

blem krävs flera besök hos sjukhuspecialisten men ett, eller åtminstone ett fåtal hos generalisten. Naturligtvis blir patientintäkterna mindre i det senare fallet (på grund av färre antal besök) men det uppvägs vida av minskade kostnader för sjukvården i övrigt!

Den sneda fördelningen mellan generalister och övriga specialister anser jag utgöra det största hotet mot den svenska sjukvården idag – »kärnverksamheten» är alltför liten, och övrig verksamhet har tillåtits breda ut sig på dennas bekostnad.

Politisk styrning behövs

Erfarenheten under åren har visat att detta är ett dilemma som den medicinska professionen inte kan lösa – det krävs kraftfull politisk styrning för att öka andelen generalister på övriga specialiteters bekostnad.

Det har under åren visat sig att det är meningslöst att försöka kapa köer »från toppen». Tillskapandet av nya resurser skapar nya behov – aldrig har vi haft så många läkare i Sverige som nu, och aldrig har »köerna varit längre».

Specialiseringsvägen leder med nödvändighet till minskad allmän kompetens och minskad förmåga att lösa även de mest banala hälsoproblem om dessa ligger utanför läkarens egna specialiseringsområde. Endast generalisterna i den svenska sjukvården besitter en generell kunskap!

Vägen ut ur dilemmat:

- Ersätt »satsningen på primärvård» med »satsningen på generalister»,
- gör generalisterna till löneledande inom läkarkåren för att höja yrkets status och befrämja rekryteringen,
- öka allmänmedicinens och generalisternas inflytande över den akademiska utbildningen,
- minska möjligheterna till ökad specialisering och subspecialisering på så sätt att utbildningen – precis som generalistutbildningen – är klart behovsstyrd,
- ersätt tomt klingande fraser som »vårdgaranti» och »ökat patientinflytande» med: »garanti för ökad andel generalister» – då får man patientinflytande och vårdgaranti på köpet! Ingenstans inom den svenska sjukvården är patientbemötande och patientinflytande så väl tillgodosett som inom generalistvården!

Detta skulle med säkerhet röra om i grytan och förändra strukturen på den svenska sjukvården.

Vägar ni politiker göra det? •

Basprogram för skolhälsovården behövs för »vård på lika villkor»

Svensk skolhälsovård uppfyller idag inte Hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor för hela befolkningen. Skillnaderna är mycket stora i kommunerna vad gäller personaltäthet, uppgifter och resurser. Ett nationellt basprogram för skolhälsovården skulle kunna minska olikheterna i barns tillgång till god vård.

Mödrahälsovård, barnhälsovård och skolhälsovård är länkar i den kedja av generella insatser som syftar till sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser under graviditet, småbarnsår och skolår. Sjukvårdshuvudmannen har i allmänhet ansvar för mödravård och barnavård medan kommunens skolhuvudman oftast står för skolhälsovård. Sedan 1997 är Socialstyrelsen tillsynsmyndighet även för skolhälsovård. Tidigare var det Skolverket som hade den uppgiften.

Skolhälsovården har under det senaste decenniet genomgått stora förändringar. En utpräglat decentraliserad skolorganisation har också medfört en decentraliserad skolhälsovård. Det gäller dess styrning, innehåll i verksamheten och resursdimensionering.

Samtidigt saknas idag nationella riktlinjer och rekommendationer för skolhälsovårdens innehåll. Resultatet är en skolhälsovård vars verksamhet kan skilja sig väsentligt mellan olika kommuner, kommundelar och skolor.

I Skolverkets statistik från 1997 framkom att de 10 procent av landets kommuner som har störst tillgång till skolläkare, har cirka 1 000 elever eller färre räknat per heltidsanställd skolläkare. Men i de 10 procent av kommunerna som har den lägst tilltagna skolläkarresursen har skolläkaren 40 000 elever eller fler omräknat per heltidstjänst. För skolsköterskornas del är spridningen mindre. I 10 procent av kommunerna har, räknat på en heltidstjänst, skol-

»Samtidigt skall erkännas att det kan vara svårt att åstadkomma konsensus kring ett gemensamt basprogram i landet. Att fastställa ett sådant kräver intensivt arbete av en expertgrupp med bred förankring i bland annat skolhälsovård och pediatrik.»

Författare

JAN TENSTAM

barn- och ungdomsläkare, skolöverläkare i Norrköping, ordförande i Svenska skolläkarföreningen.

Tidigare artiklar i ämnet var införda i 37, 38 och 39/99.

sköterskan 625 elever eller färre, medan i 10 procent av kommunerna får skol-sköterskorna ta hand om 1 045 elever eller fler.

Få styrande regler

Vad är en rimlig tillgång av skolläkare respektive skolsköterska? Det måste naturligtvis bero på vilka arbetsuppgifter och ansvarsområden skolhälsovården skall ha för de barn och ungdomar som finns i skolan. Redan 1991 upphörde de nationella allmänna råden som berörde skolhälsovård och som dåvarande Skolöverstyrelsen utfärdade att gälla. Kvar som styrdokument beträffande skolhälsovårdens innehåll finns endast Skollagens allmänna formuleringar.

