

ningens »hårda» krav på bedömning av arbetsförmåga vid sjukdom, och verklighetens mycket stora grad av patientens egenbestämmande om sjukskrivning. Försäkringsmedicinsk forskning och utbildning behöver förstärkas.

– Vilket ansvar skall arbetsgivaren/arbetsplatsen och företagshälsovården ha för att på ett rimligare sätt värdera arbetsförmågan vid (upplevd) sjukdom/ohälsa? Enligt vår bedömning måste båda, såväl arbetsgivare som företagshälsovården, få ett mycket större och tydligare ansvar i detta avseende. Övriga läkare har inte tillräcklig kännedom om arbetsplatsernas krav på och risker för arbetstagarna. Många läkare saknar relevant utbildning om arbetsplatsernas krav/belastning på patienterna.

– Hur skall den psykosociala arbetsmiljön kunna förändras så att självkänsla och arbetstillfredsställelse kan för-

bättras på arbetsplatsen? Denna fråga bör vara prioriterad för politiker och administratörer i respektive linjeorganisation på alla nivåer idag. Det är angeläget att försäkringskassans handläggare ges andra instrument för uppföljning och kvalitetskontroll än dagens. Man måste arbeta efter en helt ny dimension av målluppfyllelseinstrument än vad som föreläggs handläggarna idag.

– Hur skall klimatet på arbetsmarknaden kunna fås att tillfriskna så att rehabiliteringen av personer med upplevd eller verklig nedsättning av arbetsförmågan skall göras meningsfull för patienterna?

## Referenser

1. Pressmeddelande 1999-02-02. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
2. TRoS. Fortlöpande information. Statistik-

enheten, Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1992–1998.

3. Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunktion ved sykmelding. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114: 1442-4.
4. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care in press.
5. Berglind H. Arbetsvilja och arbetsförmåga. Institutet för Framtidsstudier. Framtiden 1998; nr 3: 17-9.
6. Social insurance. Annual review of budget year 1997. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1998.
7. Verksamhetsmål 1996. Stockholm: Riksförsäkringsverket, 1995?
8. Westerhäll L. RFV lägger för stor vikt vid det formella. Social Försäkring 1998; nr 10: 16-7.
9. Ljungberg A, Brorsson J-Å. Ta inte resurser från kassorna! Social Försäkring 1998; nr 11: 3.
10. Höverstad T, Krohg M, Larsen EB, Ramstad G, Vigen T, Kjennvold S. Helseopplysningen fra leger i forsikringsmedisin. Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 63-6.

## Skolhälsovård – är det nog i dagens samhälle?

**Skolhälsovården borde ersättas av ett system som arbetar på alla arenor där barn och ungdomar återfinns i dagens samhälle. En god förebild kan vara Danmark där man inrättat särskilda kommunala läkartjänster för barn- och ungdomshälsovård som kan knyta ihop folkhälsoarbetet för alla i åldrarna upp till 20 år.**

Det är ett antal år sedan som jag själv arbetade som skolläkare. Mina kontakter med skolhälsovården har dock fortsatt om än på ett ytligt plan som förälder till fyra barn som passerat skolan, som patientansvarig läkare för ett stort antal patienter med kroniska sjukdomar och

som föreläsare för skolpersonal och föräldrar i olika sammanhang.

Under 1980-talet ingick jag i dåvarande Skolöverstyrelsens referensgrupp. De epidemiologiska studier som ungdomsmedicinska gruppen ägnat sig åt under 1990-talet har ägt rum i skolor på initiativ av skolläkare eller hälsoplanerare i olika kommuner. Dessa informella men mångåriga kontakter har gett mig en viss inblick i skolans värld.

### Nuvarande uppgifter

Skolhälsovårdens nuvarande mandat är att främja barns och ungdomars hälsa inom skolan. Det är inget som formellt hindrar skolhälsovårdens representanter att arbeta ute i samhället utom två viktiga aspekter – brist på tid och gammal tradition. Skolhälsovården fungerar som barns företagshälsovård med uppgift att bevaka arbetsmiljön, t ex via allergisanering eller olycksfallsförebyggande åtgärder.

Vaccinationer är en annan aspekt av förebyggande arbete inom skolan. Hälsufrämjande som sådant är en viktig uppgift. Det utförs oftast i form av skolköterskans och skolläkarens hälsosamtal med eleverna vid valda tillfällen

## DEBATT

**”Skolhälsovård i all ära, men vem har hälsovårdansvaret för barn och ungdomar under den tid de inte går i skolan, vilket faktiskt utgör majoriteten av timmarna i deras livstid under åldersperioden 7–18 år? För att inte tala om hälsovårdansvaret för dem som skolan helt tappat?”**

samt skolhälsovårdens deltagande som resurs i lärarnas hälsopedagogik. Screening av ohälsa i form av riktade hälsokontroller har dragits ner till det som evidensbaserad kunskap anser försvarbart.

