen, i förekommande fall efter samråd med socialstyrelsen. I anslutning till bestämmelserna i skollag och skolförordning återfinnes särskilt angivna bestämmelser för vissa skolformer i specialförfattningar.

Inledningsvis vill utredningen framhålla att skolhälsovården, som en del av elevvården, bör organiseras med utgångspunkt i elevernas och skolans behov, med ett samtidigt beaktande av kommunens struktur och organisation av övriga primär- och landstingskommunala omsorgs- och vårdorgan. Likaväl som skolhälsovården måste ses som en del av skolans samlade verksamhet, likaväl ingår den som ett led i kommunens samlade omsorg om barn och ungdom. Eftersom kommunernas förutsättningar och struktur är olika måste därför den enskilda kommunen ha ett avgörande inflytande över också skolhälsovårdens praktiska utformning. Skolhälsovården kan knappast utformas på samma sätt i en glesbygdskommun som i Stockholm eller Göteborg. Det är också på kommunal nivå som det är möjligt att avgöra t. ex. lämpligheten och möjligheten att redan på våren undersöka de barn som är inskrivna i förskolan. Det är också angeläget att primärkommunen bygger upp sin skolhälsovårdsorganisation i samråd med landstingskommunen. Det är viktigt att redan i planeringsstadiet diskutera personalbehoven och eventuellt gemensamt utnyttjande av personalresurser. Därvid kan också t. ex. frågan om särskild elevsjukvård ges lösningar som svarar mot elevernas och föräldrarnas behov samtidigt som de utgör en länk i landstingens vårdstruktur.

Oavsett vilken uppbyggnad skolhälsovården ges, vill utredningen kraftigt understryka behovet av ett ökat samarbete mellan primär- och landstingskommun i dessa frågor.

Samarbetet mellan primärkommunernas skolhälsovård och landstingens hälso- och sjukvård är idag relativt svagt utvecklat. Utredningen föreslår därför att ett mer systematiserat samarbete mellan representanter för skolan och landstingens läkare kommer till stånd. Utredningen menar att ett väl utvecklat samarbete är en viktig förutsättning för att problem som rör barns och ungdomars utveckling och hälsa tidigt uppmärksammas och följs upp. Det krävs ett brett informationsutbyte mellan de båda funktionerna och en samordning av planeringen när det gäller de förebyggande och uppsökande insatserna.

Kraven på en samordnad planering är lika uttalade i fråga om fördelningen av de personella resurserna inom främst läkarsidan som när det gäller det gemensamma nyttjandet av vissa distriktsskötersketjänster. En gemensam inventering av behov och fördelning av tillgängliga personalresurser är en förutsättning för att primärkommunernas efterfrågan skall kunna tillgodoses, samtidigt som landstingens långsiktiga framräknande av behov och tillgång på personalen ges säkrare underlag.

En utvidgad systematisk samverkan och samordning av landstingens och primärkommunernas insatser inom barnhälsovården kräver fasta samarbets- och samrådsformer i första hand på länsplanet men även på det lokala planet. En på så sätt ökad kontaktyta mellan landsting och primärkommuner bör kunna fördjupa intressegemenskapen och stärka känslan av att man ytterst arbetar för samma individer.

Det ankommer på kommunerna själva att besluta om på vilket sätt detta samrådsförfarande skall ske.

Även om frågan om organisationen till sin huvuddel löses på kommunal nivå finns det, enligt utredningens mening, vissa frågor som bör behandlas på central nivå. Till dessa hör skolhälsovårdens lokalisering, samt elevantal per skolläkare och skolsköterska.

8.3.2 Lokalisering av skolhälsovården

All vårdverksamhet bör bedrivas så nära den enskilda människan som möjligt. Skolhälsovården är, med få undantag, lokalmässigt integrerad i skolan. I diskussioner har framförts att utbyggnaden av den öppna hälso- och sjukvården och främst distriktsvården, också bör omfatta ett samgående med skolhälsovården för att möjliggöra en bättre helhetsbedömning av individen ur hälso- och sjukvårdssynpunkter. Lokal- och utrustningsfrågan har också varit en av de punkter som ofta dragits fram. Med utredningens syn på skolhälsovårdens uppgifter torde en förutsättning för en väl fungerande organisation vara, att den lokaliseras i anslutning till skolans övriga verksamhet.

Även om huvuddelen av skolhälsovården bör lokaliseras till den enskilda skolan, kan mindre delar av verksamheten bedrivas centralt inom kommunen. Om nämligen kommunen själv, eller tillsammans med landstinget, tillhandahåller någon form av specialistvård kan denna av utrustningsskäl och i tidsbesparande syfte behöva förläggas till en och samma lokal. Ett

exempel på detta är gynekologmottagningar med speciell utrustning, som knappast kan finnas på varje skola. Inte heller är det rationellt att låta t. ex. gynekolog ambulera mellan kommunens skolor eftersom behov av läkar-specialister inte styrs av ett i förväg uppgjort tidsschema. I sammanhanget kan också påpekas att även i fråga om speciellt utrustade lokaler torde ett större samgående i fråga om nyttjandet kunna äga rum. Med tanke just på ovan nämnda gynekologmottagningar kan framhållas att särskilda så kallade ungdomsmottagningar i många kommuner blivit ett komplement till den sedvanliga öppna vården och visat sig fylla ett stort behov.

8.3.3 *Elevantal per skolläkare och skolsköterska*

Skolförordningen fastställer i dag ett högsta elevantal för heltidsanställd skolsköterska till 1 500 i grundskola och 1 000–1 200 i gymnasieskola. För skolläkaren finns ingen motsvarande begränsning av elevantalet. SÖ har beräknat högst 1 000 elever per 5 läkarveckotimmar för att någorlunda täcka föreskrivna arbetsuppgifter. 5 000 elever har samtidigt satts som gräns för heltidsanställd läkare.

Skolläkarens och skolsköterskans arbetsbelastning eller, vilket är mer väsentligt, elevernas möjlighet att få tillfredsställande tillsyn, är inte uteslutande beroende av antal elever per tjänst eller veckotimme. Många andra faktorer spelar in, som t. ex. antal rektorsområden och skolor som skolläkare och skolsköterska skall betjäna, antal klasser och deras sammansättning, områdets sociala struktur liksom också tillgången på annan elevvårdspersonal. Som grovt mått torde dock elevantal per tjänst kunna bilda underlag för beräkning av tjänsteunderlag.

Utredningen har, med utgångspunkt i ett SÖ-projekt, *Analys av skolsköterskans arbete*, ingående prövat ett alternativ med poängsättning som beräkningsgrund för skolsköterskans elevunderlag. Genom beräkning av skilda faktorer i hennes arbete, såsom t. ex. antal klasser, antal klasser med årskursundersökningar, antal kontrollelever och invandrarelever, antal skolor och rektorsområden i vilka hon tjänstgör etc., erhöles en poängsumma. Ett visst antal poäng skulle därvid motsvara en heltidstjänst. Utredningen fann dock, även om smärre vinster kunde göras, att denna detaljreglering skulle bli mycket betungande ur administrativ synpunkt och föreslår därför att ett högsta elevantal även fortsättningsvis bör vara fastställt.

Utredningen har i sina överväganden vid beräkningen av elevantal utgått dels från den försöksverksamhet som bedrivs i SÖ:s regi och dels från sina egna undersökningar. Utredningen har också arbetat med den förutsättningen att skolan har tillgång till annan elevvårdspersonal såsom skolpsykolog och skolkurator samt att elevvårdsarbetet bedrivs som ett lagarbete. I enkätundersökningarna har framkommit att både skolläkare och skolsköterskor önskar ett tätare samarbete med skolkurator och skolpsykolog. Ett sänkt elevantal är viktigt inte minst för att möjliggöra för skolsköterskan att tillsammans med skolpsykolog, skolkurator och övrig elevvårdspersonal ingå i skolans arbetslag. Utredningen föreslår mot denna bakgrund ett elevantal per heltidsanställd skolsköterska på ca 800 (780–820). Utredningen har inte funnit belägg för skilda tal mellan grundskola och gymnasieskola. Samtidigt vill utredningen framhålla att många faktorer bör

medföra att ytterligare sänkning av elevantalet kan bli nödvändig. För grundskolans del kan det gälla den ökade omsorg som invandrarbarn behöver liksom barn med olika handikapp och särskoleelever. För gymnasieskolans del kan det gälla tjänstgöring inom vårdlinjen eller insatser för elever boende på elevhem eller övriga inackorderade och långresande elever. Andra faktorer av betydelse kan vara tjänstgöring i många olika skolenheter eller långa resor mellan tjänstställena. Där vuxenutbildningen lokalmässigt och på dagtid är integrerad med den reguljära undervisningen i grundskola eller gymnasieskola bör detta beaktas när överväganden skall göras om lämpligt elevantal för skolsköterskan, eftersom efarenheterna visat att eleverna i vuxenutbildningen i stor utsträckning konsulterar skolsköterskan i hälso- och sjukvårdsfrågor. Eftersom skolhälsovårdens kvalitét i stor utsträckning är beroende av skolsköterskans arbetssituation finner utredningen det väsentligt att sådana bakomliggande faktorer ingående analyseras och övervägs innan beslut fattas om elevunderlag.

Mot bakgrund av förslaget elevtal per heltidsanställd skolsköterska har utredningen beräknat den ökning av antalet tjänster som blir en följd härav till ca 400. Utslaget på landets 278 kommuner blir ökningen i de flesta fall relativt måttlig.

Utredningen föreslår vidare att sänkningen av elevantalet bör genomföras successivt och vara slutförd i och med läsåret 1981/82. Förslaget innebär att ca 80 nya skolskötersketjänster årligen skall tillföras skolhälsovården fram till och med läsåret 1981/82. Utredningen framlägger därför i avsnitt 8.6.4 förslag till viss ökning av vidareutbildningskapaciteten.

För skolläkarnas vidkommande finns, som nämnts, inga bestämmelser om högsta elevantal. Utredningen finner dock lämpligt att rekommendera ett högsta elevantal per läkarveckotimme på ca 200 elever. För heltidsanställd skolläkare utan administrativa uppgifter bör elevantalet, enligt utredningens mening, inte överstiga 4 500. Större antal skulle omöjliggöra en överblick över elevmaterialet och försvåra det nära samarbete med lärarna som är önskvärt. Enligt utredningens beräkningar innebär ett totalt genomförande av rekommendationen att ca 60 läkartjänster (2 400 läkarveckotimmar) måste tillföras skolhälsovården.

Den enkätundersökning som genomförts av utredningen visar att bristande tid för skolläkaren upplevs som en realitet för de flesta befattningshavarna i skolan och att en ökning av densamma ses som en angelägen reform. Undersökningen visar också att skolläkarna själva anser att de inte i tillräcklig utsträckning hinner ägna sig åt bl. a. medicinsk studie- och yrkesorientering eller mentalhygieniska problem, två områden som utredningen menar är ytterst väsentliga och för vilka en ökning av tidsresursen är nödvändig. Utredningen är medveten om att ett elevantal på 200 per läkarveckotimme kan synas vara för högt men i nuvarande situation med rådande läkarbrist finner utredningen det inte möjligt att föreslå ett lägre elevantal. Utredningen förutsätter däremot att, i en framtid med förbättrad tillgång på läkare, en kontinuerlig utvärdering av lämpligt elevantal per skolläkarveckotimme äger rum.

8.4 Huvudmannaskap

8.4.1 *Allmänt*

Huvudmannaskapet för skolhälsovården är i dag knutet till skolhuvudmannen. Primärkommunerna är således i sin egenskap av skolhuvudmän också huvudmän för skolhälsovården i grundskola och gymnasieskola. För den del av gymnasieskolan som ligger under landstingskommunalt huvudmannaskap svarar landstingen som skolhuvudmän även för skolhälsovården.

Skolhälsovårdsutredningen skall enligt direktiven överväga vem som i framtiden bör anförtros uppgiften att vara huvudman för skolhälsovården. Frågan om huvudmannaskapet för skolhälsovården har nära samband med de förslag utredningen framlagt om skolhälsovårdens målsättning och innehåll (avsnitt 8.1–8.2) samt skolhälsovårdens organisation (avsnitt 8.3). Ytterst är det en fråga om bedömning av vilket samband – skolhälsovården som en del av skolans elevvård eller skolhälsovården som en del av samhällets insatser för hälso- och sjukvård – som skall anses väga tyngst.

I princip är tre huvudmannaskapsalternativ möjliga

- skolhuvudmannen är huvudman även för skolhälsovården,
- sjukvårdshuvudmannen är huvudman även för hälsovården,
- delat huvudmannaskap (sjukvårdshuvudmannen tillhandahåller och ”bekostar” läkarinsatsen medan skolhuvudmannen har att svara för skol-sköterskeinsatsen och skolhälsovårdens kostnader i övrigt).

Innan utredningen går över till att söka bedöma vilket huvudmannaskapsalternativ som skall förordas vill utredningen kortfattat summera för- och nackdelar med olika huvudmannaskapsalternativ för skolhälsovården i grund- och gymnasieskolan.

8.4.2 *Skolhuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården*

Fördelarna med att skolhuvudmannen även är huvudman för skolhälsovården har främst samband med att skolhälsovården är en integrerad del av skolans samlade elevvård och att skolhälsovården, liksom elevvården i stort, har en nära och stark anknytning till skolans pedagogiska och sociala funktion.

Från skolans sida har man i diskussionen om huvudmannaskapet starkt framhållit betydelsen av en nära samhörighet mellan skolhälsovården och övrig elevvård. Man har därvid menat att det inte är möjligt eller önskvärt med en gränsdragning mellan elevvårdens olika delar och att ett utbrytande av skolhälsovården ur elevvården skulle medföra betydande nackdelar.

En under skolhuvudmannen helt sammanhållen elevvård ger fördelar bl. a. genom

- samlad behovsbedömning, planering och resursfördelning med samordnade åtgärdsprogram och samordnad uppföljning för elevvårdens olika delar,
- samlat ansvar för elevvården,
- samarbetet mellan elevvårdspersonalen och mellan elevvårdspersonalen och skolans övriga personal underlättas om alla berörda personalkategorier

- har samma huvudman,
- samordnade studiestödjande insatser underlättas om elevvården i sin helhet har samma huvudman som den övriga skolverksamheten.

Bristerna i det nuvarande systemet med skolhuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården har angetts vara

- skolhälsovården har – i en allmän bristsituation – svårigheter att rekrytera skolläkare,
- skolhälsovården kan ha vissa svårigheter att följa med den medicinska utvecklingen,
- skolhälsovården löper risk att bli alltför rutinmässig och att endast ofullständigt svara mot behov av hälsoövervakning och tidig diagnostik av eleverna.

8.4.3 Sjukvårdshuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården

Ett landstingskommunalt huvudmannaskap för skolhälsovården bör främst ses mot bakgrund av önskvärdheten att öka förutsättningarna för en bättre integration och ett effektivare nyttjande av tillgängliga resurser. Genom att sjukvårdshuvudmannen även är huvudman för skolhälsovården tillgodoses också behovet av ett samlat ansvar för barns och ungdoms hälso- och sjukvård och möjlighet ges till en helhetssyn på barnets situation med beaktande av såväl medicinska som psykiska och sociala synpunkter.

En skolhälsovård under landstingskommunalt huvudmannaskap ger fördelar bl. a. genom

- samlad behovsbedömning, planering och resursfördelning för hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och ungdom med ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser med sikte bl. a. på områdesbaserad hälsovård – öppen sjukvård,
- samlat ansvar för hälso- och sjukvård för barn och ungdom,
- samarbetet mellan skolhälsovårdens personal och personalen inom övrig hälso- och sjukvård skulle underlättas genom att berörda personalkategorier hade samma huvudman,
- skolläkarna skulle genom lämpliga tjänstekombinationer få räkna tid som skolläkare vid meritvärdering, vilket skulle underlätta rekryteringen av skolläkare,
- medicinska och sociala fördelar skulle erhållas om ett sammanförande av den allmänna hälso- och sjukvården för barn och ungdomar resulterade i sådan samordning att i princip samma läkare följde barnet och dess syskon från barnavårdscentral via daghem och förskola samt vidare genom grundskolan.

Nackdelarna med att sjukvårdshuvudmannen även är huvudman för skolhälsovården har angetts vara

- skolhälsovården skulle inte lika tydligt framstå som en samordnad del av skolans elevvård vilket skulle kunna medföra att skolhälsovården fjärmades från övrig elevvård,
- skolhälsovårdspersonalens kunskaper om skolans arbetsmiljö, samarbets-

och samverkansformer blir svårare att vidmakthålla när personalen inte står under primärkommunalt huvudmannaskap.

8.4.4 *Utredningens förslag*

Utredningen har ovan redovisat för- och nackdelar med att skolhuvudmannen respektive sjukvårdshuvudmannen är huvudman även för skolhälsovården. I sin bedömning av frågan vem som i framtiden bör vara huvudman för skolhälsovården har utredningen haft som utgångspunkt att skolhälsovården bör vara en administrativ angelägenhet antingen för skolhuvudmannen eller för sjukvårdshuvudmannen. Enligt utredningens uppfattning är det mindre lämpligt med skilda huvudmän när arbetet avses bli utfört som ett lagarbete. Kvar att bedöma står således om skolhälsovården även i fortsättningen skall vara en angelägenhet för skolhuvudmannen eller om uppgiften skall anförtros sjukvårdshuvudmannen.

Utredningen har mot bakgrund av sina förslag till mål och innehåll för skolhälsovården och de förslag som återfinns i SIA-propositionen rörande elevvård – skolhälsovård sökt bedöma om sambandet med skolans elevvård eller med samhällets hälso- och sjukvård får anses väga tyngst. Utredningen har då funnit att sambandet skolhälsovård – skolans elevvård väger tyngst.

Utredningen vill således föreslå ett oförändrat huvudmannaskap för skolhälsovården. Utredningen har dock funnit det angeläget att i den framtida organisationen för skolhälsovården föreslå att vissa åtgärder vidtas i syfte att stärka samarbetet mellan sjukvårdshuvudmännen och de primärkommunala skolhuvudmännen. Härigenom skulle bl. a. läkarresurserna kunna samplaneras på ett bättre sätt än vad nu är fallet. Förslag vad gäller samarbete i detta hänseende har framlagts i avsnitt 8.3 och 8.5.