Därför står det idag varje skolhuvudman fritt att själv utforma t ex basprogram för sin skolhälsovård. Skolhuvudman är oftast kommun eller kommunal men kan också vara t ex styrelse för en friskola. Verksamhetschef för skolhälsovård kan vara skolsköterska eller skolläkare men är ofta rektor eller annan person med icke medicinsk kompetens.

Inom ramen för en aktuell enkät från den pågående elevvårdsutredningen framkom att omkring var femte kommun helt saknar ett eget basprogram. Samtidigt finns naturligtvis åtskilliga kommuner som erbjuder en väl planerad och genomförd skolhälsovård. Men det är helt klart att svensk skolhälsovård idag inte uppfyller Hälso- och sjukvårdslagets målsättning om vård på lika villkor för hela befolkningen.

Hur nå dithän?

Det kan diskuteras vad som behövs för att uppnå den målsättningen. Ett viktigt första steg på vägen skulle dock vara att ett nationellt basprogram för skolhälsovård utarbetas och fastställs. Det borde ligga väl i linje med Socialstyrelsens uppgifter att ta initiativ till det.

I betänkandet Skolhälsovård 1998 (Socialstyrelsens rapport 1998:10) finns några förslag till vad som behöver utredas vidare. Dit hör frågan om basprogram, som också måste finnas för att det skall gå att se över verksamhetens kvalitet.

Med ett basprogram som grund kan man föra en likaledes nödvändig diskussion om t ex skolläkarnas roll inom skolhälsovården, kompetenskrav och vidareutbildningsbehov. Även frågan om resursdimensionering blir lättare att

möta mot bakgrund av innehållet i ett basprogram.

Uppgifterna måste specificeras

Skolhälsovården skall enligt Skollagen främst vara förebyggande. I takt med avrustningen av landstingens sjukvård förs fler och fler tunga sjukvårdsuppgifter över på kommunerna, som inte har möjlighet att möta dessa krav. För skolhälsovårdens del ser vi det kanske tydligast när det gäller barn- och ungdomshabilitering och barn- och ungdomspsykiatri.

Eftersom väntetiderna till dessa instanser på sina håll blivit orimligt långa får vi inom skolhälsovården försöka att ta hand om barn och ungdomar med sådana symtom som vår organisation egentligen inte är avsedd för. I ett basprogram måste fastslås vad skolhälsovården skall ägna sig åt när det gäller utredning och behandling av enskilda elever.

I och för sig är det naturligt att elever vänder sig till skolhälsovården för allihanda besvär, men vi måste då ha resurser för att ta emot de elever som söker oss. Även i detta avseende är det viktigt med ett basprogram.

Expertgrupp med bred förankring

Samtidigt skall erkännas att det kan vara svårt att åstadkomma konsensus kring ett gemensamt basprogram i landet. Att fastställa ett sådant kräver intensivt arbete av en expertgrupp med bred förankring i bland annat skolhälsovård och pediatrik.

I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31) framhålls att elevvårdsteam skall besitta specialpedagogisk, psykologisk, medicinsk och social kompetens. I Barnkommitténs huvudbetänkande Barnets bästa i främsta rummet (SOU 1997:116) fastslås att den stora variation som finns mellan olika kommuner vad gäller skolhälsovård inte kan anses ligga i linje med Barnkonventionens bestämmelser och anda.

Barnombudsmanen har i sin rapport Blunda inte för mobbning (BO 1997) bland annat föreslagit att Skollagen skall kompletteras med nationella mål och en rikstäckande basnivå för skolhälso- och elevvård, motsvarande sådana nationella mål som finns för barnhälsovården.

Många frågor att utreda

I ett kommande arbete med ett basprogram för skolhälsovården måste det

som framhålls i ovannämnda dokument vägas in.

Men detta är inte allt. Hur gör vi t ex med ryggundersökningar, syn- och hörselscreening, färgseendeundersökning, mätning av längd och vikt etc? Hur ofta? Vem gör undersökningarna? Det handlar inte bara om psykosociala problem inom skolhälsovården utan där finns också ett markant inslag av barn- och ungdomsmedicin.

Den övergripande frågan är: Vilken roll skall skolhälsovården ha inom ramen för samhällets samlade hälso- och sjukvård för barn och ungdom? •

KOLLEGIALT NÄTVERK

Sveriges läkarförbund startar Kollegialt Nätverk för att läkare skall kunna stödja läkare.

Läkare arbetar ofta under stressade förhållanden i en arbetsmiljö som är både psykiskt och fysiskt belastande. Avsikten är därför att läkare som kommer i kris eller har problem snabbt och anonymt kan få tala med en kollega. Nätverket är rikstäckande och du som läkare kan kontakta rådgivare från den del av landet du själv väljer. Sekretessen är absolut.

Lista över de kollegiala rådgivarna får du via www.slf.se på Doktorsn sidan. Har du frågor kontakta oss via vår Nätverkstelefon 08-22 58 38 eller e-post kollegialt.natverk@slf.se.