Primär, sekundär och tertiär prevention handlar om kravet på skolan att tillse att barn och ungdom med funktionsstörningar och kroniska sjukdomar får sin skolgång tillrättalagd på lämpligt sätt. Skolhälsovården har ett särskilt ansvar att bevaka att skolans miljö och ar-

### Författare

KRISTINA BERG KELLY

docent i pediatrik och verksamhetschef inom barnmedicin vid Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, Göteborg.

**ANNONS**

**ANNONS**

bettsätt passar alla barn, eftersom skolan är obligatorisk.

Slutligen har skolhälsovården, läs skolsköterskan, fått rollen som den samtalspartner som eleverna med förkärlek vänder sig till vid personliga problem, och som har den grannliga uppgiften att förmedla kontakt till adekvata stödfunktioner. Det är i sanning alltihop viktiga arbetsuppgifter, som måste fungera och som är viktiga byggstenar för barns och ungdomars hälsa.

## Ansvaret under övrig tid?

Den fråga jag ofta ställer mig lyder helt enkelt: Skolhälsovård i all ära, men vem har hälsovårdsansvaret för barn och ungdomar under den tid de *inte* går i skolan, vilket faktiskt utgör majoriteten av timmarna i deras livstid under åldersperioden 7–18 år? För att inte tala om hälsovårdsansvaret för dem som skolan helt tappat?

Och för de barn och ungdomar med diagnostiserade svårigheter vars föräldrar inte fullföljer behandlingen och som faller mellan stolarna därför att ansvaret för att de får vård är oklart. Och för dem där föräldrarna själva sviktar och varken kan eller vill hjälpa sina barn? Är det BRIS som skall vara deras stöd under långa sommarlov?

Delar av ansvaret faller på socialtjänsten – som är underbemannad och ofta inte ens klarar av att hantera uppenbara fall av vanvård och som framför allt tycks se problemen ur föräldrars perspektiv, inte barnens. Vem främjar hälsosamma miljöer ute i samhället på kvällar och nätter? Vem tar reda på vad som behövs och att de metoder man använder i det hälsofrämjande arbetet är adekvata?

För under ungdomsåren måste de unga lämna hemmets förhoppningsvis lugna vrå och skaffa sig självkänedom och göra egna erfarenheter för att finna sin livsstil. Det är ute i samhället och i socialt samspel som de behöver experimentera med olika livsstilar och ta risker som led i den egna identitetsutvecklingen. Skall denna miljö helt lämnas åt kommersiella krafter, frivilligorganisationer eller utslitna fältarbetare och några få eldsjälur?

Problemet med skolhälsovården är att den inte är anpassad efter dagens samhälle och inte räcker till som hälsovård för ungdom, när alltför ungdomar lämnar skolan i förtid utan ordnad framtid, där invandrarflickor följer sina etniska traditioner och gifter sig som barn, där elevvården har blivit alltmer bristfällig och där andra skyddsnet som

den goda familjen, fritidshem och fritidsgårdar sviktar alltmer.

Vi behöver helt enkelt ett hälsovårdsorgan som arbetar integrerat och brett, på alla arenor där barn och ungdom befinner sig i det nutida samhället, och där skoltiden faktiskt bara är en liten del av deras liv.

För att bevara den goda hälsan hos våra barn och ungdomar, och för att verka för sekundär och tertiär prevention fordras ett tvärvetenskapligt och okonventionellt arbetssätt.

I dag tror vi oss veta att det framgångsrika hälsofrämjande arbetet handlar om utveckla resiliens, dvs friskfaktorer – inte att inrikta sig på riskfaktorerna hos barn och ungdom [1, 2]. Ett exempel på resiliensfrågeställningar är detta: Om båda föräldrarna röker och dessutom tillåter sina barn att röka så röker 72 procent av 14-åringarna i en sådan miljö, enligt en norsk studie.

Friskfaktorforskarna frågar sig i den situationen vad är det som får 28 procent av ungdomarna att *inte* röka och undersöker om man kan använda den kunskapen för att utveckla rökmotstånd hos andra ungdomar.