De främsta skälen för utredningens ställningstagande om oförändrat huvudmannaskap är i korthet följande. Skolhälsovården har både klart avgränsade medicinska uppgifter och mera direkt elevvårdande uppgifter. Den medicinska delen av elevvården har dock – i likhet med den övriga elevvården – en nära anknytning till skolans pedagogiska verksamhet. Om all elevvårdspersonal, häri inbegripet även skolhälsovårdens personal, har samma huvudman som skolans övriga personal underlättas den planering och resursfördelning som är nödvändig för att elevvården skall kunna utvecklas och fördjupas. Inte minst torde detta bli fallet när förslaget i SIA-propositionen om nytt statsbidragssystem genomförs. Vidare torde, enligt utredningens mening, uppföljningen och utvärderingen av inom elevvården föreslagna åtgärder underlättas om berörda personalkategorier har samma huvudman. Utredningens enkätundersökning hos skolans personal har visat att uppföljningen av elevvårdsfallen inte anses tillräcklig. SIA-propositionen poängterar också att utvärderingen av skolans verksamhet, inkluderande elevvården, kommer att utgöra ett viktigt underlag för fördelning av förstärkningsresursen. Utredningen vill också framhålla att ett samlat ansvar för elevvården kommer att underlätta den fortbildning som syftar till att öka samverkan mellan skolans olika personalkategorier och skapa förutsättningar för en övergång till nya arbetssätt och arbetsformer. Slutligen är utredningen av den mening att skolans målsättning om eleven i centrum bäst främjas om skolhuvudmannen har ett odelat ansvar för de olika insatserna inom skolans ram.

8.5 Central tillsynsmyndighet

Tillsynsmyndighet för skolhälsovården är idag skolöverstyrelsen. Mot bakgrund av utredningens ställningstagande i huvudmannaskapsfrågan föreslår utredningen också oförändrad tillsynsmyndighet. Skolhälsovården kommer därigenom även i framtiden att ha samma administrativa uppbyggnad som den övriga elevvården.

Av vad som tidigare anförts framgår dock att skolhälsovården inte utslutande är en del av skolans elevvårdande verksamhet utan också utgör en del av samhällets medicinska övervakning av de unga. Formerna för det lokala samarbetet mellan primär- och landstingskommun bör – som utredningen tidigare understrukt – bygga på lokala förutsättningar och överenskommelser.

På den centrala nivån berör skolhälsovården främst två instanser, skolöverstyrelsen och socialstyrelsen. Skolöverstyrelsen skall i medicinska ärenden samråda med socialstyrelsen. För att detta samarbete skall bli meningsfullt bör, enligt utredningens mening, socialstyrelsen beredas tillfälle till ökad insyn och information om den verksamhet som bedrivs inom skolhälsovården och de resultat som uppnås. På motsvarande sätt bör också andra myndigheter och organisationer ges ökad insikt om och möjlighet att påverka skolhälsovården. Enligt utredningens mening torde detta vara den bästa vägen för att – på central nivå – kunna utveckla och fördjupa skolhälsovården. En dynamisk och till verksamheten smidigt anpassad uppföljning kräver inte bara väl utvecklade och genomarbetade rutiner utan också förutsättningar och resurser att snabbt kunna ändra dessa rutiner i takt med nyvunna erfarenheter eller kunskaper.

Utredningen föreslår därför att ett samarbetsorgan – förslagsvis kallat skolhälsovårdsdelegationen – inrättas, i vilket förutom skolöverstyrelsen och socialstyrelsen också bör ingå företrädare för andra berörda myndigheter och organisationer. Delegationen bör få en rådgivande funktion i förhållande till skolöverstyrelsen. Uppgiften bör främst vara att tillföra skolöverstyrelsen väsentlig information från de i organet ingående myndigheterna och organisationerna och att dessa i sin tur fortlöpande skall informeras om skolöverstyrelsens arbete inom skolhälsovården. Vidare finner skolhälsovårdsutredningen att det forsknings- och utvecklingsarbete som pågår inom det pedagogiska och medicinska området med anknytning till skolhälsovården eller till ungdom i skolåldern behöver samordnas och utvecklas. Enligt utredningens mening bör delegationen till sitt förfogande ha en sekreterare men i övrigt kunna utnyttja den sakkunskap och erfarenhet som finns hos befattningshavare främst inom skolöverstyrelsen och socialstyrelsen.

I detta sammanhang har utredningen granskat det nuvarande administrativa inordnandet av skolhälsovården i SÖ och de resurser verksamheten har till sitt förfogande. Genom att länskolnämnderna saknar medicinsk expertis och inte kan ge information och råd i medicinska frågor har skolhälsovårdssektionen på SÖ fått en delvis annorlunda funktion än andra delar av verket. En mycket stor del av arbetet måste ägnas åt direktkontakt med skolförvaltningarna och med skolhälsovårdspersonalen. Kommunernas och skolhälsovårdspersonalens behov av samråd och rådgivning ökar också i takt med att elevvårdsarbetet utvecklas och intensifieras. Att leda ut-

vecklingsarbete samt att initiera forskning inom området är också angelägna och omfattande arbetsuppgifter. Frågan om SÖ:s organisation och uppgifter kommer senare att behandlas av SSK-utredningen, varför skolhälsovårdsutredningen avstår från att här framlägga direkta förslag.

8.6 Personal

8.6.1 *Allmänt*

Som angetts i avsnitt 2.3.1 är det viktigt att samarbetet inom elevvården inte försvåras av regelsystem med olika grad av bundenhet vid tystnadsplikt för berörda befattningshavare.

De nuvarande reglerna om tystnadsplikt för befattningshavare inom skolsektorn är ofullständiga. Tystnadspliktskommittén (TK) har, som tidigare angetts, i sitt betänkande "Tystnadsplikt och yttrandefrihet" (SOU 1975:102) föreslagit vissa regler vad gäller tystnadsplikt för offentliga funktionärer. Dessa tystnadspliktsregler får även återverkningar inom skolsektorn och då också för de befattningshavare som arbetar inom skolhälsovården och övrig elevvård. Den av TK föreslagna nya lagen om offentliga funktionärens tystnadsplikt (LOFT) medför, såvitt skolhälsovårdsutredningen kan finna, att alla som deltar i elevvårdsarbetet kommer att åläggas tystnadsplikt. Utgångspunkten i lagen är nämligen den att tystnadsplikt skall föreligga så snart det kan antas att den enskilde, i detta fall eleven, har förutsatt förtrolig behandling (17 § LOFT). Skolhälsovårdsutredningen vill understryka att detta förslag, om och när det genomförs, kommer att undanröja många svårigheter som idag uppstår på grund av att inom skolan, endast skolläkaren och skolsköterskan, har i lag reglerad tystnadsplikt.

I det följande vill skolhälsovårdsutredningen ta upp frågan om instruktioner för skolläkare och skolsköterska.

För skolläkare och skolsköterska har SÖ fastställt skilda instruktioner (se avsnitt 2.2.3 SÖ:s anvisningar), benämnda Bestämmelser för skolläkare respektive Bestämmelser för skolsköterskor.

Skolhälsovårdsutredningen har i sitt arbete funnit att verksamheten inom skolhälsovården är ett utpräglat lagarbete där merparten av uppgifterna löses gemensamt men där vissa avgränsade arbetsuppgifter fullgörs antingen av skolläkaren eller skolsköterskan. För att understryka det gemensamma arbetet framlägger utredningen nedan förslag till gemensam instruktion för skolläkare och skolsköterska.

Instruktion för skolläkare och skolsköterska i det allmänna skolväsendets hälsovård

- Hälsovården avser skolans elever och handhas av skolläkare och skolsköterska vilka, i samråd med rektor, gemensamt planerar och organiserar det hälsovårdande arbetet. Verksamheten skall bedrivas i samverkan med skolans personal och elever, med föräldrar eller annan vårdnadshavare, med andra organ för hälso- och sjukvård och med samhällets sociala institutioner. Hälsovårdsfrågor av principiell och/eller allvarlig karaktär

handläggs i samråd med rektor.

- Den hälsovårdande verksamheten syftar till att bevara och förbättra elevernas fysiska, psykiska och sociala hälsa och till att förebygga och uppspåra sjukdom och handikapp.
- Skolläkare och skolsköterska skall ha regelbundet återkommande mottagningar för undersökning, enklare och omedelbar behandling, rådgivning och samtal. Vid mottagningen skall också undersökning ske av elever med brister i hälsotillståndet samt av elever som själva vänt sig till skolhälsovården eller som hänvisats av skolledare, lärare eller annan elevvårdande personal, föräldrar eller annan vårdnadshavare. Vid mottagningen skall även föräldrar eller annan vårdnadshavare samt lärare eller annan elevvårdande personal beredas tillfälle till samtal om elev. Mottagningen skall hållas i skolans hälsovårdslokaler.
- Elever i årskurs 1 i grundskolan undersöks i början av läsåret. I grundskolan undersöks elever därutöver i årskurs 4 och 8. Elever i årskurs 1 i gymnasieskolan undersöks om möjligt i början av läsåret och därutöver enligt av SÖ utfärdade anvisningar. Under läsåret inflyttade elever undersöks snarast och i den omfattning situationen kräver.
- Elever, som på grund av sjukdom, handikapp eller annan orsak är i behov av särskild uppmärksamhet uppförs som kontroll elever och skall undersökas så ofta skolläkaren finner det behövt.
- Elever erbjuds och erhåller vaccinationer enligt av SÖ, efter samråd med socialstyrelsen, utfärdade anvisningar.
- Om elev av medicinska skäl för längre tid, helt eller delvis bör avstå från gymnastikundervisningen, avgörs detta av skolläkaren och för kortare tid av skolsköterskan.
- För elev skall föras journal på av SÖ fastställt formulär.
- Skolläkare och skolsköterska skall samråda med klassföreståndare och annan elevvårdande personal. Klassföreståndare och annan elevvårdande personal hålls underrättad om sådana undersökningsresultat, som är av betydelse för undervisningen och elevens skolsituation. I förekommande fall inhämtas elevens och/eller föräldrars, eller annan vårdnadshavares, medgivande att lämna sådan upplysning.
- Skolläkare och skolsköterska medverkar i rektors beslut om specialundervisning eller särskild undervisning enligt skolförordningens 5 kap. 38–49 §§ och skall hålla sig underrättade om elevs hälsotillstånd under den tid denna undervisning pågår.
- Skolläkare och skolsköterska skall vid i skolan inträffade olycksfall och fall av plötslig sjukdom, och där fortsatt vårdbehov ej anses föreligga, ge behandling vid skolmottagningen men eljest ge vårdhänvisning.
- Skolläkare och skolsköterska skall, vid inträffat fall av smittsam sjukdom, vidtaga lämpliga åtgärder till hindrande av smittans spridning.
- Skolläkare och skolsköterska skall vid behov medverka vid utredning av elever som har svårigheter i skolan.
- Skolsköterska och skolläkare skall samråda med studie- och yrkesorienterande personal rörande elever i behov av medicinsk yrkesvägledning och ge enskild medicinsk yrkesvägledning till elev med brister i hälsotillståndet. Elever på yrkesinriktade linjer skall ägnas särskild uppmärksamhet i fråga om arbetshygien och arbetarskydd. Skolläkare och

skolsköterska ansvarar för utfärdande av meddelande till elever och föräldrar i samband med medicinsk syo.

- Skolläkaren skall attestera alla intyg, gällande elevs hälsa och skolgång, utfärdade av annan läkare.
- Skolsköterskan skall planera och förbereda årskurs- och andra läkarundersökningar samt utföra på henne ankommande utredningar och undersökningar.
- Skolsköterskan, eller i tillämpliga fall skolläkaren, skall vid behov, och efter samråd med eleven meddela föräldrar om vid undersökning gjorda iakttagelser samt om de åtgärder som föreslagits. Skolsköterskan skall hålla kontakt med hemmen för uppföljning av givna råd.
- Skolsköterskan skall, vid behov, i utredande och rådgivande syfte, göra hembesök och besök i elevbostäder på skolorten. Därvid skall hon ägna särskild uppmärksamhet åt sådana förhållanden som kan inverka på elevernas fysiska, psykiska och sociala hälsa.
- Skolläkare och skolsköterska bör ge hälsouppllysning till elever, enskilt eller vid behov i grupp, samt efter överenskommelse medverka i skolans hälsouppllysning.
- Skolläkaren är i medicinska frågor skolsköterskans förman och handledare.
- I skolläkarens frånvaro skall skolsköterskan vidtaga de åtgärder, lämna de råd och utföra de undersökningar som situationen påkallar.
- Skolsköterskan skall förvara och arkivera journal på betryggande sätt. Övergår elev till annan skola skall hälsokortet/journalen på föreskrivet sätt sändas till skolsköterskan vid denna skola.
- Skolläkaren och skolsköterskan skall delta i kollegier och konferenser enligt skolförordningens bestämmelser. (3 kap., 1, 3, 5 och 13 §§).
- Skolläkare och skolsköterska skall, tillsammans med rektor, skyddsombud och elevrepresentant, minst en gång årligen besiktiga skolans lokaler. Efter medgivande av skolstyrelsen kan därutöver anlitas expertis med anknytning till hygien och hälsofrågor.
- Skolläkaren och skolsköterskan skall avge av skolstyrelsen begärt yttrande i byggnads- och planeringsfrågor.
- Skolläkaren och skolsköterskan skall upprätta årsredogörelse över verksamheten på av SÖ fastställt formulär.

8.6.2 *Skolläkaren*

Skolläkarens obligatoriska uppgifter i skolans arbete framgår av den gemensamma instruktionen för skolläkare och skolsköterska. I tidigare avsnitt i utredningen har läkarens arbetsuppgifter blivit tämligen väl belysta men några väsentliga delar bör dock understrykas.

En utomstående betraktare utan närmare kännedom om skolläkarens arbete kan kanske få intrycket att verksamheten mest består av rutinkontroller i några utvalda årskurser. Till viss del kan detta vara en riktig uppfattning, då skolläkaren genom bristande tidsresurser kan ha tvingats till en prioritering vilken inneburit att andra arbetsuppgifter måst läggas åt sidan. Detta problem kvarstår fortfarande i vissa delar av landet och har sin orsak i läkarbristsituationen. I takt med att denna hävs och allt fler läkare knyts

till skolhälsovården kommer arbetssituationen att ändras och därigenom möjlighet finnas att förändra och förbättra verksamheten.

Utredningen vill i detta sammanhang peka på ett väsentligt område. Skolläkaren måste ges ökade möjligheter att delta i skolans inre arbete. Han eller hon bör, inom och utom elevvårdskonferensens ram, kunna ge relevant och klarläggande information till lärarna om elevers hälsa, medicinering och liknande samt också bidra till skolans hälsoinformation. Skolläkaren måste, kort sagt, kunna lämna sin "mottagning" för att ta del av skolans pedagogiska vardag. Därigenom blir skolläkarens roll inte längre den gästande expertens, kunskapen om skolan vidgas och möjligheterna att bidra till en förbättrad elevvård och skolmiljö ökar.

Även om skolhälsoarbetet är inriktat på den enskilde eleven, kan skolläkaren inte stå utanför skolans gemensamma ansvar för den allmänt förebyggande verksamheten. Under förskoletiden och oftast före 4-årsåldern har de allra flesta somatiska och psykiska handikappen diagnostiserats och åtgärdats på olika sätt. Under skolåldrarna kan nya sjukdomar och handikapp tillstöta inte minst genom stressfaktorer i undervisningssituationen. De rent medicinska problemen finns fortfarande och genom integrering av handikapp- och invandrarelever har de delvis skärpts, men tyngdpunkten i arbetet för skolläkaren ligger på det mentalhygieniska området – att i samarbete med lärare och övrig elevvårdspersonal hjälpa eleverna i undervisningssituationen, förebygga psykosomatiska åkommor, depressiva tillstånd etc..

Skolhälsovårdens uppgift innebär bl. a. att övervaka hälsotillståndet hos eleverna, tidigt försöka påträffa elever, som av olika skäl befinner sig i en risksituation och sätta in stödåtgärder. För att väl kunna fylla denna funktion fordras en god kännedom om både skolans inre arbete, arbetsmiljö, personal och resurser i övrigt. Detta innebär att skolläkaren måste sitta inne med andra kunskaper än rent medicinska, vara fast knuten till skolan och således inte enbart uppfattas som medicinsk expert. Samarbetet med skolmåltpersonal, gymnastiklärare, deltagande i hälso- och samlevnadsundervisning blir för varje år alltmer betydelsefullt. Deltagande i elevvårdskonferenser, medicinsk syo och föräldraträffar ställer ytterligare krav på skolläkaren, som måste ingå som aktiv deltagare i skolans totala lagarbete. Skolhälsovården har således fått ett helt annorlunda och breddat verksamhetsområde än för något tiotal år sedan, då de rent medicinska arbetsuppgifterna dominerade.

Kraven har under senare år ökat på vårdservice från skolhälsovården vid sjukdomar av olika slag – både akuta och med kroniskt förlopp. Den främsta anledningen till att elever själva tar kontakt med skolläkaren är just att få behandling för akut sjukdom eller problem. På högstadiet och gymnasieskolan rör det sig mest om mentalhygieniska problem. Tidigare var det vanligare att skolläkaren remitterade eleven till privat- eller tjänsteläkare för behandling. I dag bedrivs på en del håll en verksamhet i skolan som i viss mån liknar en öppenvårdsmottagning. En av orsakerna härtill är att det många gånger kan vara svårt för förvärvsarbetande föräldrar att följa barnet till annan läkare. Eleverna har dessutom upplevt trygghet genom att i sin skola få hjälp av en doktor de känner sedan tidigare och slippa den eventuella osäkerheten det kan innebära att uppsöka en främmande mottagning och träffa en obekant läkare. I skolor med inslag av invandrarelever tillkommer krävande uppgifter på grund av ökat behov av sjukvård och nödvändigheten av större

personligt omhändertagande av dessa elever.

Den medicinska yrkesvägledningen är en synnerligen viktig del i det hälsovårdande arbetet i skolan. Denna sker vanligen vid klassundersökning men kan initieras i andra sammanhang, t. ex. när elever söker skolläkare för sjukdom etc.. Samråd sker mellan yrkesvalslärare eller syo-konsulent och skolläkare/skolsköterska, så att olämpliga linjeval m. m. i görligaste mån elimineras.

8.6.3 *Skolsköterskan*

Även om skolsköterskan skulle kunna sägas att utredningen genom sina tidigare förslag har givit en bild av arbetets innehåll och omfattning. Likaså framgår de obligatoriska arbetsuppgifterna av den gemensamma instruktionen. Utredningen finner det ändå angeläget att ge en översiktlig beskrivning av några av skolsköterskans arbetsområden samt också att understryka vissa väsentliga och tidskrävande arbetsuppgifter.

Utredningen föreslår i vissa delar ett ändrat innehåll för skolhälsovården. Utgångspunkten är att de flesta elever skall genom olika undersökningar, vaccinationer och kontroller, möta skolsköterskan minst en gång per läsår. Målet skall vara att skolhälsovården, oavsett var eleven bor, skall ha likvärdig kvalité, vilket till stor del är beroende av skolsköterskans möjligheter att fullgöra sina arbetsuppgifter.

Undersökningar visar att de mentalhygieniska problemen hos eleverna har ökat. Det är av stor vikt att eleverna i lugn och ro kan samtala med skolsköterskan om sina problem. Elever söker ofta skolsköterskan för somatiska åkommor men efter ett ingående samtal med bl. a. anamnesupptagning framkommer ofta bakomliggande faktorer av just mentalhygienisk karaktär. Detta kan leda till flera samtalskontakter med eleven, eller till överenskommelse om t. ex. en tid hos skolläkaren, eller till kontakt med hemmet, lärare eller annan berörd skolpersonal.

För att fördjupa skolsköterskans kännedom om eleverna och deras situation i skolan krävs engagemang i och kunskap om skolans inre arbete. Skolsköterskan bör därför ges ökade möjligheter att delta i skolans vardag. Besök i elevernas uppehållsrum och klassrum bör ingå i hennes rutiner. Vid besöken i klasserna skall hon t. ex. kunna ge information om skolhälsovårdens funktion, hälsoupplýsning eller aktuell information i medicinska frågor. Även vid planering av sexual- och samlevnadsundervisningen och ANT-undervisningen bör skolsköterskan medverka och bidra med eventuella medicinska aspekter på innehållet.

Förutom med lärare bör även kontakten med annan personal i skolan förstärkas t. ex. med annan elevvårdspersonal, syo-funktionär, skolmåltidspersonal m. m. I skolsköterskans dagliga arbete ingår också informella kontakter med elever, hemmen och skolans personal. Det kan gälla upprepade samtal med elever som har kroppsliga symtom eller personliga problem. Det kan kanske gälla diskussion om någon enskild elevs problem i gymnastikundervisningen, problem med frånvaro eller liknande. Med enskilda lärare hålls kontinuerlig kontakt för att på olika sätt stödja de elever som i skilda avseenden har särskilda behov. Vaktmästare, kanslipersonal och lokalvårdare behöver också kontaktas i olika sammanhang.

Den medicinska yrkesvägledningen är av stor betydelse för elevens framtid i yrkeslivet. Skolsköterskan kan genom en kontinuerlig fortbildning inom detta område, tillsammans med skolläkaren och syo-funktionär, upplysa den enskilda eleven om de medicinska förutsättningarna för alternativa yrkesval.

Skolhälsovårdens uppgift innebär bl. a. att följa elevernas utveckling samt att förbättra och bevara deras fysiska och psykiska hälsa. För att detta skall kunna uppfyllas behövs ökat samarbete med hemmen. Inför årskursundersökningarna lämnar föräldrarna en skriftlig hälsouppgift om barnet. Denna måste många gånger kompletteras. Detta kan ske genom en telefonkontakt med hemmet eller genom att föräldrarna besöker skolans hälsovårdsavdelning. I enstaka fall kan det ske vid hembesök av skolsköterskan. Föräldrarna bör även de ges information om skolhälsovårdens funktion och innehåll. Detta kan ske vid klassmöten eller föräldraträffar. Skolsköterskans medverkan vid dessa träffar kan vara av stor betydelse för fortsatta kontakter mellan hemmen och skolhälsovården. Skolsköterskan bör delta i elevvårds- och klasskonferenserna. Genom sitt medicinska kunnande bidrar hon till att elevens situation blir fullständigt belyst i synnerhet ur socialmedicinsk synpunkt.

Skolsköterskan måste ibland för elevernas räkning ta kontakt med kirurg-, medicin- och andra specialistmottagningar liksom med den psykiska barn- och ungdomsvården och habiliteringscenter.

Större kommuner har ofta en förste skolläkare/skolöverläkare som närmast ansvarig för skolhälsovården. Några större kommuner har också en motsvarighet på skolsköterskesidan genom att de till kansliet knutit en skolhälsoassistent eller första skolsköterska med skolsköterskekompetens och erfarenhet av arbete inom skolan. Denna befattningshavare leder skolsköterskornas arbete och kan dessutom ibland svara för andra delar av den administrativa ledningen av skolhälsovården. Utredningen framhåller att det för kommuner med ett stort antal skolsköterskor kan vara en fördel att det i den administrativa ledningen också finns en skolsköterska som är väl förtrogen med arbetsuppgifterna. Dessa är till sitt innehåll så specifika att medicinsk utbildning och erfarenhet krävs för att göra korrekta bedömningar om t. ex. elevunderlag eller att bidra till lösningar i metod- och materialfrågor. Viktiga uppgifter för skolhälsoassistenten är också att handleda nyanställda skolsköterskor och vikarier liksom att organisera lokal fortbildning.

Utredningen vill nedan i punktform ta upp de rutinmässiga uppgifter som utöver de årskursbundna undersökningarna ankommer på skolsköterskan eftersom fullgörandet av dessa är en förutsättning för en väl fungerande skolhälsovård.

Planering

- I samråd med skolläkare och rektor planlägga och fastställa mottagnings-tider för skolläkare och skolsköterska,
- i samråd med rektor planera deltagandet i elevvårds- och klasskonferenser och om möjligt läsårets föräldramöten,
- i samråd med klassföreståndare planera och beräkna tid för läsårets häl-

sundersökningar,

- planering för vaccinationsprogrammets genomförande.

Journalarbete

- Genomgång av samtliga hälsokort/elevhälsovårdsjournaler med hänsyn till årskurs, klass, kontrollelever, nyinflyttade och utflyttade elever, remsvar m. m.,
- genomgång av barnhälsovårdsjournalerna och överföring av vissa uppgifter ur dessa. Vid behov ta kontakt med avlämnande barnavårdscentralsköterska,
- utsändning av anamnesformulär i samband med de årskursbundna hälsundersökningarna samt till föräldrar till underåriga barn och till föräldrar som önskar få uppskov med barnets skolgång,
- utsändning av vaccinationsblanketter till berörda elever.

Undersökningar och dagliga arbetsuppgifter

- Ha regelbundet återkommande angiven mottagnings- och telefontid för samtal och konsultationer,
- undersöka elever med brister i hälsotillståndet och vid behov konsultera skolläkaren,
- ansvara för uppföljning av givna ordinationer och av remitteringar,
- ge första hjälp och vårdhänvisning vid olycksfall varvid kontakt bör tagas med föräldrar, i hem eller på arbetsplats, samt remittera dessa elever till polikliniker eller sjukhus,
- genom besök i klasserna och genom kontinuerlig kontakt med lärarna hålla sig underrättad om elevernas fysiska och psykiska hälsa,
- medverka vid utredningar av elever med ströfrånvaro eller stor frånvaro.

Andra arbetsuppgifter

- I samarbete med skolläkaren besiktiga skolans lokaler samt i övrigt iakttä skolans hygieniska förhållanden och rapportera eventuella missförhållanden till skolläkare och rektor,
- översyn och behovsprövning av sjukvårds- och laboratoriematerial,
- i samarbete med skolläkaren vid läsårets slut sammanställa årsredogörelse över skolhälsovården.

8.6.4 Utbildning och behörighet för skolläkare och skolsköterskor

Behörighet

Behörig till tjänst som skolläkare är varje läkare med svensk legitimation. Detta framgår av innebörden i skolförordningens 17 kap. 52 § jämte anvisningar. Där anges dessutom att hänsyn skall tas främst till erfarenhet och skicklighet i fråga om skolhygien och allmän hälsovård. I fråga om särskild utbildning skall främst beaktas specialistkompetens inom barnålderns invärtes sjukdomar, barn- och ungdomspsykiatri samt allmän internmedicin

och akuta infektionssjukdomar. Därutöver skall hänsyn tas till personlig lämplighet. Sjukvårdskungörelsens 20 § fastställer att behörig till tjänst hos kommun är den som förvärvat kompetens som allmänläkare eller specialist inom det område tjänsten avser.

Utredningen finner inte anledning att föreslå nya behörighetsbestämmelser för läkare utbildade enligt äldre bestämmelser (Kungl. Maj:ts kungörelse om utbildning vid medicinsk fakultet, SFS 1964:471 och tidigare). För läkare utbildade enligt 1969 års kungörelse (SFS 1969:330) föreslår utredningen att dessa bör ha genomgått vidareutbildning inom lämplig specialitet eller för allmänläkarvård. Vissa delar av anvisningarna i anslutning till författningen behöver dock ses över med hänsyn bl. a. till dispensförfarande för icke legitimerade läkare. Utredningen föreslår att SÖ får uppdraget att göra klarläggande ändringar i samråd med socialstyrelsen.

Utredningen vill i övrigt göra några påpekanden. Vid kommunernas organisation av skolhälsovården, närmast vid fördelningen av tjänster på olika skolformer, bör hänsyn tas till läkarnas olika utbildning. Skolhälsovårdens behov av barnläkare gäller framför allt grundskolan. Inom gymnasieskolan och ibland också på grundskolans högstadium är behovet större av allmänmedicinskt utbildade läkare och av läkare med utbildning inom barn- och ungdomspsykiatri. För de yrkesinriktade linjerna torde läkare med kunskap och erfarenhet från företagshälsovård och yrkesmedicin vara mest lämpade.

Som skolsköterska får endast anställas sjuksköterska med svensk legitimation. Behörig att inneha heltidstjänst som skolsköterska är legitimerad sjuksköterska som genomgått någon av följande vidareutbildningar

- centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor (A- och B-kurs),
- statens distriktssköterskeskola,
- vidareutbildning av sjuksköterska/sjukskötare inom öppen hälso- och sjukvård,
- vidareutbildning av sjuksköterska/sjukskötare inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

Vidare kan SÖ i samråd med socialstyrelsen meddela dispens från kravet på vidareutbildning och förklara sökande behörig att inneha heltidstjänst (anvisning från SÖ 1970-09-02).

Utredningen föreslår inte någon ändring i behörighetsreglerna för heltidsanställd skolsköterska. Däremot finner utredningen inga skäl för att skolsköterskor med deltidstjänstgöring, 1–39 veckotimmar, inte också skulle vara vidareutbildade. Arbetsuppgifterna är desamma och lika självständiga. Förutsättningarna för genomförandet av uppgifterna är också desamma bortsett från arbetstiden. Utredningen föreslår därför att samma behörighetsbestämmelser skall gälla för deltidsanställda som för heltidsanställda skolsköterskor.

Vidareutbildning av sjuksköterskor

Utredningen har i avsnitt 8.3 föreslagit en sänkning av elevantalet för skolsköterskorna. Den ökning av antalet tjänster som blir en följd härav har beräknats till ca 400. Utredningen föreslår vidare att sänkningen av elevantalet bör genomföras successivt och att den bör vara slutförd i och med

läsåret 1981/82.

Förslaget innebär att ca 80 nya skolskötersketjänster årligen skall tillföras skolhälsovården fram till och med 1981/82. Den kapacitet som i dag finns inom de vidareutbildningslinjer som är aktuella, 42 terminskurser med cirka 535 platser, är inte tillräcklig för att också motsvara detta utbildningsbehov. Personalsituationen inom den öppna hälso- och sjukvården är inte sådan att rekrytering kan göras från denna utan att betydande svårigheter kan komma att uppstå.

För närvarande finns följande tre reguljära utbildningsvägar för sjuksköterskor att vinna behörighet som skolsköterska.

- Modifierad vidareutbildning av sjuksköterska/sjukskötare inom öppen hälso- och sjukvård (26 veckor).
- Vidareutbildning av sjuksköterska/sjukskötare inom öppen hälso- och sjukvård (två terminer).
- Vidareutbildning av sjuksköterska/sjukskötare inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom (två terminer).

Utbildning till skolsköterska kan alltså väljas som vidareutbildning efter genomgången grundutbildning till sjuksköterska. I huvudsak sker utbildningen inom två av de tre alternativa utbildningsvägarna, nämligen inom vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård respektive inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Inträdeskrav är – förutom att inneha legitimation som sjuksköterska – att under viss tid ha tjänstgjort inom yrket.

Vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård, som även ger behörighet som distriktssköterska och sjuksköterska vid barnavårdscentral, omfattar teoretisk utbildning under totalt 15 veckor i bland annat ämnena hygien, socialmedicin, barn- och ungdomspsykologi, hälso- och sjukvård samt hälsoundervisning. Därutöver ingår klinisk praktik inom barnsjukvård och barnpsykiatrisk vård samt socialmedicinsk praktik inom olika delar av öppen hälso- och sjukvård under 25 veckor varav två veckor inom skolhälsovård. Teoretisk undervisning ges även jämsides med den praktiska utbildningen.

Vidareutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom, som förbereder för verksamhet inom skolhälsovård, på barnavårdscentral samt på barnsjukhus, ger teoretisk utbildning i likartade ämnen under 11 veckor samt klinisk och socialmedicinsk praktik med jämsidesundervisning under totalt 29 veckor. Därav omfattar den praktiska utbildningen vid barnavårdscentral samt inom skolhälsovård tillsammans fem veckor.

Läroplanerna för respektive vidareutbildning innehåller anvisningar angående utbildningens innehåll och uppläggning. Beträffande den teoretisk-/praktiska utbildningen inom skolhälsovård anger båda läroplanerna bland annat att den studerande skall informeras om skolhälsovårdens organisatoriska uppläggning samt dess anpassning till skolarbetets organisation under läsåret. Den studerande bör vidare ges insikt i samarbetet mellan skolhälsovårdens personal och övriga befattningshavare inom skolan, föräldrar och institutioner utanför skolan. Den studerande skall också beredas tillfälle att meddela hälsoundervisning såväl individuellt som i grupp.

Det torde vara svårt att öka antalet kurser i de tre reguljära vidareut-

bildningarna i någon större omfattning, eftersom möjligheterna att anordna de praktiska delarna av utbildningarna är begränsade. Utredningen har därför sökt finna en väg att öka utbildningskapaciteten utan att därigenom ta ytterligare praktikplatser i anspråk. Enligt vad utredningen inhämtat finns ett relativt stort antal sjuksköterskor utbildade enligt äldre studiegång som i sin utbildning och genom sitt yrkesarbete redan uppfyller de krav på praktiktjänstgöring som finns för de ovan nämnda vidareutbildningslinjerna. Dessa sjuksköterskor skulle genom att genomgå en tioveckors kurs i social barnavård ges kompetens som motsvarar villkoren för att vinna behörighet att inneha tjänst som skolsköterska. Utredningen föreslår därför, i likhet med vad SÖ tidigare föreslagit, att tio veckors kurs i social barnavård inrättas för sjuksköterskor utbildade enligt äldre studiegång.

Skolhälsovårdsutredningen vill framhålla att inför budgetåret 1977/78 hänsyn måste tas till att utredningens förslag innebär, i förhållande till den nuvarande omfattningen av vidareutbildningen, ett ytterligare behov av ca sex kurser årligen t. o. m. budgetåret 1981/82. Utredningen föreslår att detta behov i första hand tillgodoses genom att den föreslagna utbildningen i social barnavård för sjuksköterskor utbildade enligt äldre studiegång inrättas.

Under budgetåret 1975/76 anordnas kompletterande teoretisk vidareutbildning för sjuksköterskor om fem veckor. Kursen är avsedd för yrkesverksamma obehöriga skolsköterskor som genomgått äldre studiegång och som har minst fem års erfarenhet av skolhälsovård. I vissa fall krävs efter genomgången utbildning viss praktiktjänstgöring (hospitering) på antingen medicinsk barnavdelning eller barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. SÖ kan därefter, efter individuell ansökan och prövning och i samråd med socialstyrelsen behörighetsförklara den sökande. Verksamheten får 1975/76 omfatta högst åtta kurser med vardera lägst 15 och högst 30 deltagare. I budgetpropositionen 1975/76 föreslås sex kurser för läsåret 1976/77.

Enligt utredningens enkätundersökning skulle ca en fjärdedel (24 procent) av de yrkesverksamma skolsköterskorna sakna vidareutbildning, dvs. ungefär 400 stycken. Hur många av dessa som i dag tjänstgör på heltid och alltså inte är behöriga till tjänsten framgår inte.

Utredningen föreslår, i föregående avsnitt, att samtliga skolsköterskor bör vara vidareutbildade. Den kompletterande teoretiska vidareutbildningen för redan yrkesverksamma skolsköterskor som genomgått äldre studiegång men saknar fullständig vidareutbildning bör därför fortsätta tills utbildningsbehovet är täckt.

Fortbildning

Kontinuerlig fortbildning av skolläkare och skolsköterskor är, enligt skolhälsovårdsutredningens mening, en mycket viktig faktor för att kunna vidareutveckla den framtida skolhälsovården. Fortbildningen måste omfatta två från varandra delvis avgränsade områden, nämligen å ena sidan det pedagogiska och å andra sidan det medicinska området. Med det pedagogiska området avser utredningen närmast den fortbildning som planeras med anledning av SIA:s genomförande. Denna avses omfatta hela skolans personal. Dessutom finns anledning att erinra om att den fortbildning, som under läsåren meddelas lärarna under de fem så kallade studiedagarna, ibland har

ett innehåll som har intresse även för skolläkare och skolsköterska och där deras medverkan också kan innebära fördelar för övriga deltagare. Främst skolsköterskorna men någon gång också skolläkarna brukar därför ges möjlighet att delta i denna fortbildning.

I större kommuner med förste skolläkare och skolhälsoassistenter ansvarar dessa för den medicinska utbildningen av skolhälsovårdspersonalen. Denna utbildning, som är en frivillig kommunal angelägenhet, brukar omfatta en föreläsning i månaden under terminstid och innehålla aktuell medicinsk information eller föredrag av inbjuden specialist. I de kommuner där förste skolläkare och skolhälsoassistent saknas, tillgodoses utbildningsbehovet genom respektive länskolnämnds utbildningsavdelning, med ett varierande antal medicinska föreläsningar per läsår i aktuella ämnen. SÖ har i 15–20 års tid anordnat både terminkurser och feriekurser för skolläkare och skolsköterskor. Sedan slutet av 60-talet har kurserna varit gemensamma för skolläkare och skolsköterska vilket utfallit väl. Dessutom anordnades förr även kurser i skolhygien för lärare. Kursernas antal har successivt reducerats och omfattar nu endast en sommarkurs med 40 deltagare. Dessutom bör nämnas att skolsköterskornas fackliga organisation med egna medel bedriver viss medicinsk utbildningsverksamhet omfattande 3–4 dagar per år.

Enligt utredningens mening bör den framtida utbildningen bedrivas på tre skilda nivåer, nämligen på lokal, regional och på central nivå. Innehållet i utbildningen bör till viss del styras av den nivå på vilken den genomförs. Den pedagogiska utbildning, som avser att ge även skolhälsovårdspersonalen vidgad kunskap om skolans inre arbete och utveckling, torde i huvudsak vara lämplig att genomföra lokalt och då gemensamt med den övriga skolpersonalen. Detta kan i sig medföra att ett mindre antal skolläkare och skolsköterskor bör delta i så kallad pilotutbildning regionsvis eller centralt för att därefter lokalt kunna medverka som kursledare.