## Ett bredare mandat

Så hur skall vi gå vidare? Det nuvarande arbetet inom skolans ram måste naturligtvis fortsätta men utgör bara en del av ett bredare och viktigare mandat. Viktiga delar av FNs barnkonvention utgör en grundval. Det vidare arbetet bygger på folkhälsovetenskapliga metoder som börjar med övervakning av alla ungdomars fysiska och psykiska hälsa, så att det fortsatta arbetet vilar på fakta.

Det handlar om att utbilda all personal som arbetar med barn och ungdom om friskfaktorernas betydelse och även stödja föräldrarna i sådant arbetssätt, eftersom föräldrar är alla barns och ungdomars främsta resurs.

Det handlar om att utveckla olika typer av verksamhet som erbjuder hälsovård, sjukvård och annan typ av service även för barn och ungdom utanför skolan och även på tid då skolan inte är i funktion, t ex under helger och de långa sommarloven [3]. Det är klart att socialtjänst, barnomsorg och fritidsgårdar finns, men deras mandat som hälsofrämjande, hälsoövervakande och behandlande är vagt, och framför allt inte samordnat.

## Se på barnhälsovården!

Man kan börja att titta på barnhälsovården. Den finns ute i samhället och har ett tydligare ansvar även om den är frivillig för brukarna. Där arbetar man

hälsofrämjande på samma sätt som inom skolhälsovården men har inte en viss del av dagen och en viss tid av året som enda mandat. Föräldrar ingår som naturliga samarbetspartner och så gör barnomsorgen och dess personal.

Goda kontakter har uppbyggts med barnsjukvården, distriktsjukvården och oftast med socialtjänsten, och man känner barnets och föräldrarnas situation väl. Andra resurspersoner med naturlig anknytning i barnhälsovården är dietister, logoped, psykologer etc, även om tillgången varierar inom landet.

Tyvärr går denna viktiga samhällna kunskap ofta förlorad när barnet börjar skolan. Skolhälsovården arbetar traditionellt inom skolans väggar, knappast ute i samhället, eller på obekvämt arbetstid eller med organ som aldrig sätter sin fot i skolan. Rent organisatoriskt finns det också svårigheter, då skolhälsovårdspersonalen är kommunalt anställd, medan läkarna i övriga arbetsuppgifter är landstingsanställda.

## Hälsosysstrar möter ungdom

Det finns en intressant utveckling i småkommuner i Norge med dess hälso-systerorganisation. En hälso-syster i en liten kommun sköter barnhälsovård, skolhälsovård och mödrahälsovård, och därmed tyckte man länge att cirkeln var sluten och kunskapen om individen bevarad inom hälsovårdens ram.

Numera har några driftiga hälso-sysstrar här och var i Norge insett att ungdomsmottagning är den länk de tidigare missat och utbildar sig även inom det området. I större kommuner finns fler hälso-sysstrar och den lokale distriktsläkaren lockas ofta in i arbetet.

I Danmark har man tagit ett drastiskt grepp på detta område, när man i januari 1998 inrättade de första tjänsterna för kommunala barn- och ungdomshälsovårdsöverläkare, som har det hälsofrämjande ansvaret för hela åldersperioden 0–18 år. Detta har lett till en stark aktivitet och ett ökat intresse för olika arbetsformer för en sådan tjänst, och det blir intressant att följa utvecklingen och diskussionen.

För det är ju inte helt kristallklart var en sådan läkare skall lägga tyngdpunkten i sitt arbete, och många olika varianter kommer nog att uppstå beroende på intresse, kompetens och energi hos de olika företrädarna. Det förstod jag av diskussionerna i ett inledande skede av utvecklingen.

## Förströdd diskussion

I Sverige har man inom Barnläkar-

föreningen tidvis haft en förströdd diskussion i ämnet. Några har pläderat för socialpediatrik som en subspecialitet inom pediatriken, som borde få akademisk status och därmed utvecklas.

Men socialpediatrik har delvis en annan inriktning, ej så starkt hälsofrämjande, mer inriktat på riskfaktorer. Och den evidensbaserade hälsoforskningen i dag trycker starkt på att det är de generella samhällsinsatserna med helhetsgrepp som höjer folkhälsans nivå.

I dag vet man att arbete mot riskfaktorer inte är framgångsrikt. Större genomslag har resiliensfrämjande insatser, de metoder som hjälper en individ att hantera de svårigheter som livet alltid bjuder på genom att stärka olika kompetenser hos individen. Intressant är att utvecklingsländerna via WHO har arbetat mycket mer med det konceptet än vi i västvärlden.