Utredningen vill dessutom framhålla vikten av gemensam utbildning för så kallad övrig elevvårdspersonal. Det förutsätts att dessa i sitt arbete har nära samverkan och kan komplettera varandra så att t. ex. rektor och lärare kan ges lämpliga råd eller anvisningar vid bedömningen av en elev med problem. Att samverka med och komplettera varandra innebär att samtliga inblandade måste ha ingående kunskaper om dels vad denna samverkan skall bestå i och hur den skall bedrivas och dels vad som är möjligt att gemensamt kunna ge av objektiva fakta om eleven. Utredningen vill i sammanhanget också påpeka värdet av att i denna utbildning också engagera föräldrar och elever. Utan deras medverkan förlorar denna del av skolans utbildning delvis sin mening.

Den medicinska utbildningen är mycket ojämnt fördelad i landet. Mest omfattande är den i större kommuner med egna skolöverläkare eller skolhälsoassistenter, medan det i glesbygder kan finnas skolsköterskor som aldrig erbjuds någon utbildning med medicinskt innehåll. För att ge alla lika möjlighet till att nå denna utbildning, bör denna, i högre grad än vad som nu är fallet, genomföras regionalt. För att detta skall vara genomförbart bör kommunerna tillsammans med sjukvårdshuvudmännen initiera relevant gemensam utbildning för skolhälsovårdspersonalen och landstingsanställd personal, exempelvis genom att låta de förra delta i klinikträffar och ronder.

Behovet av fortlöpande aktuell medicinsk orientering kan vara lika stort för landstingsanställd personal som för kommunalanställd inom gemensamma ämnesområden. Det torde vara slöseri med redan hårt ansträngda resurser att bedriva fortbildning i samma ämnen och kanske med samma föreläsare parallellt i kommuner och landsting. Utredningen ser lösningen av denna fråga som en ren administrativ åtgärd från kommunernas och landstingens sida och som någonting som bör kunna lösas omgående. Utredningen vill dessutom peka på att det ligger värde i att genomföra fortbildningen gemensamt. Landstingsanställd sjukvårdspersonal behöver utan tvivel få ökad kunskap om skolans miljö och hur denna påverkar eleverna/patienterna samtidigt som skolans personal är i behov av ökad kunskap om den medicinska utvecklingen och de resurser som sjukvårdshuvudmännen kan ställa till skolans förfogande. Utredningen vill dock framhålla att den kommunala medicinska fortbildning som bedrivs inte till alla delar kan ersättas av regional fortbildning. Redan det skälet att vissa kommuner har ett mycket stort antal skolläkare och skolsköterskor anställda kan innebära att den lokala utbildningen ibland kan vara att föredra.

Den centrala fortbildningen kan aldrig komma att erbjudas alla verk samma inom skolhälsovården, därtill är inte resurserna tillräckliga. Den har dock sitt givna och omistliga värde som pilotutbildning. Vid uttagning till central kurs tas idag hänsyn till anställningens längd och regionstillhörighet. Utredningen menar att den huvudsakliga vikten måste läggas vid regionstillhörighet. Även om utbildningen bör ses som personlig fortbildning måste den, på grund av resursknapphet, också till lika stor del ses som en utbildning för blivande kursledare. Uppläggningsen av kurser och material till dessa måste också ta hänsyn till detta, så att en maximal utbildningseffekt kan uppnås.

8.6.5 Information om skolhälsovården till blivande lärare, skolledare, läkare och sjuksköterskor

Information och kunskap om skolhälsovård inhämtas av blivande lärare i ämnet pedagogik. Som exempel kan nämnas att SÖ:s förslag till normalstudieplan för klasslärarutbildningen upptar 16 lärarkandidattimmar för momentet elevvård, i vilket information om skolhälsovård ingår. Lokala avvikelser från detta kan förekomma eftersom utbildningsnämnderna vid lärarhögskolorna, som är den instans som fastställer den lokala studieplanen, kan ha gjort en annan prioritering. Utbildningsmomentet brukar ledas av en skolläkare eller skolsköterska, som i allmänhet går igenom skolhälsovårdens innehåll och organisation. Utredningen kan inte finna att denna utbildning kan ha något större informationsvärde, eftersom framför allt den organisatoriska uppbyggnaden ofta har så lokal karaktär att den inte går att beskriva i allmänna termer. Utredningen föreslår därför att SÖ ges i uppdrag att framställa ett material om innehållet i skolhälsovården så att de blivande lärarna ges en klar bild av dess funktion i skolan och i elevvården.

För blivande skolledare torde behovet av information och utbildning vara ett annat. De har genom ofta mångårig skoltjänstgöring fått en god inblick i skolhälsovårdens verksamhet och möjligheter att lösa sina uppgifter. Deras framtida roll som arbetsledare och samordnare innebär att de i högre

grad är i behov av kunskap om de bakomliggande faktorer som avgör lämpligt elevantal för skolsköterskor och skolläkare samt det samarbete som måste äga rum med samhällets övriga instanser för barn- och ungdomsvård. Skolledare har nu möjlighet att genomgå en särskild utbildning, den så kallade PLUS-utbildningen. Inom ramen för denna bör det vara möjligt att tillgodose ovan nämnda krav.

I blivande läkares grundutbildning ges i avsnittet pediatrik information om skolhälsovård liksom också i specialistutbildningen för blivande barnläkare.

Utredningen vill framhålla vikten av att denna utbildning tar sikte på kunskap om samhällets totala insatser i fråga om förebyggande hälsovård för barn och ungdom. Det är också lämpligt, anser utredningen, att den del av detta som berör skolhälsovården bör behandlas av läkare som arbetar inom skolhälsovården och är väl insatta i de aktuella frågorna både rörande skola och skolhälsovård.

Enligt utredningens mening bör skolhälsovård även behandlas i utbildning av distriktsläkare. Utredningen ser därför som positivt att nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) 1975 startade en veckokurs i skolhälsovård, inlagd i den fortsatta vidareutbildningen av distriktsläkare. Den innehöll för skolhälsovården aktuella medicinska frågor, bestämmelser för skolhälsovården samt orientering om skolans organisation och dess elevvårdsarbete. Utvärderingen av denna första kurs var mycket positiv och underströk framför allt behovet av fortsatt kursverksamhet. Utredningen vill också betona värdet av denna befattningsutbildning och förutsätter att NLV med utgångspunkt i kursvärdering och annan erfarenhet fortsätter denna vidareutbildning.

I sjuksköterskornas grundutbildning ingår i kursavsnittet socialmedicin moment om skolhälsovården, dess organisation och innehåll. Utredningen återkommer till frågan om betydelsen av undervisning om skolhälsovårdens organisation och vill betona att det bör ligga ett större värde i att ta upp en fördjupning om skolans organisation och verksamhet och skolhälsovårdens del därav. Skolhälsovården måste även i utbildningen sättas in i sitt sammanhang för att kunskap om dess möjligheter skall kunna nås.

9 Skolhälsovården i folkhögskolan

9.1 Målsättning

Målet för folkhögskolans hälsovård uttrycks i folkhögskoleförordningen 17 a §:

”För elev i kurs som omfattar minst 21 veckor anordnar huvudmannen hälsovård. Den skall främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.”

Det mål skolhälsovården i folkhögskolan har i dag, innebär att den, tillsammans med eleverna, ska verka för att bevara och förbättra elevernas hälsa såväl i ett kortare som i ett längre tidsperspektiv. Vid bedömningen av elevens hälsa, bör den studerandes totala situation och relationerna mellan fysiska, psykiska och sociala komponenter beaktas.

9.1.1 Folkhögskolornas inriktning och elevsammansättning

Folkhögskolans uppgift är enligt folkhögskoleförordningen ”att meddela allmän medborgerlig bildning. Dess verksamhet bör särskilt syfta till att bibringa eleverna insikt om deras ansvar som människor och samhällsmedlemmar. Den bör utformas så, att elevernas samarbetsvilja stärkes, deras förmåga till självständigt tänkande och kritiskt omdöme utvecklas samt deras mognad och studieintresse främjas.” Enligt förordningen skall sökande, under det kalenderår kursen börjar, uppnå minst 18 års ålder om inte SÖ medger undantag.

Det finns f. n. 108 statsunderstödda folkhögskolor och 6 filialfolkhögskolor, som med hänsyn till huvudmannaskapet kan indelas i tre grupper: landstingsskolor, stödföreningsskolor och rörelseskolor. 46 av skolorna har landsting som huvudman, 11 skolor är stödföreningsskolor och återstoden har olika folkrörelser och organisationer som huvudman. 106 av huvudskolorna och 3 av filialerna är internatskolor, vilket emellertid inte innebär att alla elever bor på skolans elevhem.

Folkhögskoleutredningen har i sitt huvudbetänkande Folkhögskolan (SOU 1976:16) gjort en utförlig beskrivning av den nuvarande verksamhetens omfattning och även beskrivit elevsammansättningen vid olika kurser. Av betänkandet framgår att omkring 60 000 personer deltog i folkhögskolekurser under verksamhetsåret 1973/74. Av dessa gick 13 000 stu-

derande på kurser om minst 30 veckors längd och ca 2 000 i kurser omfattande 15–30 veckor. Det är alltså den avgjort största delen av deltagarna som går på kortare kurser.

I det bakgrundsmaterial som folkhögskoleutredningen tagit fram ingår också en enkät bland studerande vid vinterkursen 1973/74, alltså i kurs om minst 30 veckors längd. Det framgick att 39 procent var män och 61 procent kvinnor och att medianåldern var 21,7 år. Vidare uppgav 9 procent av dessa studerande att de var handikappade. 23 procent uppgav att de någon gång haft kontakt med läkare eller psykolog i samband med besvär av psykisk karaktär och 5 procent att de haft sådan kontakt på grund av problem med alkohol och/eller narkotika.

De kortare ämneskursernas längd, innehåll och deltagare uppvisar en mycket stor variationsrikedom. Pensionärskurser utgör en stor del av denna verksamhet liksom ledar- och instruktörskurser, men även kurser i estetiska ämnen och språk samlar många deltagare. Att deltagarnas ålder här har stor spridning är naturligt.

Folkhögskoleutredningen har i huvudbetänkandet gjort en ingående analys av verksamheten bland handikappade elever, vilka i ökad omfattning tagits emot som studerande vid folkhögskolorna. Under vinterkursen 1973/74 utgjorde de handikappade 9 procent av det totala elevantalet, eller drygt 1 200. Av dessa var drygt 40 procent socialt handikappade, dvs. med dokumenterat narkotika- eller alkoholmissbruk eller studerande från ungdomsvårdsskola eller fängelse. I sina kommentarer till dessa siffror påpekar utredningen att det är många studerande på folkhögskolorna som faller utanför kriteriet att ett bruk skall vara dokumenterat för att komma med i statistiken, men att dessa elever kan innebära problem för skolorna på många sätt.

9.1.2 *Utredningens förslag*

Utredningen finner, i likhet med vad som föreslogs i avsnittet om grund- och gymnasieskolan, att skolhälsovården även i fortsättningen främst skall vara av förebyggande natur men att den kan innehålla en till sin form och sitt innehåll enklare sjukvård av tillfällig natur. Utredningen föreslår vidare att skolhälsovården skall omfatta samtliga elever och att underlaget för skolskötersketjänst skall grundas på den totala undervisningsvolymen – elevantal per vecka och år – och inte som hittills på en viss längd av kurser.

9.2 Innehåll

Utredningen anser att det innehåll som anges för grund- och gymnasieskolan i tillämpliga delar också är applicerbart för folkhögskolan. Dock pekar folkhögskoleutredningens material på att det föreligger behov av särskilda åtgärder inom den förebyggande psykiska hälsovården. För att ge möjlighet att koncentrera insatserna till de områden där behoven främst föreligger, föreslår skolhälsovårdsutredningen att de återkommande hälsokontrollerna

kan utgå om de ej bedöms nödvändiga. Skolsköterskans arbete kommer då i huvudsak att bli mentalhygieniskt inriktat, samtidigt som hon får ökat ansvar för att vid behov remittera elever till läkare.

En förutsättning för skolsköterskans arbete är att hon kan få direktkontakt med läkare. Utredningen finner att detta skulle kunna lösas genom överenskommelse med landstinget om att få disponera läkare på vårdcentral för vissa medicinska insatser. Det kan gälla rådgivning, viss sjukvård eller medverkan vid enskild medicinsk vägledning.

9.3 Organisation

En tendens finns idag att söka knyta folkhögskolans hälsovård antingen närmare den kommunala skolhälsovården eller närmare den öppna hälso- och sjukvården. Skolorna är oftast relativt små utbildningsenheter varför personalfrågan lättast kan lösas i samordning med annan motsvarande verksamhet. Skolhälsovårdsutredningen finner en sådan samordning önskvärd och självklar. Eftersom de skilda folkhögskolornas elevsammansättning inte är lika och skolornas organisatoriska uppbyggnad skiljer sig från utbildningsanstalt till utbildningsanstalt är det naturligt att huvudmannen måste ha det avgörande inflytandet över skolhälsovårdens organisation.

Genom att många folkhögskolor är små kan en samordning med annan hälsovård innebära att det är lämpligare att den till viss del lokalmässigt förlägges utanför folkhögskolan. Ehuru detta förhållande inte är önskvärt, anser utredningen, att detta ibland kan vara den enda möjlighet som står till buds för att få en väl organiserad verksamhet. Utredningen vill dock framhålla önskvärdheten av att hälsovården i så stor utsträckning som möjligt bedrivs i egna lokaler och i nära anslutning till folkhögskolans övriga elevvårdande verksamhet. Skolsköterskan bör ha en fast mottagningstid en gång i veckan på folkhögskolan så att eleverna kan nå henne för konsultation och samtal.

9.4 Huvudmannaskap

Utredningen har för övrig skolhälsovård föreslagit att skolhuvudmannen även fortsättningsvis bör vara huvudman också för skolhälsovården. Utredningen finner inte anledning till annat ställningstagande när det gäller folkhögskolan. Däremot skiljer sig utredningens skäl för ställningstagandet något. För folkhögskolan, gäller som tidigare angetts, att de är små enheter och att de organisatoriskt är mycket olika också när det gäller elevvårdsarbetet. Relevantalet varierar också från år till år. Skolhuvudmannen har därför bästa möjligheten att i varje enskilt fall göra fortlöpande bedömningar om önskade behov och resurser.

9.5 Central tillsynsmyndighet

Utredningen har för annan skolhälsovård föreslagit att SÖ också fortsättningsvis bör vara central tillsynsmyndighet. Även för folkhögskolan föreslår

utredningen att SÖ bör vara tillsynsmyndighet för hälsovården.

I den av utredningen föreslagna skolhälsovårdsdelegationen förutsätter utredningen att representant för folkhögskolorna skall ingå. Problemen inom denna utbildningssektor är så speciella att endast företrädare som är verk-samma inom folkhögskolesektorn kan bidra med nödvändig information för att kunna lösa uppkomna problem.

10 Ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

I sina överväganden har utredningen utgått från nuvarande regelsystem vad gäller de ekonomiska åtagandena för skolan från statens och kommunernas sida. SSK-utredningen har också i uppdrag att överse gällande statsbidragssystem och har i betänkandet Skolans ekonomi (SOU 1976:10) kartlagt de ekonomiska förhållandena. Skolhälsovårdsutredningen tar, mot bakgrund av de till SSK givna direktiven, därför inte upp frågan om statsbidrag för skolhälsovårdsverksamheten.

Utredningen beräknar att kostnaden för den föreslagna sänkningen av elevantalet för skolsköterska i primärkommun till cirka 25 milj. kronor. Beräkningen har gjorts med utgångspunkt i begynnelselönen 1976-07-01 och gällande lönekostnadspålägg. Utredningen har med utgångspunkt i tillgängliga siffror, utredningens enkät till kommunerna, konstaterat att för flertalet primärkommuner blir kostnadsökningen endast marginell. Tabell 15 ger en sammanställning av kommunernas ökade behov av sjuksköterskor fram till och med 1981/82 om utredningens förslag genomförs.

Med samma beräkningsgrund som för skolsköterskorna har utredningen beräknat kostnaderna om utredningens rekommendation om ett högsta elevantal på 200 elever per skolläkarveckotimme skulle genomföras, till cirka 10 milj. kronor.

Kostnaderna för ökning av vidareutbildningen för sjuksköterskorna har

Tabell 15. Sammanställning av kommunernas ökade behov av sjuksköterskor fram till och med 1981/82.

Ökning av antalet tjänster	Antal kommuner
0	15
0,1-1	117
1,1-2	89
2,1-3	29
3,1-4	14
4,1-5	4
5,1-6	4
6,1-7	3
7,1-8	1
8,1-9	1
9,1-	1

beräknats till 530 600 kr. för budgetåret 1977/78. Därvid har utredningen utgått från ett statsbidrag för varje klass och termin till 37 900 kronor, dvs. till det belopp som upptagits i budgetpropositionen för budgetåret 1976/77.

Med samma beräkningsgrund har utredningen beräknat kostnaden för den kompletterande teoretiska vidareutbildningen för budgetåret 1977/78 till 112 700 kronor.

Utredningen har inte gjort någon beräkning av kostnaderna med anledning av förslagen för folkhögskolan. Då statsbidragssystemet för denna skolform är föremål för översyn förutsätter utredningen att också skolhälsovården beaktas i detta sammanhang.

11 Författningsändringar

Som en följd av utredningens förslag föreslår utredningen följande ändringar i skollag, skolförordning och folkhögskoleförordning

Nuvarande lydelse

Skollagen

25 a §. Grundskolan omfattar skolhälsovård.

Skolhälsovården har till ändamål att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Den skall främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.

Nyinskriven elev i grundskolan skall läkarundersökas i början av läsåret och därefter fram till och med årskurs 8 minst två gånger. Om ej särskilda förhållanden föranleda undantag, skall elev läkarundersökas även i årskurs 9.

Utöver vad som följer av tredje stycket skall sådan elev i grundskolan som är klen, sjuk eller sjukdomshotad läkarundersökas så ofta skolläkaren finner det behövt. Undersökning skall även ske av elev som skolledare, lärare, skolsköterska eller föräldrarna särskilt hänvisat till skolläkaren eller som denne på annan grund finner vara i behov av undersökning.

Det åligger elev i grundskolan att låta sig undersökas i fall som avses i tredje och fjärde styckena.

Elev i grundskolan har rätt att kostnadsfritt anlita skolhälsovården.

Föreslagen lydelse

25 a §. Grundskolan omfattar skolhälsovård

Skolhälsovården har till ändamål att bevara och förbättra elevernas själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Den skall främst vara av förebyggande natur.

Nyinskriven elev i grundskolan skall läkarundersökas i början av läsåret och därefter fram till och med årskurs 8 minst två gånger.

Utöver vad som följer av tredje stycket skall elev i grundskolan som företer brister i hälsotillståndet läkarundersökas så ofta skolläkaren finner det behövt. Undersökning skall även ske av elev som själv vänt sig till skolhälsovården, eller som skolledare, lärare, skolsköterska eller föräldrar särskilt hänvisat till skolläkaren.

Det åligger elev i grundskolan att låta sig undersökas i fall som avses i tredje och fjärde styckena.

Elev i grundskolan har rätt att kostnadsfritt anlita skolhälsovården.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse**Skolförordningen*

4 kap.

3 §. För skolhälsovården finns skolläkare och skolsköterska. Vidare skall finnas lämplig lokal och erforderlig utrustning.

På heltidsanställd skolsköterska bör ej ankomma mera än 1 500 eller, i fråga om gymnasieskolan, 1 000–2 000 elever.

Skolhälsovård får inräknas i tjänst som distriktssköterska enligt avtal som träffas mellan huvudmannen för skolan och huvudmannen för distriktssjukvården.

3 §. För skolhälsovården finns skolläkare och skolsköterska. Vidare skall finnas lämplig lokal och erforderlig utrustning.

På heltidsanställd skolsköterska bör ej ankomma mer än 800 elever.

Skolhälsovård får inräknas i tjänst som distriktssköterska enligt avtal som träffas mellan huvudmannen för skolan och huvudmannen för distriktssjukvården.

17 kap.

52 §. Arvodestjänst som skolläkare vid grundskolan eller gymnasieskolan tillsättes av styrelsen för skolan med förordnande tills vidare från och med viss dag eller tills vidare för viss tid högst sex år i sänder.

Vid tillsättningen tages hänsyn till erfarenhet och skicklighet i fråga om skolhygien och allmän hälsovård, till specialutbildning i ämnen av särskild betydelse för tjänstgöringen samt till personlig lämplighet.

52 §. Behörig för arvodestjänst som skolläkare är den som innehar svensk läkarlegitimation och genomgått vidareutbildning inom lämplig specialitet eller för allmänläkarvård.

Arvodestjänst som skolläkare vid grundskolan eller gymnasieskolan tillsättes av styrelsen för skolan med förordnande tills vidare.

Vid tillsättningen tages hänsyn till erfarenhet och skicklighet i fråga om skolhygien och allmän hälsovård, till specialutbildning av särskild betydelse för tjänstgöringen samt till personlig lämplighet.

Folkhögskoleförordningen

17 a §. För elev i kurs som innefattar minst 21 veckor anordnar huvudmannen hälsovård. Den skall främst vara av förebyggande natur och ej avse egentlig sjukvård.

Hälsovården handhas av skolläka-

17 a §. För elever i folkhögskola anordnar huvudmannen hälsovård. Den skall främst vara av förebyggande natur.

Hälsovården handhas av skolskö-

Nuvarande lydelse

re och skolsköterska. För dem gäller instruktion som meddelas av skolöverstyrelsen.

Elev för vilken hälsovård anordnas skall läkarundersökas vid början av kursen och därefter vartannat år. Det åligger eleven att underkasta sig sådan läkarundersökning. Eleven äger kostnadsfritt anlita hälsovården.

Föreslagen lydelse

terska. För denna gäller instruktion som meddelas av skolöverstyrelsen.

Eleven har rätt att kostnadsfritt anlita hälsovården.

Särskilda yttranden

1. Av Tage Möller, Åke Nilsson och Sverre Royen

Skolhälsovården i grundskola och gymnasieskola

Det är självfallet viktigt att skoleleverna får tillgång till en väl fungerande skolhälsovård på kvalitativt hög nivå. Även om det i dag finns vissa brister så visar ändå den hittillsvarande utvecklingen att skolhuvudmännen successivt förstärker skolhälsovården genom anställning av personal i den takt som ekonomi och tillgång på utbildad personal medger. En ökad vidareutbildning av sjuksköterskor och en bättre tillgång på läkare bör också på sikt medverka till att skolhälsovården kan få sitt personalbehov tillgodosett på ett bättre sätt än vad nu är fallet.

Skolhälsovårdsutredningen föreslår att bestämmelserna i skolförordningen (4 kap. 3 §) ändras så att på heltidsanställd skolsköterska ej bör ankomma mer än cirka 800 elever mot nu i skolförordningen angivna högsta elevantal 1 500 eller, i fråga om gymnasieskolan, 1 000–1 200. Utredningens förslag om sänkt elevantal per heltidsanställd skolsköterska föreslås genomföras successivt under en 5-årsperiod. Utredningens förslag bör bl. a. ses mot bakgrund av att heltidsanställd skolsköterska hos primärkommunal skolhuvudman enligt utredningens enkätundersökning vårterminen 1974 hade ansvar för i genomsnitt cirka 1 200 elever.

Vid fastställande av skolsköterskeorganisationen har skolhuvudmännen att ta hänsyn även till andra faktorer än elevantalet per skötersketjänst. Sålunda bör bl. a. elevernas åldersfördelning påverka skötersketätheten. Förekomsten av annan elevvårdspersonal (skolkurator, skolpsykolog m. fl.) kan, åtminstone i vissa lägen, motivera att skolsköterskan får ansvar för fler elever. Å andra sidan finns det faktorer som verkar i motsatt riktning. Så är exempelvis fallet med skolsköterska som betjänar mer än en skolenhet då hänsyn måste tas bl. a. till avstånd och kommunikationer mellan de olika enheterna. Antalet invandrarelever, liksom förekomsten av från specialskola och särskola integrerade elever samt elever med särskilda behov, måste också vägas in vid bedömningen av lämplig personaldimensionering och kan då medföra att skolsköterskan bör få elevantalet för sin tjänst reducerat. Mot angiven bakgrund anser vi det olämpligt att staten genom normtal i skolförordningen styr personaldimensioneringen avseende en grupp kommunalt anställda. Sådana normtal blir lätt alltför trubbiga och

onyanserade hjälpmedel. Enligt vår mening bör skolskötersketjänsterna således, i likhet med andra primär- och landstingskommunala tjänster, inrättas efter lokal bedömning utan styrning av statliga bestämmelser.

Även ur andra synpunkter finns det enligt vår mening fog för att ifrågasätta skäligheten i att skolförordningen innefattar bestämmelser om högsta elevantal för skolsköterska.

Flera genomgripande reformer har under de senaste decennierna genomförts rörande den obligatoriska skolan och gymnasieskolan. Ett gemensamt drag för denna omdaning är, att kommunerna fått ökat ansvar för verksamheten. Vid olika tillfällen har också förändringar vidtagits för att vidga kommunernas handlingsfrihet. Genom kommunindelingsreformen har behovet av statlig tillsyn och kontroll över kommunerna minskat. Bl. a. som en konsekvens härav pågår därför inom Kommundepartementet i samråd med berörda departement en översyn av den statliga detaljregleringen i syfte att ur lagar och förordningar, som gäller kommunal verksamhet, mönstra ut sådana föreskrifter som inte längre anses nödvändiga. Inför årets TCO-kongress har ju också statsministern aviserat ett fortsatt och mera långtgående översynsarbete som även ska omfatta centrala ämbetsverks föreskrifter och anvisningar. Tidigare gällande normtal för sjuksköterskor inom vissa delar av den öppna hälso- och sjukvården har slopats genom att bestämmelserna härom mönstrats ut ur författningarna. Att låta skolförordningen innehålla bestämmelser om högsta elevantal för skolsköterska kan därför enligt vår mening knappast anses stå i samklang med den utveckling vi ovan beskrivit och intentionerna för angivet översynsarbete. Vad vi ovan anfört ger i stället ett entydigt stöd för uppfattningen att de nuvarande bestämmelserna i skolförordningen om normtal för skolsköterskor bör utgå och ej ersättas med av utredningen föreslagna ändrade bestämmelser.

Också mot bakgrund av den utveckling som äger rum inom arbetslivet när det gäller inflytande- och medbestämmandefrågorna kan utredningens förslag i angivet avseende ifrågasättas. Personaldimensioneringsfrågorna är inte undantagna från det samrådsförfarande som avses äga rum mellan arbetsgivare och arbetstagare även inom den kommunala sektorn. Vi menar därför att man bör kunna överlämna dimensioneringsfrågorna vad gäller skolskötersketjänsterna åt skolhuvudmännen för bedömning efter samråd med de fackliga organisationerna på samma sätt som sker beträffande andra tjänster.

I skolförordningen finns ingen bestämmelse om högsta elevantal för skolläkare. Utredningen föreslår inte heller att skolförordningen ska tillföras någon sådan bestämmelse. I stället lämnar utredningen en allmän rekommendation om ett högsta elevantal per läkarveckotimme på cirka 200 elever med en samtidig begränsning till 4 500 elever per heltidstjänst. Enligt vår mening bör även dimensioneringen av skolläkarinsatsen bedömas av skolhuvudmännen bl. a. med hänsynstagande till lokala förhållanden utan vägledning i statliga rekommendationer. Samma principiella invändningar som vi ovan anfört beträffande normtal för skolsköterskor kan, på i huvudsak samma grunder, resas även vad avser normtal för skolläkare.

Mot bakgrund av vad vi ovan anfört vill vi poängtera, att den av oss förordade friheten för skolhuvudmännen att utan statliga normtal dimensionera personalinsatsen inom skolhälsovården, med den förväntade bättre

tillgången på personal, bör ge skolhuvudmännen ökade möjligheter att tillhandahålla skoleleverna en fullvärdig hälsovård.

2. Av Tage Möller och Sverre Royen

Som experter i skolhälsovårdsutredningen representerande socialstyrelsen och landstingsförbundet har vi i vissa hänseenden inte kunnat ansluta oss till de tankegångar och förslag, som framförs i föreliggande betänkande. De punkter på vilka vi är av en annan mening gäller företrädesvis frågorna om skolhälsovårdens organisation i det allmänna hälso- och sjukvårdssystemet, huvudmannaskapet för skolhälsovården och den centrala tillsynen över verksamheten. Vi lägger inte fram några fullständiga förslag till alternativa lösningar utan inskränker oss till att redovisa vår mening i de av oss påtalade frågorna och de resonemang vi stöder oss på.

Den pågående utvecklingen inom den offentliga hälso- och sjukvården

Inledningsvis vill vi framhålla att vi ser det som angeläget att med utgångspunkt från vårt synsätt och de intressen vi representerar särskilt betona vissa utvecklingssträvanden inom hälso- och sjukvården, som vi anser inte ha blivit tillräckligt belysta eller beaktade i betänkandet. Enligt direktiven för utredningen borde särskild uppmärksamhet ägnas "eventuella förändringar av skolhälsovårdens innehåll och organisation till följd av den pågående snabba utvecklingen inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården, framför allt den förebyggande barna- och ungdomsvården". Hälso- och sjukvårdens utveckling och samhällsutvecklingen i övrigt har på senare år fört in nya dimensioner som, enligt vår mening, bort utgöra utgångspunkt för ett mer förutsättningslöst betraktelsesätt på skolhälsovårdens ställning i det totala hälso- och sjukvårdssystemet.

Satsningen på öppen sjukvård och förebyggande åtgärder

Inom hälso- och sjukvården liksom inom socialvården är det väsentligt att man dels genom förebyggande åtgärder försöker motverka vårdbehov, dels vidtar sådana åtgärder att uppkomna vårdfall får hjälp och stöd inom den öppna vården. På senare år har de ökade möjligheterna att klara av en rad olika vårduppgifter i öppna vårdformer blivit allt mer uppmärksammade. Samtidigt har de förebyggande/hälsovårdande uppgifterna som hälsoundersökningar av barn och vuxna, skolhälsovård, företagshälsovård, vård av handikappade m. m. allt starkare kommit i blickfånget.

Den sjukvårdspolitiska målsättningen har under de senaste åren således alltmer inriktats på att främja den mindre resurskrävande sjukvård som ges vid läkarstationer och vårdcentraler utanför sjukhus samt i hemmen. Även inom socialvården har målsättningen fått en allt starkare inriktning mot förebyggande och uppsökande verksamhet. Vi vill i detta sammanhang erinra om strävandena att bedriva vårdarbetet mot bakgrunden av en helhetssyn på den enskildes behov av medicinsk och social service, vilket i

sin tur kräver en ökad samordning av samhällets hälso- och sjukvårdande samt sociala resurser och av arbetsinsatser.

Vårdgrenar i samverkan

Detta starka behov av organisatorisk samordning, och praktisk samverkan har sin grund i att uppkomsten av olika vårdssituationer i viss omfattning rör sig inom ett gemensamt orsakskomplex och att olika vårdinsatser ofta måste komplettera varandra. Knappheten på de samhällsresurser, som kan ställas till förfogande gör det också särskilt påkallat att samhällets vårdservice inte splittras på fler vårdorgan än som är nödvändigt. En betydelsefull forskning och försöksverksamhet med statliga anslag kring den öppna vårdens organisation och funktioner beträffande integrerad hälso-, sjuk- och socialvård inkl. skolhälsovård för en hel kommun eller del av kommun bedrivs som framgår av betänkandet (sid 117) bl. a. i Dalby och Tierp. Erfarenheterna från Dalby- och Tierp-projekten har i ett flertal fall lagts till grund för liknande organisationsförsök i andra landstingsområden.

Hs 80

I utredningen "Hälso- och sjukvård inför 80-talet" (Hs 80) har det angelägna i att bygga ut de öppna vårdformerna ytterligare betonats (betänkandet sid 117). Härigenom förväntas ett mera rationellt utnyttjande av materiella och personella resurser samtidigt som man kan tillfredsställa krav på närhetservice och krav på kontinuitet i vård och omhändertagande. Vidare betonas också här de strävanden efter helhet i vården, som gör det nödvändigt att utveckla samverkansformer mellan medicinsk och social omvårdnad.

Den strukturmodell, som redovisas i Hs 80, innebär, som framgår av betänkandet (sid 117), att hälso- och sjukvården byggs upp på tre huvudelement som benämns primärvård, länssjukvård och regionssjukvård. Hälso- och sjukvården bör i princip integreras helt. En särorganisation för förebyggande uppgifter (mödrahälsovård, barnhälsovård etc.) bedöms inte vara sakligt motiverad i ett längre tidsperspektiv.

I Hs 80 uttalas vidare att det är önskvärt och också möjligt att för den helt övervägande delen av befolkningen organisera barnens hälso- och sjukvård med särskilda distriktsbarnläkare. Distriktsbarnläkaren knyter naturligt samman hälso- och sjukvården i alla dess former för barnen i ett visst område. Dennes medverkan i barnhälsovården bör vara lika viktig också i skolhälsovården, oavsett vem som är huvudman för denna verksamhet. Man kan på så sätt få kontinuitet i hälsokontrollen av de yngre åldersgrupperna som innebär, att samma läkare undersöker barnen vid barnavårdscentral och förskolor, i skolan och vid sjukvårdsbesök på vårdcentralens mottagning. En organisation med distriktsbarnläkare ger också bättre förutsättningar för en fortsatt integrering av de handikappade barnen, som behöver särskilda omsorger i förskolor och grundskolor.

Vidare uttalas i Hs 80 att en verksamhet med särskilda distriktsbarnläkare med ansvar för barnhälsovård och med vidsträckt uppgifter inom barnsjukvården kan gynna en utveckling mot en organisation med särskilda distriktsbarnsjuksköterskor med uppgifter inom såväl hälso- som sjukvård

för barn. Hs 80:s förslag till förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur har i stort mött instämmande från samtliga remissinstanser och en utveckling i denna riktning håller på att växa fram.

Oberoende härav sker en utveckling – kvalitativ och kvantitativ inom vissa vårdgrenar av betydelse för skolhälsovårdsfrågan.

För skolhälsovården betydelsefulla medicinska verksamheter inom barn- och ungdomsvård

Verksamheten inom *barnhälsovården* spänner idag över ett alltmer vidgat fält av förebyggande medicinska åtgärder. Barnhälsovården som utvecklats parallellt med mödrahälsovården, präglas också av ett ökat samarbete med medicinska och sociala verksamhetsgrenar för att säkerställa en kontinuerlig uppföljning av den enskilde från födelsen till avslutad skolgång. Verksamheten vid barnvårdscentralerna inriktas också på en alltmer omfattande samordning med öppen och slutna barnsjukvård liksom med den psykiska barna- och ungdomsvården samt tandhälsovården.

En annan sådan vårdgren är *förskolehälsovården*, som förväntas bli inordnad i barnvårdscentralernas verksamhet under landstingskommunalt huvudmannaskap.

Med något undantag finns i varje sjukvårdsområde barnhälsovårdsöverläkare med uppgift att organisera och utöva tillsyn över barnhälsovården och att samordna denna med den öppna och slutna barnsjukvården, socialvården och skolhälsovården.

Vidare kan nämnas den *psykiska barna- och ungdomsvården*, som utbyggs i den takt som tillgången på specialistutbildade läkare inom området erbjuder. Utvecklingen inom denna vårdverksamhet kännetecknas bl. a. av ett ökat samarbete med de olika instanser i samhället, som arbetar med de unga och deras familjer. Det gäller samordning med barnhälsovården vid barnvårdscentralerna, med hälsovården vid förskola och skola liksom med olika sociala organ.

Vårdansvaret för *barn- och ungdomstandvården* (skoltandvården) ligger på landstingen och de landstingsfria kommunerna. Vid sidan om den organiserade huvudsakligen reparativa tandvården av skolbarnens tänder, har olika tandhälsovårdande insatser blivit alltmer uppmärksammade och accepterade som en viktig del i skoltandvården. Den förebyggande vården för barn och ungdom utgör i dag icke en systematiskt utbyggd och fullständig organisation, vilket enligt vår mening måste betraktas som en brist. Dess olika grenar har utvecklats var för sig allteftersom behoven uppmärksamats.

Denna utveckling har därjämte varit ojämn de olika vårdgrenarna emellan och kan inte i alla hänseenden anses svara mot de krav samhället i dag ställer på en modern hälsovård för barn och ungdomar. Orsaken till detta faktum är bl. a. att söka i bristande samordning av de olika insatserna. Enligt vårt sätt att se kan inte olika medicinska åtaganden renodlas eller ses som isolerade handlingar under barn- och ungdomsåren, dvs. den period av livet då förebyggande och terapeutiska åtgärder är av särskild betydelse. Barn- och ungdomshälsovård bör ses som *ett* begrepp innefattande mödrahälsovården, barnhälsovården, förskolehälsovården, skolhälsovården, psykiska barna- och ungdomsvården och tandhälsovården.