## Egna metoder behövs

Lennart Köhler vid Nordiska hälsovårdshögskolan uttryckte liknande tankar vid sin avgång som rektor 1998 [4]. Detta inlägg väckte så vitt jag vet inget intresse alls i den svenska läkarkåren. Han hävdar att folkhälsoarbete för barn och ungdom kräver en särskild kompetens, egna metoder och kvalitetssäkring jämfört det som gäller vuxna individer. Han har pläderat för barnhälsovetenskap som en särskild disciplin inom folkhälsovetenskapen av flera skäl:

- Barnkonventionen talar specifikt om (alla!) barns och ungdomars rätt till god hälsa.
- Barn och ungdom utgör en betydande del av befolkningen, i Norden är 18 procent av den under 15 år.
- Barn har ingen egen politisk makt.
- Livsstilar, hälsovanor och ohälsa grundläggs under barn- och ungdomsåren. Det krävs delvis andra metoder och angreppssätt och dessa behöver utvecklas. Metoder som lämpar sig i folkhälsoarbetet bland vuxna är inte direkt användbara under barn- och ungdomsåren.

## Ofta en bisyssla

Behöver man ha läkarutbildning för att sköta en sådan tjänst adekvat? Vi behöver nog rannsaka oss själva i det avseendet. Inte så sällan kan man uppleva att barnhälsovård och skolhälsovård bedrivs som en bisyssla av kolleger utan adekvat utbildning, särskilt inom storstadsområden.

Det leder inte till utvecklingsarbete, kreativt tänkande, metodutveckling och

kvalitetssäkring. För det behövs en akademisk förankring och yrkesstolthet. Men läkarutbildningen är i grunden viktig, eftersom beröringspunkter i det här arbetet också handlar om gränssnittet mellan friskt och sjukt.

I stora kommuner kommer naturligtvis alltid regelrätta skolhälsovårdsläkare och barnavårdscentralsläkare att behövas, men den övergripande tjänsten blir viktig för ämnets utveckling och för våra barns framtida hälsa.

## Knyt ihop folkhälsoarbetet!

Kort sammanfattat skulle jag vilja föreslå att även vi i Sverige på basis av Barnkonventionen inrättar kommunala barn- och ungdomshälsovårdsöverläkare som knyter ihop folkhälsoarbetet för alla i åldrarna 0–20 år. De bör använda sig av folkhälsovetenskap men utveckla dem specifikt för barn och ungdomar, och inte begränsa mandatet enbart till de välanpassade som går i skolan.

Överläkarna bör även ta ansvar för att adekvata medicinska åtgärder sätts in i behandlingssyfte när barnen faller mellan maskorna i nätet till följd av svikt i hemmet och i form av sekundär prevention när så behövs t ex vid tidigt bruk och missbruk av droger och alkohol.

För slagkraftig utveckling på detta område, för forskning, utveckling, kvalitetssäkring och evidensbaserade metoder krävs också en akademisk anknytning, dvs att något eller några medicinska fakulteter tar sitt ansvar för detta.

## Referenser

1. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 1996; 11: 11-8.
2. Blum RW. Healthy youth development as a model for youth health promotion. *J Adolesc Health* 1998; 22: 368-75.
3. Berg-Kelly K, Alvéén B, Erdes L, Ernehölm T, Johannisson I, Mattson-Elofson E. Health habits and risk behavior among youth in three communities with different public health approach. *Scand J Soc Med* 1997; 25(3):149-55.
4. Köhler L. Barnhälsovetenskap. insatser inom utbildning, forskning och service. *Läkartidningen* 1998; 95: 1154-6.

Detta är den tredje artikeln om Skolhälsovårdens framtida inriktning.

Tidigare artiklar var införda i 37 och 38/99.



## Ge er till känna!

Läkartidningen har som huvudregel att på insändar- och debattsidorna ej publicera anonyma insändare. Undantag kan dock göras t ex när författaren tar upp problem med viss allmängiltighet, men där ett offentliggörande av identiteten kan vålla skribenten personlig skada.

Författaren kan i sådana fall uttrycka önskemål om anonym publicering. Dock måste hans eller hennes identitet vara känd av redaktionen, bl a för undvikande av förfalskade inlägg. Vidare kan redaktionen behöva nå författaren beträffande oklarheter i texten, eller för att delge eventuella repliker etc.

Redaktionen förbehåller sig rätten att avgöra om inlägget skall publiceras eller ej. Vid publicering respekteras då självfallet önskemålet om anonymitet, såväl i den tryckta texten som i kontakter med eventuellt berörda instanser eller personer, som kan behöva beredas tillfälle till kommentar.

Därför: Uppge alltid författarnamnet i följebrev eller på annat sätt, med begäran om anonym behandling. Inlägg där författaren är okänd även för redaktionen publiceras aldrig.

Red