Skolhälsovårdsutredningens förslag mot bakgrund av utvecklingen inom den offentliga hälso- och sjukvården

Mot den ovan tecknade bakgrunden och särskilt med tanke på innehållet i det citerade avsnittet ur de för utredningen gällande direktiven hade det för oss tett sig naturligt om utredningen sökt sig fram till ett organisationsförslag med omedelbar anknytning till den pågående och planerade utvecklingen inom den allmänna hälso-, sjuk- och socialvården – eller åtminstone något mer ingående analyserat förutsättningarna härför.

Skolhälsovårdsutredningens mening om huvudmannaskapsfrågan

Skolhälsovårdsutredningen har i sin bedömning av frågan om valet av lämplig organisationsform utgått från bl. a. betraktelsesättet att den s. k. elevvårdande verksamhet, vari skolhälsovården ingår, utgör en från organisatorisk och funktionell synpunkt praktiskt taget odelbar enhet. Liksom elevvården i övrigt bör därför enligt utredningens mening skolhälsovården bedrivas i nära kontakt med skolarbetet, skolmiljön etc. Med hänsyn till att elevvården i övrigt odiskutabelt bedrivs under skolans eget huvudmannaskap har utredningen funnit det naturligt att förorda, att också skolhälsovården – såsom en del av elevvården och därmed en skolans egen angelägenhet – liksom hittills också i fortsättningen bör bedrivas under skolans huvudmannaskap. Härigenom har den enskilde skolhuvudmannen enligt utredningens mening bättre möjligheter att organisera och anpassa skolhälsovårdsverksamheten efter sina egna förutsättningar än om huvudmannaskapet skulle överföras till sjukvårdshuvudmannen.

Med hänsyn till den av utredningen förordade dimensioneringen av läkarinsatserna inom skolhälsovården kan det befaras att organisationen kommer att utvecklas – då det gäller skolläkarna – i riktning mot bildandet av en självständig skolläkarkår av icke obetydlig omfattning. Som stöd för detta förmodande kan också hänvisas till den under senare år alltmer påtagliga tendensen med ett ökande antal framställningar till socialstyrelsen om nya skolläkartjänster på heltid.

Såvitt vi kan förstå innebär utredningens förslag att skolhälsovården i stora drag skulle bibehållas i sin nuvarande organisatoriska form och att verksamheten skulle komma att bedrivas vid sidan och i stort sett oberoende av den samordnade utvecklingen på den allmänna hälso-, sjuk- och socialvårdens område.

Alternativet sjukvårdshuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården, en diskussion

Utredningen har emellertid såsom ett alternativ till detta organisationsförslag framfört möjligheten att inordna skolhälsovården i den offentliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. En sådan form av organisation skulle innebära bl. a. att skolhälsovården skulle ombesörjas av sjukvårdshuvudmannens läkare och sjuksköterskor. Betr. läkararbetskraften skulle det här i första hand vara fråga om att engagera distriktsbarnläkarna och i fråga om sjuksköterskor – beroende på de lokala förutsättningarna – heltidsanställda skolsköterskor

och deltidsanställda distriktssköterskor eller ev. distriktsbarnsjuksköterskor.

Utredningen har noga angivit vilka fördelar, som kan uppnås, och vilka nackdelar, som vidlåder respektive alternativ. Som fördelar med skolan som huvudman också för skolhälsovården anges bl. a. att man därmed skulle kunna erhålla en samlad behovsbedömning, planering och resursfördelning med samordnade åtgärdsprogram och anordnad uppföljning för elevvårdens olika delar. Samtidigt skulle samordnade studiestödjande insatser underlättas och ett nära samarbete mellan elevvårdspersonalen och skolans övriga personal lättare kunna etableras. Nackdelarna skulle vara bl. a. problemen med att i en bristsituation rekrytera skolläkare och svårigheterna för skolläkarna att följa med den medicinska utvecklingen.

Som fördelar med att skolhälsovården inordnas under den offentliga sjukvårdshuvudmannens huvudmannaskap anger utredningen bl. a. de möjligheter som därmed ges till en samlad behovsbedömning, planering och resursfördelning för hälso- och sjukvårdsinsatserna för barn och ungdom med ett effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser med sikte bl. a. på områdesbaserad hälsovård- öppen sjukvård. Vidare framhålls att medicinska och sociala fördelar skulle erhållas om i princip samma läkare följde barnet och dess syskon från barnavårdscentral via daghem och förskola samt vidare genom grundskolan. Som nackdelar med denna organisationsform anges att skolhälsovården inte lika tydligt skulle framstå som en samordnad del av skolans elevvård, vilket skulle kunna medföra att skolhälsovården fjärmades från övrig elevvård. Vidare framhålles att skolhälsovårdspersonalens kunskaper om skolans arbetsmiljö, samarbets- och samverkansformer skulle bli svårare att vidmakthålla om personalen inte står under primärkommunalt huvudmannaskap.

Utredningen har enligt vår mening inte tillräckligt grundligt diskuterat för- och nackdelar med dessa båda alternativ utan gör ett allmän hållet uttalande att sambandet mellan skolhälsovård och skolans elevvård väger så tungt, att utredningen beslutat förorda alternativet skolhuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården med de konsekvenser som detta ställningstagande medför för organisationens uppbyggnad i övrigt.

Vi vill emellertid understryka att det – såsom utredningen betonat – utan tvivel är angeläget att skolhälsovården såsom en del av elevvården bedrivs och utvecklas samordnat. Det är också viktigt att samarbetet mellan elevvårdspersonalen och mellan elevvårdspersonalen och skolans övriga personal underlättas. Vi är emellertid inte övertygade om att dessa skäl är så starka, att de utan vidare talar för att skolhuvudmannen bör vara huvudman även för skolhälsovården. Vi kan sålunda inte inse, att skolhälsovården under sjukvårdshuvudmannens huvudmannaskap skulle utgöra ett hinder för exempelvis behovsbedömning, planering och resursfördelning med samordnade åtgärdsprogram och samordnad uppföljning av elevvårdens olika delar, eftersom enligt vår mening skolhuvudmannen ändå måste ha ansvaret för att skolhälsovård anordnas i skolan. Denne skulle därmed ha ett samlat ansvar för elevvården med undantag för dess medicinska innehåll. Givetvis måste de medicinska insatser, som sjukvårdshuvudmannen skulle tillhandahålla och svara för i detta sammanhang, planeras och organiseras i samråd med skolhuvudmannen. En sådan samordning kan icke ske utan erforderligt beaktande av elevvårdsverksamheten i övrigt. Det kan heller inte erbjuda några större svårigheter för de landstingsanställda läkarna att – i den mån

de tjänstgör som skolläkare – etablera erforderligt samarbete med skolans personal.

Enligt vår uppfattning kan man icke utan en mer inträngande analys avfärda det argumentet för sjukvårdshuvudmannen som huvudman även för skolhälsovården, som innebär att den samlade behovsbedömningen, planeringen och resursfördelningen för hälso- och sjukvårdsinsatserna för barn och ungdom bör ske med ett effektivitetsutnyttjande av tillgängliga resurser med sikte bl. a. på områdesbaserad hälsovård – öppen sjukvård. Mycket tungt väger enligt vår mening också skälet att sjukvårdshuvudmannen bör ha ett samlat ansvar för hälso- och sjukvård för barn och ungdom.

Skolhälsovården – en isolerad eller integrerad verksamhet

Men – och kanske framför allt – är de medicinska och sociala fördelar som kan erhållas genom en total organisatorisk samordning av den allmänna hälso- och sjukvården för barn och ungdomar, ytterst betydelsefull. Socialstyrelsen har med instämmande av landstingsförbundet vid flera tillfällen förespråkats uppbyggandet av en organisation för barn- och ungdomshälsovården, som medger en rak uppföljning av varje barn från mödrahälsovård och barnhälsovård till skolhälsovård och övrig barn- och ungdomshälsovård.

Socialstyrelsen har sålunda bl. a. i anledning av den riksdagsmotion, som låg till grund för tillsättandet av skolhälsovårdsutredningen i yttrande den 30 maj 1973 som sin mening framhållit, att skolans hälsovård skulle ses som en fortsättning av den offentliga hälso- och sjukvårdens omsorg om barnen, som börjar redan före födelsen genom den service som mödrahälsovården erbjuder och som fortsätter under nyföddhetsperioden och fram till inträdet i skolan genom barnhälsovårdsverksamheten. Det ligger självfallet i allas intresse att denna kontinuitet i hälsoövervakningen inte bryts bara därför att barnet börjar skolan. Värdet av att samma läkare, som haft hand om barnet fram till sjuårsåldern, kontinuerligt får följa barnets utveckling och hälsoläge även därefter ligger i öppen dag och kan inte nog understrykas.

Landstingsförbundet framhöll i sitt yttrande över samma riksdagsmotion bl. a. att skolhälsovårdens utformning inte bör bedömas isolerat utan ses i ett större sammanhang, som bl. a. tar hänsyn till organisation och innehåll i den öppna hälsovårdens samtliga verksamhetsgrenar.

För oss är det självklart att en på ovan angivet sätt anordnad barn- och ungdomshälsovård lättast går att få till stånd om samma huvudman svarar för vårdens olika delar och för tillgången på personella och andra resurser. Detta förutsätter att skolhälsovården byggs in i den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt härmed ökas förutsättningarna att samordna de åtgärder av förebyggande och behandlande karaktär, som individen har rätt att ställa krav på. För skolhälsovårdens del bör dessa också innebära att den kan utvecklas likvärdigt i alla skolor. För den enskilde eleven att han får vård inom samma organisation både under skoltid och icke skoltid (fritid, ferier osv.) samt ökade möjligheter till differentierade vårdresurser. För sjukvårdshuvudmannen att det blir lättare att hålla samman vårdansvaret.

Skolhälsovårdsutredningen har framhållit att vissa svårigheter kan före-

ligga för skolläkarna – förutsatt att de ingår i en sådan organisation, som utredningen föreslagit – att följa med den medicinska utvecklingen. Detta förhållande anser vi mycket allvarligt. Sjukdomspanoramata och de medicinska problemen måste därför ständigt förnyas och anpassas därtill. Det är därför nödvändigt att de läkare, som verkar inom skolan, har ett starkt fotfäste också i miljön utanför skolan. Den organisationsform som kan medföra att skolläkarna blir isolerade från hälso- och sjukvården i övrigt kan knappast vara befrämjande för skolhälsovården och därmed icke heller för de barn denna skall betjäna.

Utredningens uttalande att den rådande bristen på läkare skapar problem också för skolhälsovården möter från vår sida ingen gensaga. Däremot kan vi inte inse, att denna bristsituation skulle hävas genom tillskapandet av fler självständiga skolläkartjänster. Bristen på läkare drabbar inte enbart skolhälsovården utan också andra grenar av den hälso- och sjukvårdande verksamheten i landet. Dimensioneringen av skolläkarverksamheten i den omfattning som utredningen föreslagit, torde komma att medföra en icke önskvärd konkurrenssituation mellan skolhälsovården och den offentliga hälso- och sjukvården om den tillgängliga läkararbetskraften.

Vi vill i anslutning härtill framhålla att vi är väl medvetna om att det i dagens läge inte finns tillräckligt antal distriktsbarnläkare för att nu kunna fylla skolhälsovårdens behov. Den ordning vi förespråkar måste ses som ett utvecklingsprogram på lång sikt. Möjlighet finns givetvis att inlemma distriktsläkarna inom allmänläkarvård i skolhälsovårdsverksamheten. Dessa läkare är redan nu i stor utsträckning engagerade i skolhälsovårdsarbetet och har ofta den av oss understrukna nödvändiga anknytningen till barnhälsovården.

Samverkan med elevvården i övrigt

Vi kan instämma i utredningens farhågor att skolhälsovården – om den skulle föras in under sjukvårdshuvudmannens huvudmannaskap – inte lika tydligt skulle framstå som en samordnad del av skolans elevvård. Vi har emellertid uppfattningen, att detta argument icke tar över de skäl som talar för att skolhälsovården inordnas under sjukvårdshuvudmannens organisation. Det är vår övertygelse, att det skall vara möjligt att finna former för en samordning, som medför att skolhälsovården ändå kommer att bedrivas som en del av den elevvårdande verksamheten.

Vi vill också betona vikten av att de hos sjukvårdshuvudmannen anställda läkarna, som enligt vår uppfattning, skall delta i skolhälsovårdsarbetet bereds tillfälle att skaffa sig erforderliga kunskaper om skolans arbetsmiljö, samarbets- och samverkansformer. En effektiv skolhälsovård kan knappast bedrivas utan kännedom om dessa ting.

Skolhuvudmannen och sjukvårdshuvudmannen bör dela ansvaret för att skolhälsovård anordnas vid vederbörande skola. Häri ligger ett ansvar för skolhuvudmannen att erforderlig samordning sker mellan skolhälsovården, den övriga elevvårdande verksamheten, skolpersonal (rektor, lärare, skolpsykolog, skolkurator etc.), de sociala organen och föräldrarna. Samtidigt är det utomordentligt viktigt att ett fast samarbete etableras mellan skolhuvudmannen och sjukvårdshuvudmannen i skolhälsovårdsfrågorna. Sjuk-

vårdshuvudmannen skall å sin sida ha att såsom huvudman för skolhälsovården tillhandahålla erforderlig läkar- och sjuksköterskearbetskraft och svara för skolhälsovårdens medicinska innehåll. De praktiska problem, som kommer in i bilden vid ett överförande av skolhälsovården till sjukvårdshuvudmannen, bör enligt vår mening icke bereda några större svårigheter, då såsom framgår av betänkanudet en mycket stor del av skolhälsovårdsverksamheten vilar på de läkar- och sjuksköterskeinsatser, som sjukvårdshuvudmannen genom tjänsteköp tillhandahåller kommunerna. Överförandet bör dock ske successivt under en övergångstid.

Den centrala tillsynen, medicinsk eller skoladministrativ?

Skolhälsovårdsutredningen har föreslagit att skolöverstyrelsen skall vara central tillsynsmyndighet för skolhälsovården. Vi vill inte bestrida, att skolöverstyrelsen har ett betydande ansvar för den totala elevvårdsverksamheten. I huvudsak är emellertid skolhälsovården en medicinsk verksamhet. Av den anledningen förefaller det oss rimligare att knyta den centrala tillsynsfunktionen till socialstyrelsen oavsett om statsmakterna slutligen bestämmer sig för skolhuvudmannen eller sjukvårdshuvudmannen som huvudman för skolhälsovården. Skulle emellertid det av oss förordade alternativet att sjukvårdshuvudmannen skall vara huvudman också för skolhälsovården vinna gehör, synes socialstyrelsens ställning som tillsynsmyndighet över verksamheten än naturligare, eftersom sjukvårdshuvudmannens hälso- och sjukvårdande verksamhet reellt faller under styrelsens tillsyn.

Behörighetsfrågan och dess kvalitativa aspekter

Skolhälsovårdsutredningen har också ingått på frågan om behörighet för tjänst som skolläkare och därvid föreslagit att den som innehar svensk läkarlegitimation och genomgått vidareutbildning inom lämplig specialitet eller inom allmänläkarvård skall vara behörig till sådan tjänst. Enligt utredningens förslag skall bestämmelser av denna innebörd införas i skolförordningen. För egen del vill vi framhålla att socialstyrelsen genom bestämmelserna i 20 § andra stycket sjukvårdskungörelsen (SFS 1972:676) tillagts befogenhet att fastställa särskilda behörighetsvillkor för läkartjänst, vars verksamhetsområde inte faller inom området för fastställd specialitet. Då sålunda socialstyrelsen genom denna övergripande bestämmelse har möjlighet att fastställa behörighetskrav för skolläkare – liksom för läkare verkamma inom andra specialområden på de primärkommunala och landstingskommunala fälten – och då det förefaller oss helt främmande att reglera denna behörighetsfråga i särskild ordning, som utredningen föreslagit, vill vi förorda att förslaget härom icke skall beaktas.

Vi vill i detta sammanhang understryka att man på centralt håll är mycket mån om att tillförsäkra allmänheten en kvalitativt högtstående hälso- och sjukvård. Genom 1972 års revidering av sjukvårdsförfattningarna har sålunda kraven för behörighet till tjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården höjts så att endast den som efter erhållen läkarlegitimation genomgått vidareutbildning till specialistkompetens eller allmänläkarkompetens kan erhålla fast tjänst som läkare inom sitt specialområde. Med den

lösning av frågan om skolhälsovårdens organisation, som vi förordat, kommer behörighetsfrågan i detta sammanhang icke att vålla några problem eller föranleda något särskilt beslut från socialstyrelsens sida eftersom specialistkompetens inom barnålderns invärtes sjukdomar gäller som krav för behörighet till tjänst som distriktsbarnläkare. För behörighet till tjänst som distriktsläkare inom allmänläkarvård fordras i princip allmänläkarkompetens.

Inkommen skrivelse

Vi vill också framhålla att Svenska barnläkarföreningen, Svenska distriktsläkarföreningen och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri i skrivelse den 12 juni 1975 till skolhälsovårdsutredningen med bestämdhet i väsentliga frågor givit uttryck för just de synpunkter på skolhälsovårdens framtida organisation, som vi härovan framfört.

Utredning om ny lagstiftning för hälso- och sjukvård

Slutligen vill vi erinra om att i de för 1975 års utredning om ny lagstiftning för hälso- och sjukvården utfärdade direktiven fastslagits bl. a. att målsättningen för utredningens arbete bör präglas av en social helhetssyn på hälso- och sjukvården och därigenom inom ramen för samhällets totala insatser på detta område även innefatta förebyggande åtgärder. Utredningen bör enligt direktiven behandla även de delar av hälso- och sjukvården som f. n. inte regleras av sjukvårdslagen, t. ex. den förebyggande hälsovården. Det framhålls att utredningen bör uppmärksamma även skolhälsovården i detta sammanhang.

IV Bilagor

Bilaga 1 Utredningens direktiv

Utdrag av protokollet över utbildningsärenden, hållet inför Hans Maj:t Konungen i statsrådet på Stockholms slott den 7 februari 1974.

Statsrådet *Hjelm-Wallén* anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *utredning rörande skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap* och anför.

I en motion till 1973 års riksdag (298) hemställdes att riksdagen skulle anhålla hos Kungl. Maj:t om en utredning om skolhälsovårdens organisation och huvudmannaskap. I motionen framhölls bl. a. att det delade huvudmannaskapet, som innebär att landstingen är huvudmän för sjukvården och primärkommunerna för skolhälsovården, är en nackdel vid rekryteringen av skolläkare. Vid en omorganisation av verksamheten så att den liknar dagens företagshälsovård skulle man underlätta personalrekryteringen, lösa gränsdragningsproblemen mellan hälso- och sjukvård och få möjlighet att utnyttja samhällets samlade resurser effektivare.

Yttranden över motionen inhämtades av utbildningsutskottet från skolöverstyrelsen, socialstyrelsen, Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet.

Skolöverstyrelsen underströk i sitt remissvar att skolans hälsovård utgör en del av skolans verksamhet och att den bör utövas i nära samarbete med skolledning, lärare och annan elevvårdande personal. Överstyrelsen vitsordade att det råder brist på skolläkare, men ansåg inte att denna brist-situation utgör tillräckligt skäl att ändra organisation och huvudmannaskap. Överstyrelsen tillstyrkte emellertid motionsyrkandet och framhöll att utgångspunkten för utredningsarbetet bör vara skolhälsovårdens mål och dess innehåll på olika nivåer.

Även socialstyrelsen tillstyrkte motionsyrkandet. Enligt styrelsens uppfattning är emellertid ett samlat huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård för barn och ungdom att föredra. Förutsättningarna skulle härigenom öka för en bättre integration och ett effektivare utnyttjande av tillgängliga resurser med sikte på områdesbaserad hälsovård – öppen vård samt för en helhetssyn på barnets situation med beaktande av såväl medicinska som psykiska och sociala synpunkter. Styrelsen ansåg således att det är av stor betydelse för de olika verksamheternas framtida utformning att skolhälsovården samplaneras med övrig hälso och sjukvård inom respektive kommun.

Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet avstyrkte motionsyrkandet. Landstingsförbundet motiverade sitt avstyrkande bl. a. med att skolhälsovårdens utformning inte bör bedömas isolerat utan ses i ett större sammanhang, som bl. a. tar hänsyn till organisation och innehåll i den öppna hälsovårdens samtliga verksamhetsgrenar. Kommunförbundet förutsatte att de problem som tagits upp i motionen kommer att prövas inom ramen för redan pågående utredningsarbeten.

I skrivelse den 24 oktober 1973 har riksdagen anmält sitt beslut i anledning av nämnda motion (UbU 1973:32, rskr 1973:273). Enligt beslutet bör frågorna om skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap förutsättningslöst utredas. Det skulle ankomma på Kungl. Maj:t att besluta i vilka former utredningsarbetet borde ske.

Enligt min mening bör särskilda sakkunniga tillkallas för detta utredningsarbete.

De sakkunniga bör göra en översikt av de bestämmelser som reglerar skolhälsovårdens innehåll och organisation och kartlägga hur denna skolhälsovård fungerar, vilket innehåll och vilken organisation den fått, vilka försök som pågår samt hur reglerna om skolhälsovården uppfattas av de enskilda befattningshavarna i skolväsendet. Särskild uppmärksamhet bör därvid ägnas eventuella förändringar av skolhälsovårdens innehåll och organisation till följd av den pågående snabba utvecklingen inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården, framförallt inom den förebyggande barna- och ungdomsvården. Utredningen bör också kartlägga hur skolhälsovårdens organisation inverkar på utformningen av den landstingskommunala hälso- och sjukvården samt hur samordningen mellan dessa två verksamhetsområden fungerar.

Mot denna bakgrund och med beaktande av bl. a. de synpunkter som kommit fram vid remissbehandlingen av nämnda motion, bör de sakkunniga behandla skolhälsovårdens framtida mål, dess innehåll och organisation på olika nivåer. En utgångspunkt för de sakkunnigas arbete bör därvid vara att elevernas hälsovård skall utgöra en integrerad del av den samlade elevvården. De sakkunniga bör härvid överväga om denna verksamhet liksom för närvarande skall regleras genom centralt givna bestämmelser eller om större utrymme för lokala initiativ kan ges.

Eftersom skolhälsovården har både medicinska och elevvårdande aspekter berör den både skolöverstyrelsens och socialstyrelsens verksamhetsområden. Utredningen bör med beaktande av att elevernas hälsovård skall utgöra en integrerad del av den samlade elevvården pröva frågan om ansvarsfördelningen mellan skolöverstyrelsen och socialstyrelsen liksom motsvarande ansvarsfördelning på regional och lokal nivå.

De sakkunnigas överväganden i dessa hänseenden hänger nära samman med frågan om vem som bör vara huvudman för skolhälsovården i framtiden. De sakkunniga bör här analysera skälen för och emot ett samlat huvudmannaskap för skolhälsovården och övrig hälso- och sjukvård bl. a. med hänsyn till möjligheterna till organisatorisk och resursmässig samordning. En utgångspunkt för de sakkunnigas överväganden bör vara att skolhälsovården även i fortsättningen skall vara en kommunal, primär- eller landstingskommunal, uppgift.

De sakkunniga bör vara oförhindrade att ta upp frågan om behovet av

skolhälsovård på folkhögskolor och inom kommunal vuxenutbildning. De sakkunniga bör därvid ge synpunkter på förutsättningar för att lägga ett större underlag till grund för skolhälsovården än grundskolan och gymnasieskolan. Däremot bör motsvarande frågor för universiteten och högskolorna inte tas upp.

De sakkunnigas arbete kommer att ha beröring med flera andra utredningar.

Skolöverstyrelsen tillsatte år 1972 en arbetsgrupp med representanter från skolöverstyrelsen, socialstyrelsen, utredningen (U 1970:63) om skolans inre arbete (SIA) och kommunförbunden för genomgång av skolhälsovårdens mål, inriktning och organisation. De sakkunniga bör ta tillvara erfarenheterna från denna arbetsgrupp.

De sakkunnigas arbete kommer vidare att ha beröring med utredningen (U 1972:06) om skolan, staten och kommunerna, kommunalekonomiska utredningen (Fi 1971:08), länsberedningen (C 1970:28), socialutredningen (S 1969:29), utredningen (U 1972:05) rörande studerandehälsovården, folkhögskoleutredningen (U 1972:08) och SIA. De sakkunniga bör hålla sig underrättade om arbetet inom dessa utredningar och vid behov samråda med dem.

På grund av vad jag sålunda har anfört hemställer jag att Kungl. Maj:t bemyndigar mig

att tillkalla högst tre sakkunniga för att utreda skolhälsovårdens innehåll, organisation och huvudmannaskap,

att utse en av de sakkunniga att vara ordförande,

att besluta om experter, sekreterare och annat arbetsbiträde åt de sakkunniga.

Vidare hemställer jag att Kungl. Maj:t föreskriver

att de sakkunniga får samråda med myndigheter samt begära uppgifter och yttranden från dem,

att ersättning till sakkunniga, experter och sekreterare skall utgå i form av dagarvode enligt kommittékungörelsen (1946:394), om ej annat föreskrivs,

att kostnaderna för utredningen skall betalas från åttonde huvudtitelns kommittéanslag.

Slutligen hemställer jag att Kungl. Maj:t medger att statsrådsprotokollet i detta ärende offentliggörs omedelbart.

Vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt bifaller Hans Maj:t Konungen.

Bilaga 2 Skolöverstyrelsens anvisningar för skolhälsovårdsområdet

Nedan förtecknas i rubrikform de anvisningar från SÖ som gäller skolhälsovården inom grund- och gymnasieskolan. Samtliga anvisningar återfinns, i sin helhet, även de som gäller andra skolformer, i Skolhälsovård, En handbok (Liber 1975).

- Förhindrande av smittospridning vid blodprovstagning. (1964-03-23)
- Angående rekommendation i händelse av matförgiftning. (1964-11-11)
- Åtgärder mot fotvårtor och fotsvamp. (1966-03-21)
- Anvisningar rörande skolans åtgärder vid graviditet hos elev. (1966-07-20)
- Skolsköterskas medverkan vid kariesförebyggande behandling av elever. (1967-02-08)
- Tystnadsplikt för skolläkare, skolsköterskor, skolpsykologer och skolkuratorer. (1967-05-22)
- Instruktion för skolläkare och skolsköterska vid folkhögskola. (1967-07-12)
- Riktlinjer för verksamheten vid utlandsskola. (1968-06-12)
- Instruktion för läkare vid förskoleseminarium och lärarhögskola med egen hälsovård. (1968-08-07)
- Instruktion för sjuksköterska vid förskoleseminarium och lärarhögskola med egen hälsovård. (1968-08-07)
- Anvisningar rörande skolhälsovård vid sarskolor. (1969-11-18)
- Näringsrekommendation för skolmåltider (specialinformation juni 1970)
- Läkrintyg för intagning i sjöbefälsskola (1970-09-18)
- Hälsovård för elever i gymnasieskolans vårdinriktade linjer (1972-01-11)
- Läkrintyg respektive hälsodeklaration vid intagning till gymnasieskolans vårdinriktade utbildningar. (1972-01-11)
- Hälsovård för elever i sjuksköterskeskolans grund- och vidareutbildning. (1972-01-11)
- Djurförsök i biologi- och naturkunskapsundervisningen. (1972-02-09)
- Angående elever som lider av allergi. (1972-04-26)
- Vaccinationer i skolåldern. (1972-07-18)
- Risker förknippade med vissa aktiviteter i fritt valt arbete. (1972-10-10)
- Redogörelse över elevhälsovården. (1973-11-14)
- Akut insjuknande och olycksfall bland skolans elever. (1974-02-08)
- Dykarutbildning i fritt valt arbete. (1974-02-21)
- Vaccination mot röda hund (rubella). (1974-04-08)
- Upplysning om röda hund-vaccination till flickorna i 6:e årskursen och

- deras föräldrar (att överlämnas till hemmen). (1974-04-23)
- Underlag för skolläkare och skolsköterskas muntliga information om vaccination mot röda hund till elever, föräldrar m. fl. (1974-04-23)
 - Information om och riktlinjer för elevhälsovårdsjournalen. (1974-05-03)
 - Anvisningar för hälsokontroll av elever i gymnasieskolans två-åriga konsumtionslinje, gren storhushåll, och två-åriga livsmedelstekniska linje samt för specialkurser inom livsmedelshandling. (Motsvarande gäller för elever med praktik inom livsmedelshandling). (1974-07-30)
 - Elevhälsovårdsjournal m. m. (1974-09-10)
 - Instrumentarium för hälsovårdsavdelning. (1974-12-18)
 - Preventivmedelsrådgivning. (1975-01-20)
 - Skolmåltider för elever som är i behov av särskild kost. (1975-01-20)
 - Beaktande av hälsokrav vid intagning till grundutbildning av sjuksköterskor/sjukskötare. (1975-11-19)
 - Medicinsk yrkesvägledning i grundskola och gymnasieskola (1975-12-11)
 - Invandrarbarnens behov av hälsokontroll. (1975-12-29)

Bilaga 3 Förslag till utformning av frågeformulär

Skola (plats för stämpel)

Lågstadiet

Till förälder

För att kunna bedöma Ert barns hälsotillstånd är det av vikt, att skolhälsovården får upplysningar om genomgångna sjukdomar och miljöförhållanden m. m. Var därför vänlig och svara så fullständigt som möjligt på följande frågor inför de första undersökningarna i skolan. Sänd det ifyllda formuläret, i slutet kuvert med barnet till skolsköterskan. Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling.

Barnets: Efternamn (textas) Samtliga förnamn (stryk under tilltalsnamnet)

Personnummer

år mån dag nr

Bostadsadress

Postadress

Telefon

Moderns namn (eller annan vårdnadshavare)

Personnummer

år mån dag nr

Adress (om annan än barnets)

Telefon bostad

Telefon arbete

Faderns namn

Personnummer

år mån dag nr

Adress (om annan än barnets)

Telefon bostad

Telefon arbete

Systkons namn

Årskurs

Personnummer

år mån dag nr

Om barnet förut varit inskrivet i annan skola vad god ange skolans namn och adress

Familjedaghem/Fritidshem: Namn

Telefon

Vid vilken BVC har Ert barn senast varit inskrivet: Namn

Telefon

Har Ert barn varit

i familjedaghem	Ja	Nej
på daghem	Ja	Nej
i deltidsgupp (lekskola)	Ja	Nej

Har Ert barn fått nedanstående vaccinationer

Trippel			Polio I	Ja år.	Nej
(difteri, stelkramp, kik- hosta)	Ja år.	Nej	II	Ja år.	Nej
Mässling	Ja år.	Nej	III	Ja år.	Nej
Smittkoppor	Ja år.	Nej	IV	Ja år.	Nej
Tuberkulos	Ja år.	Nej	Stelkramp (förynelsesdos)	Ja år.	Nej

Har Ert barn haft

Kikhosta	Ja år.	Nej	Vattkoppor	Ja år.	Nej
Mässling	Ja år.	Nej	Scharlakansfeber	Ja år.	Nej
Pässjuka	Ja år.	Nej	Polio	Ja år.	Nej
Röda hund	Ja år.	Nej	Tuberkulos	Ja år.	Nej

Har Ert barn något av nedanstående?

Synfel	Ja	Nej	Eksem	Ja	Nej	Svårighet att hålla		
Hörsselfel	Ja	Nej	Annan överkänslighet	Ja	Nej	avföringen	Ja	Nej
Talfel	Ja	Nej	Återkommande huvud- värk	Ja	Nej	Sömnsvårigheter	Ja	Nej
Nästärpighet	Ja	Nej	Magont	Ja	Nej	Dålig aptit	Ja	Nej
Allergisk snuva	Ja	Nej	Urinvägsinfektioner	Ja	Nej			
Öroninflammation	Ja	Nej	Svårighet att hålla urinen	Ja	Nej			
Halsfluss upprep ggr	Ja	Nej						
Astma	Ja	Nej						

Har Ert barn vistats på sjukhus

Anledning: Ja år. Nej

Har Ert barn genomgått någon operation

Anledning: Ja år. Nej

Har Ert barn råkat ut för något allvarligt olycksfall

Vad: Ja år. Nej

Har Ert barn genomgått någon allvarligare sjukdom

Vilken: Ja år. Nej

Förekommer någon ärftlig sjukdom i familjen

Vilken: Ja Nej

Anser Ni att barnet för närvarande är friskt

Ja Nej

Skola (plats för stämpel)

Mellan- och Högstadiet

Till förälder

Förnyad uppgift om Ert barns hälsotillstånd, sänd det ifyllda formuläret, i slutet kuvert, med barnet till skol-sköterskan. *Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling.*

Barnets namn

Personnummer

nr

år mån dag nr

Adress

Årskurs

Tidigare skolas namn och adress (ifylles endast om skolbyte förekommit).

Ert barn genomgick hälsokontroll i åk. Ni besvarade då frågor beträffande barnets hälsa. Nu i åk. kommer hälsokontroll åter att göras och inför denna vill vi gärna ställa några frågor

Genomgångna sjukdomar sedan föregående klassundersökning (angiv år)
(klassundersökningar görs i årskurserna 1, 4 och 8)

Vaccinationer sedan föregående klassundersökning (angiv år) som ej utförts i skolan

Skola (plats för stämpel)

Gymnasieskola

HÄLSOUPPGIFT

Överlämnas direkt till skolsköterskan
Endast skolläkaren och skolsköterskan har
tillgång till denna handling

.....
Årskurs/linje/klass

Namn Personnummer
år mån dag nr

Adress Postnummer, ortnamn

Förälders/Vårdnadshavares adress (om ej samma som Din egen) Telefon bostad

Senaste skolas namn och adress Klassbeteckning Slutade År
ht
vt

Antagen till annan skola detta läsår (Här anges den skolas namn och adress där Du först blev plac. enl. in-
tagningsnämnd)

VACCINATIONER

Polio Stelkramp Smittkoppor Tuberkulos Röda hund
ja år nej ja år nej ja år nej ja år nej ja år nej

Annan vaccination Ja år Nej/Vilken.....

Har Du sjukdom eller besvär av nedan angivet slag

Synnedstättning	Ja	Nej	Ledsjukdom	Ja	Nej	Allergisk sjukdom		
Hörselnedstättning	Ja	Nej	Rörelsehinder	Ja	Nej	(astma, eksem,		
Hjärtsjukdom	Ja	Nej	Huvudvärk	Ja	Nej	allergisk snuva)	Ja	Nej
Lungsjukdom	Ja	Nej	Yrsel	Ja	Nej	Sockersjuka	Ja	Nej
Mag-tarmsjukdom	Ja	Nej	Epilepsi eller annan			Gulsot	Ja	Nej
Urinvägs - njursjukdom	Ja	Nej	krampsjukdom	Ja	Nej	Nervösa besvär	Ja	Nej
Ryggbesvär	Ja	Nej	Överkänslighet av			Annan sjukdom	Ja	Nej
			något slag	Ja	Nej	(angiv vilken)		

Har Du tagit någon medicin under en längre tid? Ja Nej

Har Du utsatts för svårare kroppsskada som givit bestående men? Ja Nej

Har Du benägenhet för återkommande
Halsinfektioner Ja Nej Öroninflammationer Ja Nej Urinvägsinfektio-
ner Ja Nej

Andra uppgifter som Du anser värdefulla för Dig att meddela till skolhälsovården.

Har Du något Du skulle vilja ta upp med skolläkaren eller skolsköterskan i samband med läkarundersökningen?
Ja Nej

.....
Ort och datum

.....
Elevens underskrift

Bilaga 4 Ögon- och öronundersökningar inom skolhälsovården

Svenska ögonläkarföreningens förslag till ögonundersökningar inom skolhälsovården

Översiktligt innehåll

Synskärpeprövning och yttre inspektion i grundskolans åk 1, 2, 4, 6 och 8 samt i gymnasieskolans åk 1.

Hyperopitest i grundskolans åk 2.

Färgsinnestest i grundskolans åk 6.

Framtagande av anamnestiska data hos elever med uppenbara subjektiva besvär vid läsning eller annat närbete samt *bedömning* av dessa med avseende på synfunktionens ev. roll som orsak till besvären.

Remittering till ögonläkare eller leg optiker enligt vissa grundprinciper.

Förklarande medicinska och tekniska kommentarer

Synskärpeprövningen, som är det avgjort viktigaste momentet, utföres monokulärt på 5 m avstånd av härför utbildad skolsköterska. I grundskolans åk 1 rekommenderas prövning med Snellens E i rader (t. ex. GePe tavla i GePe el LiC belysn. skåp) och därefter med bokstavsrader. Prövningen bör försiggå i fria rummet, då apparater av olika slag medför flera nackdelar. Effektiv förtäckning av ena ögat skall ske med skiva eller skålla av ogenomskinligt material och av betryggande storlek, så att även möjligheten att se vid sidan av skivan med säkerhet förhindras. Förtäckning med hjälp av handen får icke förekomma. (Ev. kan speciell förtäckningsanordning för glasögonbärare också anskaffas.) Om acceptabel synskärpa icke uppnås, skall omprövning alltid företagas före remittering.

En synskärpa som – efter omprövning – är mindre än 0,8 på någondera ögat skall föranleda remittering, såvida skolläkaren icke själv genom refraktionering av t. ex. enkla myopier åstadkommer normal synskärpa, eller såvida eleven icke redan är omhändertagen i ögonsjukvården.

Elever, som icke företer andra besvär eller symtom från ögonen än synnedsättning, och som vid föregående undersökning visat sig ha synskärpa minst 0,8 kan fr. o. m. 8 års ålder med fördel av skolläkaren skriftligen remitteras till legitimerad optiker för erhållande av glasögon. (Denna grupp elever utgöres huvudsakligen av myoper.) Skolläkaren skall tillse, att från optikern erhålles remissvar innehållande uppgifter om korrektionsglasens

styrka och med dessa glas erhållen synskärpa för vardera ögat. På grundval av sina egna och skolsköterskans undersökningar samt med hjälp av detta remissvar skall skolläkaren sedan ta ställning till, om remiss till ögonläkare erfordras.

Elever, som med eller utan synnedsättning företer besvär eller symtom tydande på ögonsjukdom remitteras givetvis till ögonläkare.

Hyperopitestet utföres (utöver synskärpeprövningen) på alla elever i grundskolans åk 2 för att avslöja en hyperopi av sådan grad, att den skulle kunna tänkas orsaka besvär. Undersökningen är även av betydelse för uppfångandet av vissa samsynsruddningar sammanhängande med hyperopi. Testet utföres som en monokulär prövning med glas + 2,0 framför ögat. Denna undersökning bör få ta något mera tid i anspråk än den vanliga synprövningen, så att möjlighet till ackommodationsavslappning ges.

Elever, som vid hyperopitestet – efter omprövning – fortfarande kan läsa raden 0,7 eller bättre, remitteras till ögonläkare för närmare undersökning.

Binoculärt läsprov på nära håll synes vara av ringa intresse och behöver därför icke utföras.

Färgsinnesprövningen kan anförtros skolsköterskan under förutsättning att hon har normalt färgsinne och har instruerats. Samtliga tavlor i två av de av Socialstyrelsen föreskrivna serierna av pseudoisokromatiska tavlor skall användas. Endast i vissa speciella fall kan det finnas skäl för skolläkare att remittera elev till ögonläkare för mera ingående färgsinnesundersökning.

Elever, som företer uppenbara subjektiva besvär vid läsning eller annat närarbete, skall mot bakgrunden av hälsotillståndet och prestationsförmågan i övrigt bedömas av skolläkare. Om resultatet därvid ger rimlig anledning att misstänka, att ögonen (t. ex. samsynsruddning) orsakar besvären, remitteras eleven till ögonläkare. Det bör i detta sammanhang poängteras, att heteroforier av ringa grad är att betrakta som normala varianter, som icke brukar orsaka besvär från ögonen eller läs- och skrivsvårigheter. Det är likaså mycket ovanligt, att även större grader av heterofori ger besvär i grundskoleåldern, eftersom de kompensatoriska mekanismerna då är mycket väl utvecklade. Det finns knappast anledning att inkludera förtäcktningssprovet i skolornas undersökningar, eftersom provet ofta kan vara svårbedömt när det gäller lättare heteroforier, och eftersom manifesta skelningar i regel icke utgör något egentligt medicinskt problem, när barnet väl kommit upp i skolåldern. I stället bör anamnestiska data från eleven, läraren och ev. föräldrarna tillsammans med synskärpeprövning och hyperopitest kunna ge fullt tillräckligt underlag för en bedömning av behovet av remiss till ögonläkare.

Remisser till såväl ögonläkare som leg. optiker utfärdas av skolläkare, som givetvis även bär ansvaret för de i skolan utförda undersökningarna och omprövningarna.

Remiss till ögonläkare bör innehålla följande för ögonläkaren värdefulla uppgifter, varav vissa torde kunna hämtas från elevens hälsokort:

1. Arten av de besvär eller symtom som föranleder remiss.
2. Aktuell synskärpa, monokulärt (i tillämpliga fall provad med korrektionsglas). Ange metod.
3. Resultat av hyperopitest.

4. Resultat av tidigare synskärpeprövning.
5. Resultat av ev. andra undersökningar.
6. Resultat av ev. undersökning hos leg. optiker.
7. Har eleven klagat över dubbelseende, dimsyn eller ögonsmärtor? Finnes i så fall samband med a) TV-tittande, b) läsning.
8. Har eleven sk. läs- och skrivsvårigheter? I så fall av vilken typ.
9. Har eleven sedan tidigare känd synnedsättning?
10. Har eleven skelat?
11. Har eleven behandlats för synnedsättning eller skelning?
12. Har eleven glasögon? Ange i så fall om möjligt styrkan.
13. Har eleven haft (annan) ögonsjukdom? I så fall vilken?
14. Har eleven tidigare sökt ögonläkare? I så fall vilken läkare eller vilken mottagning?
15. Finnes kännedom om brytningsfel, synnedsättning, skelning eller annan ögonsjukdom hos föräldrar eller syskon?

Remitteringsarbetet torde avsevärt underlättas, om skolhälsovården iordningställer remissblanketter med möjlighet att på ett enkelt sätt ifylla ovanstående uppgifter.

Avslutningsvis bör poängteras, att regelbundet återkommande utbildning av skolläkare och skolsköterskor i undersökningsmetoder och ögonsjukdomar i samarbete med ögonläkare i hög grad effektiviserar verksamheten.

Svenska Oto-laryngologiska föreningens förslag till öronundersökningar inom skolhälsovården

Översiktligt innehåll

Öronundersökning – inspektion av hörselgång och trumhinnor i åk 1 i förekommande fall.

Hörselundersökning

Screeningaudiometri i åk 1, 4, 8 och gymnasieskolans åk 1.

Remittering till hörselprov/öronläkare enligt vissa principer.

Kommentarer

Öronundersökning utförs för att utesluta eller konstatera förekomst av förändringar i hörselgång och trumhinna. Tillstånd som skolläkaren här kan upptäcka är t. ex. hörselgångseksem, vax och inflammatoriska tillstånd i mellanörat. Det är viktigt att känna till att dessa förändringar kan förekomma vid normal screeningaudiometri.

Hörselundersökning

Screeningaudiometri utförs av hörselvårdens personal eller av därför speciellt utbildad skolsköterska. Undersökningen utförs med audiometer t. ex. screeningaudiometer av fabrikat Madsen, Tegnér eller Danplex. Rekommenderad screeningnivå är 20 dB vid frekvenserna 250–500–1000–2000–4000–6000 Hz. Krav bör ställas på att man vid varje skola har någon för

detta ändamål speciellt väl ljudisolerad lokal. En invändningsfri undersökning förutsätter att störnivån i undersökningslokalen ej överstiger 35 dB A.

Viskstämmeprov och konversationsstämmeprov får ej ersätta screeningaudiometrin. Dessa undersökningar är berättigade när man snabbt vill avgöra om en elev har dålig hörsel. Man prövar därvid öronen var för sig och anger det största avstånd, på vilket testorden rätt kan återges av eleven. Tvåstaviga ord, s. k. spondéer, skall användas. Följande ord t. ex. kan användas:

sjukhus	kalvstek	näsduk	glasbit	iskall
kakfat	påskris	byxbak	lampskärm	flygplan
stenhus	grytlapp	skoband	gångstig	fjäril
hårdhänt	knappnål	kokhet	handbroms	spegel

Det är viktigt att eleven ej ser undersökaren och vidare att det ej testade örat maskeras, t. ex. genom gnuggning av hörselgången. Resultaten anges sedan i meter för höger och vänster öra, t. ex. K.S. 6 m/0,5 m och V.S. 3 m/ad.C. (ad cochlea = intill örat).

Remiss till öronläkare efter screeningaudiometri göres i varje skolområde efter överenskommen praxis. En försämrad prestationsförmåga i skolarbetet kan många gånger vara tecken på en nyttillkommen hörselnedsättning. Särskilt bör misstanke om detta föreligga efter genomgången öroninflammation, övre luftvägsinfektion, hjärnhinneinflammation och påssjuka. Det blir därför ofta läraren som först märker eller misstänker en hörselnedsättning hos en elev. Läraren bör därvid ta kontakt med skolsköterskan för vidare undersökning och utredning.



Statens offentliga utredningar 1976

Kronologisk förteckning

1. Arbetsmiljölög. A.
 2. Bakgrund till förslag om arbetsmiljölög. A.
 3. Rapport i psykosociala frågor. A.
 4. Internationella konventioner inom arbetarskyddet. A.
 5. Säkerhetspolitik och totalförsvär. Fö.
 6. Deltidsanställdas villkor. Ju.
 7. Deltidsarbete 1974. Ju.
 8. Regionala trafikplaner – länsvisa sammanfattningar. K.
 9. Sexuella övergrepp. Ju.
 10. Skolans ekonomi. U.
 11. Bostadsbeskattning II. Fi.
 12. Företagens uppgiftslämnande. Fi.
 13. Byggnadsindex för husbyggnader och anläggningar. Fi.
 14. Kårbilagor. U.
 15. Utbildning i förvaltning inom försvaret. Del 3. Fö.
 16. Folkhögskolan. U.
 17. Skador i arbetet. A.
 18. Lokala trafikföreskrifter m. m. K.
 19. Den militära underrättelsetjänsten. Fö.
 20. Kultur åt alla. U.
 21. Trafikbuller. Del 3. Buller från fritidsbåtar. K.
 22. Sveriges export 1975–1980. Bilaga 2 till 1975 års långtidsutredning. Fi.
 23. Produktansvar I. Ersättning för läkemedelsskada. Ju.
 24. Internationellt patentsamarbete II. H.
 25. Internationellt patentsamarbete II. Bilagor. H.
 26. Bostadsverket. Samordning-decentralisering. B.
 27. Den internationella bakgrunden. Bilaga 1 till 1975 års långtidsutredning. Fi.
 28. Vattenkraft och miljö 3. B.
 29. Verkstadsindustrins arbetsmarknad. I.
 30. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Del I. I.
 31. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Del II. I.
 32. Spent nuclear fuel and radioactive waste. I.
 33. Musiken-människan-samhället. U.
 34. Arbetstidsförkortning – när? hur? A.
 35. Dryckesförpackningar och miljö. Jo.
 36. Anonymitet och tvångsmedel. Ju.
 37. Smugglingsbrott och tulltillägg. Fi.
 38. Yrkesinriktad rehabilitering. A.
 39. Hemvist. Fi.
 40. Kommunal utveckling. Fi.
 41. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Bilagor. I.
 42. Långtidsutredningens modellsystem. Bilaga 8 till 1975 års långtidsutredning. Fi.
 43. Länskort i kollektivtrafiken. K.
 44. Sjöfart och flagg. K.
 45. Kommunernas ekonomi 1960–1972. Fi.
 46. Skolhälsovården. U.
-

Statens offentliga utredningar 1976

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Delegationen för jämställdhet mellan män och kvinnor 1. Deltidsanställdas villkor. [6] 2. Deltidsarbete 1974. [7]
Sexuella övergrepp. [9]
Produktansvar I. Ersättning för läkemedelsskada. [23]
Anonymitet och tvångsmedel. [36]

Försvarsdepartementet

Säkerhetspolitik och totalförsvaret. [5]
Utbildning i förvaltning inom försvaret. Del 3. [15]
Den militära underrättelsetjänsten. [19]

Kommunikationsdepartementet

Regionala trafikplaner – länsvisa sammanfattningar. [8]
Lokala trafikföreskrifter. [18]
Trafikbullen. Del 3. Buller från fritidsbåtar. [21]
Länskort i kollektivtrafiken. [43]
Sjöfart och flagg. [44]

Finansdepartementet

Bostadsbeskattning II. [11]
Företagens uppgiftslämnande. [12]
Byggnadsindex för husbyggnader och anläggningar. [13]
1975 års långtidsutredning. 1. Sveriges export 1975–1980. Bilaga 2 till 1975 års långtidsutredning. [22] 2. Den internationella bakgrunden. Bilaga 1 till 1975 års långtidsutredning. [27] 3. Långtidsutredningens modellsystem. Bilaga 8 till 1975 års långtidsutredning. [42]
Smugglingsbrott och tulltillägg. [37]
Hemvist. [39]
Kommunal utveckling. [40]
Kommunernas ekonomi 1969–1972. [45]

Utbildningsdepartementet

Skolans ekonomi. [10]
Kårobligatorium? [14]
Folkhögskolan. [16]
Kultur åt alla. [20]
Musiken-människan-samhället. [33]
Skolhälsovården. [46]

Jordbruksdepartementet

Dryckesförpackningar och miljö. [35]

Handelsdepartementet

Patentpolicykommittén. 1. Internationellt patentsamarbete II. [24]
2. Internationellt patentsamarbete II. Bilagor. [25]

Arbetsmarknadsdepartementet

Arbetsmiljöutredningen. 1. Arbetsmiljölag. [1] 2. Bakgrund till förslag om arbetsmiljölag. [2] 3. Rapport i psykosociala frågor. [3]
4. Internationella konventioner inom arbetarskyddet. [4]
Skador i arbetet. [17]
Arbetsstidsförkortning – när? hur? [34]
Yrkesinriktad rehabilitering. [38]

Bostadsdepartementet

Bostadsverket. Samordning-decentralisering. [26]
Vattenkraft och miljö 3. [28]

Industridepartementet

Verkstadsindustrins arbetsmarknad. [29]
Aka-utredningen. 1. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Del I. [30] 2. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Del II. [31] 3. Spent nuclear fuel and radioactive waste. [32]
4. Använt kärnbränsle och radioaktivt avfall. Bilagor. [41]

Nordisk utredningsserie (NU) 1976

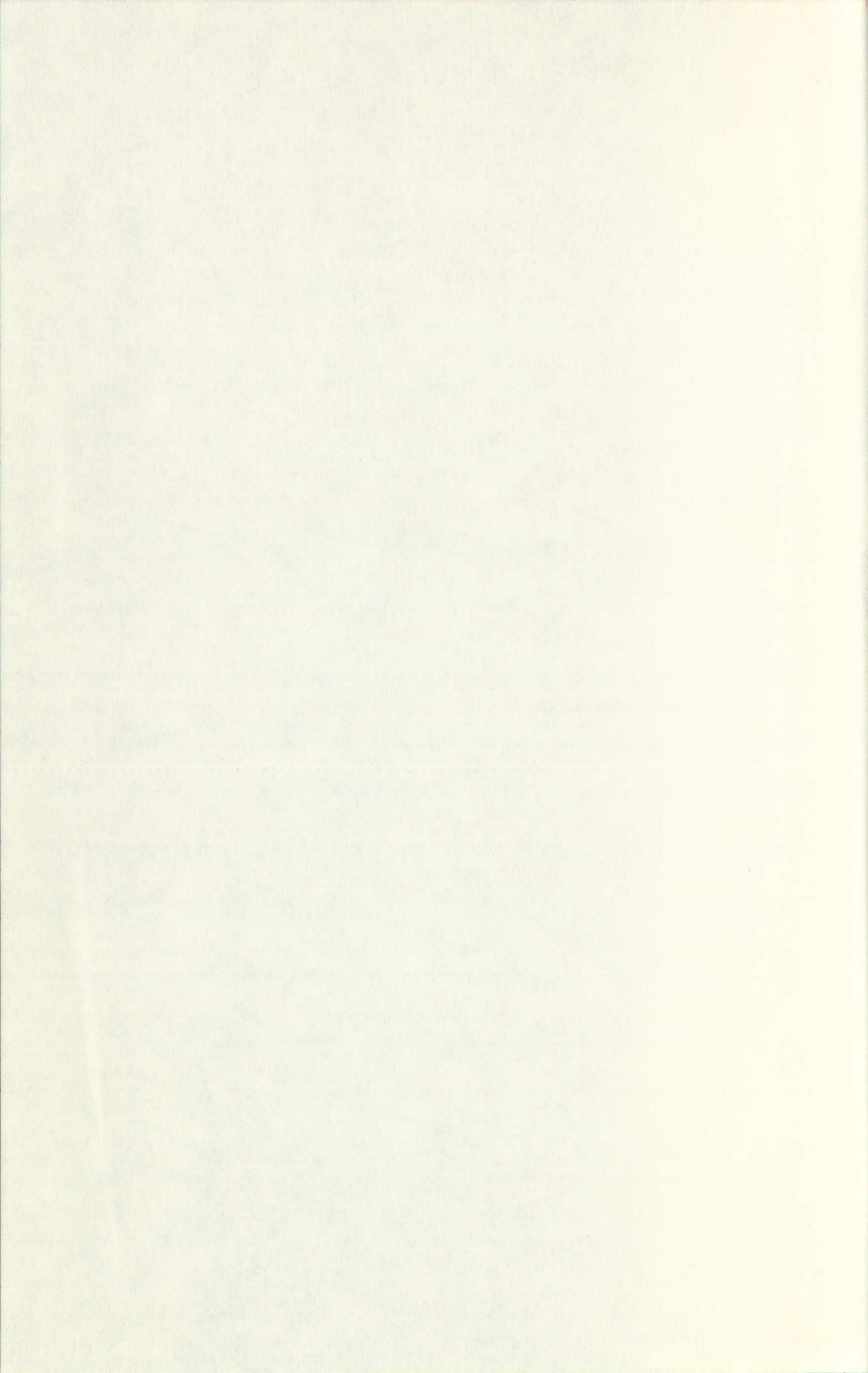
Kronologisk förteckning

1. Nordiske naturgasudredninger
 2. Maktstrukturer och styrelseformer inom teatern
 3. Adult Education
 4. Nordisk samarbeide om energisparing i byggsektoren
 5. Norden och fackpressen
 6. ILO og kvinner i arbeidslivet
 7. Aikuiskasvatus Pohjoismaissa
 8. Cooperation Agreements between the Nordic Countries
 9. Medborgarskap för barn och jämlikhet vid naturalisation
 10. Nordisk konvention om gränskommunalt samarbete
 11. Sjøfartsmedisinsk forskning
 12. Seminarium för journalistlärare
 13. NaboSpråksförståelse i Skandinavia
-

Karologisk forskning

- 1. Karologisk forskning i Sverige
- 2. Karologisk forskning i Danmark
- 3. Karologisk forskning i Norge
- 4. Karologisk forskning i Finland
- 5. Karologisk forskning i Island
- 6. Karologisk forskning i Färöarna
- 7. Karologisk forskning i Grönland
- 8. Karologisk forskning i Island
- 9. Karologisk forskning i Färöarna
- 10. Karologisk forskning i Grönland
- 11. Karologisk forskning i Island
- 12. Karologisk forskning i Färöarna
- 13. Karologisk forskning i Grönland

KUNGL. BIBL.
25 AUG 1976
STOCKHOLM





LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-02928-6
ISSN 0375-250X